



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém
2º CMESMO – Relatório e Estágio IV



**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO DE PARTO**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Autora:

Sílvia da Costa, nº 110434002

Orientadora:

Professora Olímpia Cruz

Co-Orientadora:

Professora Conceição Santiago

Santarém, Março de 2016

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele,
mas aquilo em que ele nos transforma.”

John Ruskin

À Professora Olímpia Cruz e à Professora Conceição Santiago pela preciosa orientação,
disponibilidade e apoio, imprescindível à realização deste trabalho.

Ao meu marido pela paciência, apoio incondicional, encorajamento e força transmitida ao longo
destes meses, tendo sido sempre o meu grande pilar.

À minha família e amigos pelo apoio, estímulo e afeto que me transmitiram, tornando esta
caminhada mais reconfortante.

Aos enfermeiros que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos o meu profundo agradecimento.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

- CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- CTG – Cardiotocógrafo
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EBSCO – Elton B. Stephens Company
- EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- IA – Índice de APGAR
- MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- MeSH – Medical Subject Headings
- Nº - Número
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- P. – Página
- PDF - Portable Document Format
- PI[C]O – População, Intervenção, [Comparação] e Outcomes
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- TP – Trabalho de Parto

RESUMO

No âmbito da enfermagem especializada no bloco de partos, é importante compreender a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da posição de parto.

Para compreender esta intervenção recorreu-se à revisão sistemática da literatura através da metodologia PI[C]O, tendo sido formulada a questão de estudo: Qual a Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia junto da parturiente na promoção da posição de parto durante o período expulsivo?

Através da análise da evidência obtida, verificou-se que a escolha da posição de parto deve ser debatida durante a vigilância pré-natal para que seja possível uma decisão partilhada, consciente e informada. A parturiente deve ter a possibilidade de escolha entre várias posições de parto e o enfermeiro especialista deve ter as competências necessárias para a assistência ao parto nessas diversas posições.

Palavras-Chave: Parturiente, Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, Posição de parto.

ABSTRACT

Regarding in specialized nursing in labor ward, it is important to understand the specialist nurse intervention in promoting labor posture.

To understand this intervention it was used a systematic literature review by PI[C]O methodology, having been made the study question: What is the nurse midwives intervention with the parturient in promoting labor posture during the second stage?

Through the evidence analysis obtained, it was found that the choice of labor posture should be discussed during antenatal assessments for a possible shared decision, aware and informed. A woman in labor should be able to choose between several labor postures and the specialist nurse must have the skills required for delivery in these various postures.

Keywords: Woman in labor, Nurse midwives, Labor posture.

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	9
1 – ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO IV – DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO BLOCO DE PARTOS	11
2 – POSIÇÕES A ADOPTAR NO 2º ESTÁGIO DO TP	16
3 – METODOLOGIA DE PESQUISA	22
3.1 – PROTOCOLO DE PESQUISA.....	22
3.2 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	27
4 – ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE AS POSIÇÕES DE PARTO	31
5 – CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	42
ANEXO I – RELATÓRIO DO ESTÁGIO IV.....	43
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	158
ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA	160
ANEXO IV – ENTREVISTA Nº 1	162
ANEXO V – ENTREVISTA Nº 2	165
ANEXO VI – ENTREVISTA Nº 3	168
ANEXO VII – ENTREVISTA Nº 4	172
ANEXO VIII – ENTREVISTA Nº 5	175
ANEXO IX – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	178
ANEXO X – CRUZAMENTO DOS DESCRITORES.....	180
ANEXO XI – RESULTADO FINAL DOS ARTIGOS A ANALISAR	182
ANEXO XII – QUADROS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	220

ÍNDICE DE QUADROS

	P.
Quadro nº 1: Resultados das várias posições de parto	18
Quadro nº 2: Estratégia de pesquisa	23
Quadro nº 3: Critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos artigos a analisar	24
Quadro nº 4: Resultado final dos artigos a analisar	25

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro EESMO (Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) tem um campo de ação vasto e variado, presta cuidados à mulher inserida na sua família/comunidade ao longo de todo o seu ciclo vital e desenvolve a sua ação nas mais diversas instituições de saúde. Acresce ainda que o enfermeiro não é um agente passivo, tem um papel ativo no seu desempenho diário, “deve ser capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas e de procurar soluções” (Peres e Ciampone, 2006, citado por Benito, Tristão, Paula, Santos, Ataíde e Lima, 2012: 173).

Com a elaboração deste trabalho pretende-se a obtenção do grau de mestre que é conferido, entre outros, aos que demonstrem “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006: 2246). Por outro, espera-se que este trabalho de mestrado contribua para a aquisição de conhecimentos, para a reflexão sobre determinado assunto e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no sentido de uma enfermagem avançada.

Assim, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Saúde de Santarém, estava prevista a realização de um relatório de estágio que refletisse sobre a prática do contexto do estágio IV (enfermagem de saúde materna e obstetrícia na sala de partos), estágio este que teve início a 28 de Outubro de 2013 e término a 11 de Abril de 2014.

Durante a prestação de cuidados no estágio IV, uma das atividades à qual se dedicou maior atenção foi: Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 2º estadio do trabalho de parto, com base no processo de enfermagem. O enfermeiro EESMO acompanha a parturiente/casal durante o trabalho de parto e executa o parto eutócico num ambiente seguro, tendo em vista a otimização do bem-estar materno-fetal. Uma das intervenções que surge durante este acompanhamento é a promoção da posição de parto, intervenção esta que esteve constantemente presente no referido estágio e fez emergir a necessidade de se refletir sobre o papel do enfermeiro EESMO, uma vez que era frequente as parturiente parirem na mesma posição (litotomia) e não se verificava discussão sobre outras opções.

Nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Regulamento nº 127/2011) está claramente evidenciado que a execução do parto de apresentação cefálica é uma das competências autónomas do enfermeiro EESMO. De facto, durante o estágio IV desenvolveram-se múltiplas competências específicas, através da execução de várias atividades, mas a que mais se destacou foi realmente a execução de partos eutócicos, que exigiu maior envolvimento por parte da mestranda. Foi através da análise crítico reflexiva do estágio que surgiu então a identificação da temática sobre a qual se efetuará uma revisão sistemática da literatura, tendo em vista a procura do conhecimento, com o intuito de conduzir a uma prática baseada na evidência que se assume como “o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes.” (Sackett et al., 1997, citado por Craig e Smyth, 2004: 8)

Desta forma, no âmbito da unidade curricular Relatório e Estágio IV, surge então este trabalho de mestrado intitulado de Relatório de Estágio e que tem como objeto de estudo a temática das posições de parto.

Assim, com este relatório de estágio pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia junto da parturiente quanto à promoção da posição de parto durante o período expulsivo;
- Analisar a evidência obtida tendo em conta a prática dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência.

Este documento encontra-se organizado em 4 capítulos centrais. No primeiro capítulo evidencia-se a reflexão sobre o estágio IV de onde surge a identificação da temática de estudo, no segundo capítulo procede-se ao enquadramento teórico das posições a adotar no 2º estadio do TP (Trabalho de Parto), no terceiro capítulo evidencia-se a metodologia de pesquisa (protocolo de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura) e, por fim, no quarto capítulo efetua-se uma análise crítico reflexiva relativamente às posições de parto.

1 – ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO IV – DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO BLOCO DE PARTOS

A prestação de cuidados especializados no bloco de partos revelou-se uma experiência ímpar pela multiplicidade de situações apresentadas, envolvendo a aplicação de várias competências do enfermeiro EESMO durante todo o estágio IV, tendo sido desenvolvidas uma grande panóplia de atividades que permitiram um olhar atento e a reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista durante o acompanhamento do trabalho de parto.

Uma vez que a mestranda não tinha experiência profissional na área da saúde materna e obstetria, foi necessário a aquisição, desenvolvimento e posteriormente o aperfeiçoamento de todas as competências necessárias para a intervenção como enfermeira especialista neste âmbito. Para que isso fosse exequível foi imprescindível ter em atenção as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Regulamento nº 122/2011 e Regulamento nº 127/2011).

Este relatório de estágio é fundamentado sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria na Sala de Partos, que serve então de alicerce a este trabalho de mestrado. Lembra-se que a unidade curricular Estágio IV apresentava como objetivo major - Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.

No relatório do estágio IV, presente no anexo I, procedeu-se a uma análise crítico-reflexiva acerca do desempenho, tendo em conta o que se havia esboçado como objetivos específicos no projeto individual de estágio. A competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica desenvolvida em maior profundidade neste estágio foi a H3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (Regulamento nº 127/2011). Adjacente, o objetivo específico que mereceu maior reflexão foi o seguinte: Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 2º estadio do trabalho de parto, com base no processo de enfermagem.

Neste contexto surgiu à mestranda a inquietação que despoletou o seu pensamento crítico reflexivo, inquietou-a o facto de, na instituição hospitalar onde desenvolveu estágio, ser aplicada

maioritariamente a posição de litotomia durante o 2º estadio do TP, não se verificando discussão quanto a outras opções. Enquanto que no 1º estadio do TP, em alguns casos, eram permitidas tanto posições horizontais (decúbito dorsal e lateral) como posições verticais (deambulação, de pé, cócoras e sentada), no 2º estadio não se verificaram opções quanto à posição a adotar, daí que surja interesse em estudar as posições de parto, apenas no período expulsivo.

Esta tem sido uma área que tem suscitado interesse à mestranda, pelo que já se tinham consultado alguns artigos referentes ao posicionamento da parturiente no 2º estadio do TP, onde se depreende que as posições não supinas durante o período expulsivo trazem mais benefícios: permitem maior integridade perineal, a sensação de dor fica mais diminuída, os esforços expulsivos tornam-se mais eficazes, a duração do momento expulsivo é mais curta e mesmo o IA (Índice de APGAR) é mais favorável nessas posições. Evidências científicas recentes demonstram que a posição vertical ou lateral, quando comparada com as posições horizontais (supina ou de litotomia), “reduz a duração do período expulsivo, a queixa de dor severa, o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e as alterações no batimento cardíaco fetal.” (Gupta, Hofmeyer e Smyth, 2006, citados por Gayeski e Brüggemann, 2009: 2).

Apesar das evidências científicas sobre esta temática (posições de parto), no contexto de estágio da mestranda continuavam a eleger frequentemente a posição de litotomia para o período expulsivo.

Surgiram então algumas questões sobre as quais a mestranda pretende refletir:

A parturiente tem direito à escolha da posição de parto?

Que posições de parto existem? Quais as suas vantagens e desvantagens?

Porque é que a posição de litotomia é a eleita para se proceder ao parto?

Estão os profissionais de saúde preparados para promoverem outras posições de parto?

O que é necessário para mudar este cenário?

Foi assim que surgiu a temática de estudo para o relatório de estágio: Posições de Parto (posicionamento da parturiente durante o período expulsivo). Por parturiente entende-se que é a grávida que se encontra em TP e este, divide-se em 3 estadios. O 1º estadio começa com a instalação das contrações uterinas regulares e finda com a dilatação completa do colo do útero, o período expulsivo (2º estadio do TP) “começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto” e o 3º estadio começa após a expulsão fetal e acaba após a expulsão da placenta (Graça, 2010: 323).

Neste sentido, a mestranda evidenciou vontade de saber o que pensam alguns enfermeiros especialistas sobre as posições de parto, e como instrumento de colheita de dados recorreu-se à entrevista pois permite saber o que a pessoa acha/pensa sobre determinado assunto. Decidiu-se efetuar 5 entrevistas a 5 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetria

a exercerem atividade no bloco de partos do contexto onde foi realizado o estágio. Para tal teve que se efetuar um pedido de autorização para a realização das respetivas entrevistas à enfermeira chefe do bloco de partos conforme se demonstra no anexo II.

Foi elaborado um guião de entrevista (anexo III), que inclui 4 questões a colocar aos enfermeiros. Neste caso recorreu-se a uma entrevista semidirigida, uma vez que é principalmente utilizada quando se quer obter informações sobre um determinado tema, quando se quer compreender um determinado acontecimento. A entrevista semidirigida “fornece ao respondente a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado. O objectivo é compreender o ponto de vista do respondente” (Fortin, 2009: 377). As questões colocadas foram abertas, não se impondo nenhuma resposta, o entrevistado responde como quiser.

Aquando da realização das entrevistas, foi explicado aos respetivos enfermeiros especialistas que se estava a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto, foi solicitada a sua participação, foram tidos em conta os princípios éticos e assegurada a confidencialidade da entrevista, comprometendo-se a mestranda a usá-la apenas para fins académicos neste âmbito de mestrado. Também foi obtida autorização por parte dos enfermeiros para gravar a entrevista para poder transcrevê-la e analisá-la posteriormente.

Foram realizadas então as 5 entrevistas no mês de Abril de 2014, para consulta detalhada das entrevistas examinar os anexos (IV, V, VI, VII e VIII).

Procedeu-se a uma análise temática ao conteúdo das 5 entrevistas, pois segundo Bardin (2008: 131) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido.” Neste sentido, surgiram 2 temas: Posições de parto habitualmente utilizadas e sua justificação; e Recursos necessários para facultar às parturientes posições de parto não supinas.

Para o estudo das entrevistas optou-se por elaborar um quadro de análise das mesmas que se encontra no anexo IX, com as respetivas unidades de registo distribuídas pelos temas. De acordo com Bardin (2008) a unidade de registo corresponde ao segmento do conteúdo da entrevista a considerar.

Relativamente ao tema - posições de parto habitualmente utilizadas e sua justificação - todos os questionados foram unânimes na resposta, a posição utilizada costuma ser a de litotomia. A nível de conhecimentos todos reconhecem as vantagens das posições verticais mas na prática recorrem à posição de litotomia e apontam que o fazem por ser a posição que está institucionalizada, faz parte da prática do serviço e é aquela na qual têm mais experiência de assistência a partos. O entrevistado 1 também salienta que recorre à posição de litotomia por haver “alguns profissionais renitentes à mudança” e ainda “há o facto de as senhoras terem a epidural” e

as “roturas” de bolsa amniótica. O entrevistado 2 refere que é “aquela que as pessoas também vêm mais preparadas e a que estamos mais habituadas a fazê-la”, “para nosso controle da situação”. A título de exemplificação, no local onde a mestranda realizou estágio em bloco de partos, vigora um protocolo sobre cuidados assistenciais de rotina durante o TP que engloba os cuidados prestados no período expulsivo e prevê: Posicionar a parturiente em posição ginecológica nas pernas e elevar a cabeceira.

No que respeita ao tema - recursos necessários para facultar às parturientes posições de parto não supinas – os enfermeiros apontam vários recursos. Os entrevistados consideraram ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas, mas só se houverem várias mudanças, referem que é necessário a aquisição de material, o investimento em formação (necessária para se sentirem seguros para praticarem posicionamentos nos quais têm pouca experiência), referem que é indispensável o consenso na equipa de saúde (médicos e enfermeiros), que tem que haver mais abertura e tem que haver mudança de mentalidades. O entrevistado 1 aponta que “com trabalho de equipa, formação e vontade e motivação”, “apoio da equipa, consenso” e “com algum material seria mais facilitado” poder oferecer outro tipo de posições. São vários os entrevistados que evidenciam a renitência médica, é “necessário mudar as mentalidades, mais em termos de equipa médica” (entrevistado 3).

De uma forma geral, constatou-se que os enfermeiros conhecem várias posições de parto, possuem conhecimentos atualizados sobre a temática, mas na prática não os aplicam, referem que são necessárias várias mudanças para que isso se altere. Assim, com a realização e análise destas entrevistas fica reforçada a escolha desta temática, uma vez que na teoria observa-se que as posições não supinas são as mais vantajosas para uma gravidez de baixo risco, mas na prática, frequentemente, não é isso que sucede e a posição de litotomia assume-se como a posição major, daí o interesse e pertinência desta temática.

Apesar de não se enquadrar diretamente em nenhum dos dois temas evidenciados, é importante referir que apenas o entrevistado 3 remete especificamente para um aspeto importante, a autonomia do enfermeiro EESMO quanto à assistência ao parto, referindo que “se eu conseguir ver que há um bem-estar materno fetal e que a senhora até está a colaborar perfeitamente e a progressão está-se a dar bem, por exemplo de lado, eu também tenho a autonomia para decidir se o parto se vai dar de lado ou não”. O que vai ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Regulamento nº 127/2011), de onde se destacam os seguintes critérios de avaliação:

H2.1.7 – Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável;

H2.1.9 – Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão;

H3.1.1 – Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;

H3.2.6 – Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica.

Para além das competências específicas, há que ter ainda em atenção as seguintes competências comuns do enfermeiro especialista que se adequam a este contexto (Regulamento nº 122/2011):

A2.1.5 – Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de enfermagem onde está inserido;

B1.2.3 – Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Constata-se assim que o enfermeiro especialista tem autonomia para executar a posição de parto e tem o dever de atualizar os seus conhecimentos. Ainda a acrescentar que o enfermeiro especialista é aquele que está habilitado com um “curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (Decreto-Lei nº 161/1996, 1996: 3).

Tendo em conta todas as competências que detém, o enfermeiro especialista toma as suas decisões de acordo com o processo de enfermagem (metodologia científica), ou seja, tem em conta a avaliação inicial, análise dos dados colhidos, formulação do diagnóstico de enfermagem, planeamento da intervenção, execução do plano de cuidados de enfermagem e avaliação dos cuidados prestados, tal como nos é demonstrado no REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) (Decreto-Lei nº 161/1996).

Para que possa exercer a sua prática de forma atualizada e tomar decisões mais conscientes e adequadas, assume aqui um importante papel a formação contínua do enfermeiro, onde a atualização de conhecimentos irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. De acordo com Craig e Smyth (2004) é relevante consultar a evidência científica, de forma a atualizar conhecimentos, sempre que surja incerteza quanto à maneira de agir, controvérsia, carência de conhecimento, resultados inesperados, novas terapias/tecnologias, práticas enraizadas na tradição e sugestões fornecidas pelos utentes.

Após esta análise reflexiva sobre o estágio IV, análise do conteúdo das entrevistas a enfermeiros EESMO e estudo das competências comuns e específicas do enfermeiro EESMO ficou salientada a área de intervenção que suscitou interesse na mestranda e ficou também demonstrada a importância e pertinência do estudo das posições de parto.

2 – POSIÇÕES A ADOTAR NO 2º ESTADIO DO TP

Após decifrar a temática de estudo torna-se então oportuno efetuar uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto e apresentar neste capítulo um quadro teórico sobre as posições de parto, posições assumidas pela parturiente no 2º estadio do TP.

As posições de parto começaram a ser alvo de estudo há muitos anos, já em 1985 a OMS (Organização Mundial de Saúde), citada por Mamede, Mamede e Dotto (2007: 332), nos relatava que “não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto”. Na continuação da análise das evidências científicas, a OMS (1996) apontada por Gayeski e Brüggemann (2009) ressalta que não se recomenda que a parturiente tenha um parto na posição de litotomia uma vez que esta posição é considerada prejudicial ou ineficaz. Verifica-se desde já que com o passar dos anos os estudos continuam a referir que é necessário abandonar o uso rotineiro da posição de litotomia, porém a mudança não se tem efetuado na medida esperada, os costumes/hábitos continuam a prevalecer.

Esta é uma situação sobre a qual se deve refletir, deve ter-se em consideração a opção de escolha da parturiente e ter a preocupação de a envolver mais no seu próprio TP, torná-la mais ativa, mais participativa. Mouta, Pilotto, Vargens e Progianti (2008: 474) salientam que “em relação ao ambiente do parto, entende-se que o hospital, de um modo geral, é um local onde a mulher é privada de sua vontade, até mesmo de escolher qual a posição mais confortável para seu parto.” Sem dúvida que é necessário repensar a prática com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

São vários os estudiosos que já se debruçaram sobre esta temática das posições de parto e todos eles analisaram diversas evidências científicas que apontam as posições não supinas (posições verticais e em decúbito lateral) como mais vantajosas quando comparadas com a tradicional posição de litotomia (supina).

“Há menos de três séculos, a maioria das mulheres de todas as raças e cultura adotava a posição vertical durante o trabalho de parto e parto.” (Mamede et al., 2007: 333), porém “no decorrer da progressiva medicalização do parto, a posição horizontal se estabeleceu em definitivo por facilitar o trabalho do profissional para extrair a criança e observar atentamente a situação do períneo, e realizar a episiotomia.” (Maldonado, 1991, citado por Mamede et al., 2007: 333). Com a transferência do nascimento no domicílio para o meio hospitalar, a parturiente começou a assumir

uma posição mais passiva enquanto que os profissionais de saúde passaram a controlar ativamente todo o processo de parto, tornaram-se mais intervencionistas e assim as posições verticais deram lugar à posição de litotomia para o momento do parto, sem o devido suporte científico.

Na posição de litotomia fica facilitada ao profissional de saúde uma postura mais intervencionista, simplifica o seu trabalho, proporciona um acesso mais direto ao períneo, enquanto que dificulta à parturiente a sua participação ativa. Gupta et al. (2006), apontada por Gayeski e Brüggemann (2009), também corroboram com esta ideia, referindo que a posição supina encontra-se associada à comodidade e intervenção dos profissionais de saúde que cuidam da mulher durante o trabalho de parto, sendo mesmo uma posição de referência nos livros que ilustram o mecanismo do parto.

A Lamaze International (2003) diz-nos que qualquer posição de parto que seja vertical ou decúbito lateral, relativamente à posição de litotomia, apresenta os seguintes resultados: menor duração do período expulsivo, reduz a necessidade de intervenção no parto, menor queixas algícas intensas, menor número de anomalias nos batimentos cardíacos fetais, ligeiro aumento de lacerações de 2º grau e aumento de perda sanguínea.

Tendo em conta Terry, Westcott, O'Shea e Kelly (2006), citado por Gayeski e Brüggemann (2009: 5), “as taxas de períneo intacto são maiores nas mulheres que adotam posições não supinas (sentadas, ajoelhadas, de cócoras) durante o parto do que as que adotam a posição supina.” Por outro lado Gupta et al. (2006), citado por Gayeski e Brüggemann (2009: 2) referem que as posições não supinas (posição vertical ou lateral), quando comparadas com a posição supina, estão relacionadas com o “aumento do número de lacerações perineais de segundo grau (...)”. Esta situação pode parecer contraditória, porém sabe-se que em litotomia a maioria dos profissionais de saúde efetuam rotineiramente a episiotomia evitando assim as lacerações e em posições não supinas a episiotomia geralmente não é efetuada, havendo então maior número de lacerações. Contudo se comparado o número de episiotomias com o número de períneos íntegros percebe-se o porquê destas afirmações. Através da análise de diversos estudos, observa-se que as posições verticais são mais vantajosas que a posição de litotomia: apesar do risco de laceração ser superior, a taxa de períneos íntegros também é maior e, apesar da perda sanguínea poder ser maior, esta não apresenta risco significativo para a parturiente (Romana e Lothian, 2008, citados por OE, 2013).

Assim, neste sentido, a própria OE (Ordem dos Enfermeiros) (2013), preocupada com esta temática, após consulta de vários autores, aponta quais os resultados expectáveis de acordo com cada posição de parto adotada pela parturiente, tal como se constata no quadro abaixo inserido (quadro nº 1):

Quadro nº 1: Resultados das várias posições de parto

Posição de Parto	Litotomia	Posição de pé, sentada e de cócoras (posições eretas)	Posição lateralizada	Posição de gatas
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da sensação álgica - Maior duração do período expulsivo - Menor eficácia dos puxos expulsivos - Maior número de alterações dos batimentos cardíacos fetais - Maior necessidade de episiotomia - Maior ocorrência de lacerações de 3º e 4º grau - Menor hemorragia - IA mais baixo - Maior intervenção profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor desconforto, maior tolerância à dor - Redução do período expulsivo - Maior eficácia dos puxos - Redução de padrões anormais da frequência cardíaca fetal - Redução de episiotomias - Maior número de lacerações perineais - Maior hemorragia - Aumento do IA - Menor intervenção profissional - Maior participação ativa da parturiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor risco de laceração - Expulsão facilitada pela maior amplitude no estreito inferior - Bom acesso ao períneo 	<ul style="list-style-type: none"> - Progressão da apresentação fetal facilitada - Melhor oxigenação fetal - Menor sensação de dor - Maior descanso entre contrações

Fonte: Adaptação da OE (2013)

Pela análise do quadro, constata-se mais uma vez que para as grávidas de baixo risco, as posições não supinas ganham em vantagens. “Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum factor acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal.” (Direção Geral de Saúde, 2013: 2). Dependendo do fator de risco, existem determinadas posições de parto que não são favoráveis, que podem agravar o estado de saúde da parturiente. A título de exemplo, numa gravidez de risco devido a uma anemia grave ou trombocitopenia, a posição ereta (de pé, sentada e de cócoras) pode ser prejudicial devido à maior hemorragia que pode provocar quando comparada com a posição de litotomia, lateral ou de gatas.

Assim, nas gravidezes de médio ou alto risco, é necessário conhecer os fatores de risco e ver se determinada posição de parto vai ser mais ou menos favorável, sendo que determinadas posições podem mesmo ser desaconselhadas ou evitadas.

Atualmente constata-se que estamos a ser incentivados por várias entidades para a mudança, são várias as instituições a valorizar esta temática, por exemplo, a OE lançou em 2012 um projeto que apela ao direito ao parto normal e este documento foi subscrito pela DGS (Direção Geral de Saúde) e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Neste consenso é referida a posição de parto, onde se incentiva evitar a prática rotineira de procedimentos cujo benefício não esteja provado cientificamente, e assim pretende-se evitar o uso da posição de litotomia para posição de parto. “Hoje em dia, várias entidades mundiais recomendam a liberdade de escolha quanto à posição de parto, entre elas a OMS e o Lamaze Institute.” (OE, 2013: 1).

Todos os hospitais deveriam apresentar várias opções no que concerne à posição de parto, para que a parturiente pudesse exercer a sua opção de escolha da posição que mais lhe agradasse. Tendo em conta o Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro - Dever de Informar, pode ler-se que assume-se o dever de: “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”; “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”; “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem”; e “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (OE, 2003: 71)

Logo se existem várias posições de parto, a mulher tem o direito de ser informada sobre tal aspeto. “São valores universais a observar na relação profissional: ... a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; ...” (OE, 2003: 24). Porém, se o hospital de referência da parturiente não apresentar várias opções, este direito à informação deixa de fazer sentido uma vez que podem não existir escolhas no que concerne à posição de parto. Daí que seja crucial o enfermeiro ter noção das opções que o hospital oferece para que não esteja a criar na grávida a sensação de escolha que depois pode ou não ser realmente oferecida pelo hospital em questão.

Tendo em conta esta perspetiva, relembra-se ainda o artigo 88º - Da Excelência do Exercício, onde o enfermeiro assume o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”; e “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (OE, 2003: 99). Destaca-se aqui o importante papel da formação contínua de um enfermeiro especialista, este deve ter a preocupação de atualizar os seus conhecimentos e ir repensando a sua prática, refletir sobre a sua ação, e quando deteta que existe uma intervenção que não está atualizada, deve procurar renovar os respetivos

conhecimentos e posteriormente aplicá-los na prática, para melhorar a sua prestação. As intervenções do enfermeiro EESMO devem ter por base as evidências achadas e devem ser colocadas na prática logo que possível, evitando-se a renitência à mudança.

De acordo com a OE (2013: 2) existe em Portugal uma “prevalência absoluta da posição de litotomia no segundo estadio do trabalho de parto” que se confirma na configuração das salas de parto, no baixo empoderamento das grávidas quanto aos seus direitos relativos ao parto e reduzida aceitabilidade de planos de partos pelos profissionais de saúde. A OE (2013: 3) relata ainda que a resistência dos Enfermeiros EESMO à mudança “nas práticas obstétricas não tem fundamentação científica válida e, no que concerne à enfermagem, pode inclusive, ferir o seu código deontológico ao impedir deliberadamente à parturiente, o direito de participação ativa nos seus cuidados durante o parto.” Estes aspetos são vivenciados diariamente na prática obstétrica.

Não se pode esquecer que os cursos de preparação para a parentalidade são um meio que podem servir para alertar a grávida sobre as diversas posições de parto, de modo a torná-la mais consciente das possibilidades de que dispõe para o seu parto. E de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Regulamento nº 127/2011), o enfermeiro especialista concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (H2.1.7). Quando o enfermeiro ministra um curso de preparação para a parentalidade tem o poder de selecionar que informação transmitir à grávida/casal e uma vez que é o responsável pelos conteúdos deve informar os seus clientes das opções existentes para melhorar o seu grau de empoderamento.

A OE - Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012) elaborou uma recomendação relativa à preparação para o nascimento onde sugere aos cursos de preparação para o nascimento a abolição do parto em posição ginecológica, tendo em consideração que estes cursos contemplam uma componente teórica e prática que abordam o posicionamento durante o período expulsivo do TP.

Outro documento importante consultado neste âmbito é o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2011) que visa contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, tendo em conta os 6 enunciados descritivos. Tendo por base a temática das posições de parto salientam-se algumas das metas que o enfermeiro especialista deve ter em conta.

No que respeita à satisfação do cliente (primeiro enunciado descritivo) o enfermeiro especialista deve empenhar-se no sentido de respeitar os desejos da cliente, capacitar a tomada de decisão e ação e estabelecer parcerias com a mulher no planeamento do processo de cuidados. Tendo em conta a promoção da saúde (segundo enunciado descritivo) espera-se o empenho do

enfermeiro na implementação de programas de preparação para o parto e parentalidade e viabilização do plano de parto em ambiente seguro. No terceiro enunciado descritivo - prevenção de complicações - fica claro que o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e deve estar atento à deteção de potenciais problemas durante o trabalho de parto. No que toca ao autocuidado, autocontrolo e mestria (quarto enunciado descritivo) é importante “a prescrição, a implementação e a avaliação das intervenções de enfermagem, baseadas na evidência, face aos diagnósticos identificados” (OE, 2011: 8). No quinto enunciado descritivo (readaptação às novas condições de saúde) apela-se ao máximo aproveitamento dos diversos recursos de que a comunidade dispõe. E por fim, visando a organização dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (sexto enunciado descritivo) pretende-se a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas com o intuito de promover o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Através da análise deste instrumento mais uma vez salienta-se o direito à informação por parte da utente, a consideração da sua vontade, a implementação de cursos de preparação para a parentalidade, o conhecimento das várias opções que a comunidade pode oferecer, a necessidade de se basear a prática tendo em conta a evidência científica e a autonomia e responsabilização do enfermeiro especialista. Assim, tendo em conta os enunciados descritivos dos padrões de qualidade, o enfermeiro deve procurar constantemente a melhoria da qualidade dos cuidados que também se adapta à temática das posições de parto.

Após observação deste quadro teórico, percebe-se que o enfermeiro EESMO tem um papel importante a desenvolver no que concerne à promoção da posição de parto, tendo em consideração as vantagens/desvantagens das diversas posições. De uma forma geral, para as grávidas de baixo risco, as posições não supinas apresentam mais vantagens, devendo estas ser mais incentivadas (desde que esteja em consonância com o desejo da parturiente).

3 – METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste ponto apresentam-se dois subcapítulos, um diz respeito ao protocolo de pesquisa de onde se obtém como produto os artigos a analisar e o outro expõe os resultados da revisão sistemática da literatura efetuada sobre a temática selecionada.

3.1 – PROTOCOLO DE PESQUISA

Neste subcapítulo define-se o protocolo de pesquisa conducente à prática baseada na evidência, a metodologia PI[C]O: População de interesse, Intervenções, [Comparações] e Outcomes (resultados), é através desta metodologia que se formula a pergunta PI[C]O que é o ponto de partida para a revisão sistemática da literatura a proceder. “Tal como na investigação, o processo baseado na evidência decorre da questão colocada,” e “quanto mais explícita é a questão, mais fácil é pesquisar nas bases de dados electrónicas...” (Craig e Smyth, 2004: 29).

Desta forma, e tendo em conta a temática selecionada, formula-se a seguinte pergunta PI[C]O:

Qual a Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (I) junto da parturiente (P) na promoção da posição de parto durante o período expulsivo (O)?

Após a definição da pergunta PI[C]O partiu-se para o estudo das respetivas palavras-chave que originaram os descritores necessários para a execução da revisão sistemática da literatura, emergindo assim o seguinte quadro (quadro nº 2).

Quadro nº 2: Estratégia de pesquisa

			Palavras-Chave	Descritores
P	População	Parturiente	Parturiente Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia Posição de parto	Nurses Nurse Midwives Midwifery Labor Posture
I	Intervenção	Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia		
O	Outcomes	Promoção da posição de parto durante o período expulsivo		
Expressão de pesquisa: Nurs* AND Midwi* AND Labor AND Posture				

Todos os descritores foram validados na MeSH (Medical Subject Headings) Browser (2015), com o objetivo de usar uma linguagem científica certificada, sendo definidos deste modo:

- Nurses: Professionals qualified by education at an accredited school of nursing and licensed by state law to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health.

- Nurse Midwives: Professional nurses who have received postgraduate training in midwifery

- Midwifery: The practice of assisting women in childbirth.

- Labor: The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix. Successful labor results in the expulsion of the fetus and placenta.

- Posture: The position or attitude of the body. (MeSH Browser, 2015).

Portanto, para a pesquisa de artigos foi usada a seguinte expressão de pesquisa: Nurs* AND Midwi* AND Labor AND Posture.

Tendo em conta a temática e os objetivos do estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão dos artigos, os enunciados no seguinte quadro (quadro nº 3):

Quadro nº 3: Critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos artigos a analisar

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos com evidência científica, independentemente do método de estudo utilizado (qualquer tipo de estudo).	Artigos sem evidência científica.
Artigos que tenham texto completo em PDF (Portable Document Format).	Artigos que não tenham texto completo em PDF.
Artigos de Agosto de 2005 (inclusive) até Agosto de 2015 (inclusive).	Artigos anteriores a Julho de 2005 (inclusive).
Artigos que abordem a parturiente.	Artigos que não abordem a parturiente.
Artigos que abordem as posições de parto no 2º estadio do TP.	Artigos que não abordem as posições de parto no 2º estadio do TP.
Artigos escritos em Inglês, Espanhol, Italiano ou Português.	Artigos que não estejam escritos em Inglês, Espanhol, Italiano ou Português.

A pesquisa de artigos, que sucedeu no dia 19 de Agosto de 2015, foi efetuada na base de dados científicos da ordem dos enfermeiros: EBSCOhost (Elton B. Stephens Company) - Research Databases. As bases de dados tidas em conta foram a CINAHL Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE Complete (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e MediciLatina, por serem aquelas de maior interesse para o estudo a realizar no âmbito da enfermagem.

Iniciou-se então o cruzamento dos descritores, cujos resultados estão discriminados no Anexo X.

Para obter os artigos de interesse usou-se a expressão de pesquisa dos descritores nas respetivas bases de dados, aplicou-se o filtro cronológico e exigiu-se texto completo em PDF. E assim obtiveram-se 16 artigos como resultado. Após leitura dos resumos e aplicação dos restantes critérios de inclusão e exclusão, chegou-se ao resultado final de 4 artigos de interesse para o presente trabalho, cujos resultados de maior relevo se evidenciam no quadro abaixo indicado (quadro nº 4). Estes artigos encontram-se na íntegra no anexo XI e serão analisados em pormenor no próximo subcapítulo.

Quadro nº 4: Resultado final dos artigos a analisar

Título	The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor.	Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives.	Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?	Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning.
Autores	Nieuwenhuijze, Low, Korstjens e Lagro-Janssen.	De Jonge, Teunissen, Van Diem, Scheepers e Lagro-Janssen.	Soong e Barnes.	Roberts e Hanson.
Ano	2014	2008	2005	2007
Tipo de Estudo	Qualitativo, exploratório.	Qualitativo, grupos focais.	Quantitativo, teste de qui-quadrado.	Qualitativo, revisão sistemática da literatura.
Resultados Major	<ul style="list-style-type: none"> - Quase todas as mulheres mudaram várias vezes de posições de parto. - A escolha da posição de parto teve em consideração a avaliação clínica, as preferências da mulher e as suas respostas. - As posições mais usadas foram a supina, sentada, de cócoras e as laterais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apenas uma parteira referiu que discute rotineiramente as posições de parto com as mulheres no pré-natal. - Várias parteiras comentaram que a posição supina nem sempre é benéfica. - Muitas vezes as mulheres pariram na posição de parto preferida da parteira. - A preferência da mulher era o ponto de partida para a escolha da posição de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - 65,9% das mulheres pariu na posição semi recostada. - Explicações para este facto: monitorização fetal, acesso mais fácil por parte das parteiras, escolha das mulheres e as mulheres não terem uma musculatura adequada e resistência para permanecerem 	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria das mulheres nos estados unidos continuam a usar a posição de litotomia durante o 2º estadio do TP, apesar de estar associada a resultados hemodinâmicos maternos, fetais e neonatais negativos. - A evidência suporta o mérito das posições

	<p>- Verificou-se que foi dada informação limitada à mulher/companheiro sobre as posições de parto.</p> <p>- A tomada de decisão partilhada requer tempo, conversa e oportunidade para perceber as preferências e desejos das mulheres.</p> <p>- A tomada de decisão partilhada entre as mulheres e seus prestadores de cuidados na maternidade pode ter um efeito positivo sobre a percepção do parto e pode melhorar os resultados relacionados com o 2º estadio do TP.</p>	<p>- Fatores obstétricos e condições de trabalho seriam razões para se desviarem das preferências das mulheres.</p> <p>- Algumas parteiras não usavam posições não supinas.</p> <p>- Várias parteiras referiram que no parto colocavam a mulher em posição supina para ter uma melhor visão do períneo ou porque conduzir o parto nesta posição era mais fácil.</p> <p>- Se o progresso do TP estava a ser lento as parteiras usavam posições verticais. Se o TP estava a ser rápido de mais usavam a posição supina.</p> <p>- A exposição limitada às posições não supinas foi uma razão importante para que as participantes não as usassem.</p>	<p>em posições como de cócoras, de joelhos ou de gatas por um período de tempo longo.</p> <p>- 17,4% das mulheres pariu numa posição vertical.</p> <p>- A posição semi recostada foi associada a maior necessidade de sutura perineal.</p> <p>- A posição de gatas foi associada a menor necessidade de sutura perineal.</p> <p>- Às mulheres deve ser dada a opção de poderem parir numa posição que achem confortável.</p> <p>- Devem ser encorajadas auditorias aos partos.</p>	<p>verticais, que têm várias vantagens, tais como: redução da duração do 2º estadio do TP, redução dos partos instrumentados, redução de episiotomias, menos sofrimento fetal e menos dor severa.</p> <p>- Quando a preferência materna ou a sua satisfação é considerada, as mulheres preferem estar na posição vertical tendo em conta o conforto.</p> <p>- Na maioria das vezes a parturiente assume a posição que o prestador de cuidados lhe recomenda.</p> <p>- É necessário promover a transição da evidência para a prática.</p>
Nível de Evidência	VI	VI	III	V

3.2 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Neste subcapítulo apresentam-se as evidências e conclusões relevantes dos artigos analisados. De modo a dar resposta à pergunta estabelecida anteriormente (Qual a Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (I) junto da parturiente (P) na promoção da posição de parto durante o período expulsivo (O)?) procedeu-se à análise dos artigos, construindo-se um quadro de análise mais pormenorizado para cada artigo selecionado que expressa o título, autores, país e ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência, objetivos, participantes, intervenções e resultados (anexo XII).

Nieuwenhuijze, Low; Korstjens e Lagro-Janssen (2014) salientam o papel dos prestadores de cuidados na maternidade, já que são estes que auxiliam as mulheres na escolha das posições de parto e, em conjunto com a parturiente, obtêm por parte dela uma tomada de decisão que se quer consciente. Constata-se que a tomada de decisão relativa à posição de parto a adotar deve ser discutida entre o enfermeiro e a parturiente, tornando-se uma decisão partilhada entre os dois intervenientes diretos no momento do parto, revelando-se importante o consentimento informado. Nieuwenhuijze et al. (2014) enfatiza ainda que a tomada de decisão partilhada requer tempo, diálogo, conhecimento das preferências e desejos das mulheres e se realmente for considerada pode ter um efeito positivo sobre a perceção que a mulher tem do parto e melhorar os resultados relacionados com o período expulsivo.

Para que a decisão da mulher relativa à posição de parto possa ser esclarecida e consciente, esta necessita de ter acesso à informação e discuti-la com o seu prestador de cuidados e esta informação deve começar a ser debatida desde o período pré-natal. Contudo, no artigo de De Jonge, Teunissen, Van Diem, Scheepers e Lagro-Janssen (2008) apenas uma parteira referiu que rotineiramente discute as posições de parto com as mulheres na clínica pré-natal. Algumas parteiras afirmaram que discutiam com as mulheres as opções de posicionamento no parto durante uma sessão de educação para a saúde prévia, mas a maioria referiu que só deu informações quando as mulheres questionaram sobre as posições de parto, por vezes mesmo só no momento do próprio parto. Em alguns casos há autores (Nieuwenhuijze et al., 2014) que indicam que as posições de parto só foram mesmo discutidas quando o 2º estadio do TP se tornou mais longo ou o seu progresso foi limitado.

Apesar de se salientar que a escolha da posição de parto deve ser discutida, as mulheres também devem estar preparadas para a imprevisibilidade dos seus sentimentos durante o TP e para os fatores obstétricos que podem interferir com a escolha da sua posição, o que pode levar a que posições que não tinham sido consideradas tenham que ser implementadas. De uma forma geral todos os autores referem que os enfermeiros obstetras podem sempre sugerir outras opções,

tendo em conta a avaliação dos fatores obstétricos (progresso do trabalho de parto, sofrimento fetal, perda hemática, etc...) e a tolerância da mulher (conforto, dor, cansaço, etc...). Por exemplo, algumas parteiras usavam mais a posição supina em caso de detecção de problemas como perda hemática aumentada ou sofrimento fetal, por acharem que nessa posição é mais fácil lidar com os problemas detetados. Por outro lado, se se verificava que o progresso do TP estava a ser lento ou os puxos maternos não efetivos, as parteiras recorriam a posições verticais (De Jonge et al., 2008).

Denota-se em vários estudos que o enfermeiro especialista pode ter influência na escolha da posição de parto, de acordo com De Jonge et al. (2008) muitas vezes as mulheres pariram na posição de parto preferida da parteira, Roberts e Hanson (2007) também corroboram com este facto, quando dizem que na maioria das vezes a parturiente assume a posição que o prestador de cuidados lhe recomenda. De Jonge et al. (2008) relata ainda algo peculiar, quando diz que algumas parteiras, com o intuito de assistir o parto na posição que elas queriam usavam truques para que a mulher parisse na cama, por exemplo, pediam-lhes para se deitarem para um exame vaginal momentos antes do parto, dando-se este do jeito que elas queriam. Algumas parteiras não usavam posições não supinas, mesmo que as mulheres o solicitassem, colocando a vontade da parturiente para um segundo plano. Apesar de haver parteiras a referir que tanto preferiam a posição supina como a posição de parto vertical, quando questionadas sobre os últimos partos que efetuaram, um quarto delas indicou que os últimos 10 partos a que tinham assistido foram todos em posição supina.

Quando se discutem as posições de parto, os enfermeiros devem informar as mulheres quanto às vantagens e desvantagens de cada uma delas. Exemplificando, Soong e Barnes (2005) que estudaram a relação entre a posição de parto e o trauma perineal, apontam que a posição semi reclinada foi associada a maior necessidade de sutura perineal e a posição de gatas foi associada a menor necessidade de sutura perineal e este é um dos dados que também deve ser disponibilizado à mulher durante a gravidez, para que elas tomem decisões conscientes, neste caso específico relativamente à probabilidade de trauma perineal. Este é um dado importante a ter em conta, pois relembrando-se aqui o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2011), um dos exemplos de indicadores é a taxa de períneos íntegros após o parto eutócico assistido pelo enfermeiro EESMO.

Apesar de haverem vários estudos sobre as vantagens e desvantagens de cada posição de parto, elas não podem ser implementadas sem ter em atenção os desejos da mulher, tal como apontam Roberts e Hanson (2007) os cuidados obstétricos prestados durante o período expulsivo, para além de terem por base as evidências, também têm que ser individualizados e personalizados, conforme as necessidades de cada parturiente, este não é um processo linear com uma abordagem

correta, tendo em conta que se está a cuidar de uma mulher inserida numa determinada família/sociedade/cultura que tem que ser sujeita a um modelo do cuidar holístico.

As posições verticais apresentam várias vantagens relativamente à tradicional posição de litotomia, tais como: redução da duração do 2º estadio do TP, redução dos partos instrumentados, redução de episiotomias, menos sofrimento fetal e menos dor severa (Roberts e Hanson, 2007). E quando as mulheres pediam uma posição de parto específica, quando a sua preferência/satisfação eram atendidas, elas referiam a posição vertical e nunca pediram para usar uma posição supina (Nieuwenhuijze et al., 2014 e Roberts e Hanson, 2007).

Porém, verifica-se que a maioria das mulheres continua a parir na posição semi recostada ou supina conforme aponta Soong e Barnes (2005) e De Jonge et al. (2008), e as explicações dadas para este facto incluem: monitorização fetal, acesso mais fácil por parte das parteiras ao períneo, possibilidade de efetuar episiotomia, realização de exame vaginal, condução do parto mais fácil e o facto das mulheres não terem uma musculatura adequada e resistência para permanecerem em posições como de cócoras, de joelhos ou de gatas por um período de tempo longo. De acordo com Roberts e Hanson (2007) é verdade que a maioria das mulheres nos estados unidos ainda continuam a usar a posição de litotomia durante o 2º estadio do TP apesar desta posição estar associada a resultados hemodinâmicos maternos, fetais e neonatais negativos. Apesar das parteiras referirem que a posição supina é muito comum, algumas delas reconheceram que esta nem sempre é benéfica para as mulheres (De Jonge et al., 2008).

Pode não ser usada uma única posição de parto durante o período expulsivo, repara-se que pode recorrer-se a mais que uma posição de parto tendo em conta o conforto materno, mas as mudanças de posições de parto foram mencionadas mais frequentemente quando o período expulsivo se prolongava mais (Nieuwenhuijze et al., 2014).

Um facto interessante apontado num artigo explica que a exposição limitada às posições não supinas foi uma razão importante para que as enfermeiras obstetras não as usassem. Verifica-se que durante o ensino os alunos, muitas vezes, só adquirem experiência na assistência aos partos em posição supina e depois enquanto profissionais a supervisionar outros alunos também lhes vão ensinar a assistência aos partos nessa mesma posição, criando-se assim um ciclo vicioso que explica a dominância desta posição de parto. Muitas parteiras referiram nas entrevistas que tinham uma experiência muito limitada com as posições não supinas que advinha diretamente da sua experiência académica e profissional. Todavia, perante a discussão sobre este tema algumas das parteiras referiram que ficaram motivadas a tentar posições não supinas no futuro (De Jonge et al., 2008).

De uma forma geral, todos os autores analisados apontam que é necessário evoluir, que é urgente que se faça uso da evidência para implementar a mudança na prática obstétrica, é

necessário promover a transição da evidência para a prática. Mesmo quando já se iniciou um protocolo que atenda às evidências achadas, estes não são totalmente implementados nas maternidades (Roberts e Hanson, 2007). Soong e Barnes (2005) são muito práticos ao relatar que devem ser encorajadas auditorias aos partos para determinar os efeitos da posição de parto no trauma perineal, para investigar a percepção das mulheres sobre as posições de parto confortáveis e para avaliar que mudanças são necessárias para a prática das parteiras. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia devem ter a oportunidade de entrar em contacto com posição não supinas logo desde a frequência académica para que depois se sintam confiantes, com competências, para assistir partos em várias posições.

Em suma, pode-se afirmar que se obteve resposta positiva à pergunta PI[C]O, uma vez que os resultados encontrados através desta metodologia fornecem informações sobre a intervenção do enfermeiro EESMO junto da parturiente na promoção da posição de parto durante o período expulsivo. Este é um tema que deve ser debatido em conjunto com a mulher, mesmo ainda durante a vigilância da gravidez, para proporcionar uma escolha da posição de parto o mais consciente e informada possível. A parturiente deve ter a possibilidade de escolher entre várias posições de parto, mas deve sempre ter a noção que a sua escolha pode ter que ser alterada de acordo com aquilo que vai experienciar no momento de parto e dependendo das circunstâncias clínicas. O enfermeiro especialista deve ter competências suficientes para poder conduzir um parto sob o uso de várias posições, para que a escolha possa ser possível, tornando a participação da parturiente mais ativa. É essencial ter noção que o enfermeiro tem um papel importante na promoção da posição de parto mais adequada a cada caso, uma vez que faz parte do seu leque de competências autónomas. Estes achados vêm dar suporte ao quadro teórico elaborado primariamente.

4 – ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE AS POSIÇÕES DE PARTO

Neste capítulo efetuar-se-á um confronto entre a teoria e a prática, identificar-se-ão os aspetos que podem contribuir para melhorar a prática de enfermagem e irá rever-se a prática realizada à luz dos novos conhecimentos adquiridos, visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Com esta revisão sistemática da literatura efetuada foi possível consolidar conhecimentos relativamente às posições de parto, ficou-se a conhecer qual a variedade existente, quais as suas vantagens e desvantagens e qual a intervenção do enfermeiro EESMO neste âmbito.

Nos estudos analisados verifica-se que as posições não supinas são mais vantajosas quando comparadas com as posições supinas, por exemplo, Roberts e Hanson (2007) salientam que quando se recorrem às posições supinas verifica-se a redução da duração do período expulsivo, maior eficácia das contrações, redução no número de partos instrumentados, redução de episiotomias, menos sofrimento fetal e menos dor por parte da parturiente. Já no quadro teórico apontado no capítulo 2 se tinha verificado que as posições não supinas são mais vantajosas, portanto, de forma geral, os artigos analisados corroboram os dados descritos na teoria inicial.

Este conhecimento das vantagens das posições não supinas já se encontra descrito na literatura há vários anos, porém, tal como aponta a OE (2013), em Portugal continua a haver predominância da posição de litotomia. E através da revisão sistemática da literatura efetuada, constata-se que este achado estende-se aos estados unidos da América, uma vez que Roberts e Hanson (2007) afirmam que a maioria das parturientes deste país continua a parir na posição de litotomia, apesar dos seus resultados negativos. Vários autores referem que é urgente fazer esta transição do conhecimento que se detém para a prática obstétrica, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

São várias as razões apontadas nos estudos para se proceder ao parto numa posição supina, de onde se destaca o acesso mais fácil ao períneo por parte dos profissionais de saúde, monitorização fetal e a condução do parto nesta posição ficar mais facilitada. Denota-se que o profissional coloca para segundo plano o envolvimento da mulher nesta decisão em detrimento daquilo que deseja para ficar com a sua prática profissional mais facilitada, tendo em conta as suas intervenções.

Antigamente vigoravam as posições não supinas, mas com a passagem do parto para o meio hospitalar, as posições supinas ganharam terreno, de acordo com Roy, Moreno e Jimeno

(2014) a imobilidade no parto foi introduzida tendo em conta a comodidade do profissional que assiste ao parto, estando a parturiente subordinada ao profissional. A parturiente evoluiu negativamente, de uma postura ativa para um papel passivo e neste momento é necessário devolver à parturiente o seu papel mais ativo, mais participativo. Portanto, torna-se imprescindível uma ação que permita uma prática na perspetiva de uma enfermagem avançada, uma prática que esteja em consonância com os últimos achados.

Tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011) verifica-se que o enfermeiro especialista deve promover a incorporação dos conhecimentos na prestação de cuidados (B1.2.3) e basear a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2). Logo, se reconhece que existem posições de parto mais vantajosas e atualiza o seu corpo de conhecimentos de acordo com bibliografia científica válida, deve efetuar essa aplicação na prática, e assim prestar cuidados de qualidade.

Com vista a esta atualização de conhecimentos, é importante proporcionar formação em serviço para sensibilizar os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, uma vez que estes trabalham em equipa, tal como referiram os entrevistados, também é necessário haver aceitação e envolvimento por parte da classe médica.

Por outro lado, também nos estudos analisados apontou-se que é transmitida informação limitada às mulheres/casais sobre as posições de parto (Nieuwenhuijze et al., 2014 e De Jonge et al., 2008). E como já se havia analisado anteriormente, na discussão do código deontológico, a mulher/casal têm direito à informação para poderem efetuar uma decisão consciente, tem que se empoderar as grávidas para que elas tenham oportunidade de elaborar o seu plano de parto de acordo com as suas preferências.

Se o investimento na formação dos profissionais for bem sucedido será então possível promover a capacitação/empoderamento na plenitude da parturiente/família face às tomadas de decisão inerentes ao momento do parto, uma vez que em qualquer hospital estariam disponíveis as várias opções de parto para ser exercida a escolha real em pleno.

Este empoderamento deve começar o mais cedo possível, no pré-natal, por exemplo nas consultas de vigilância da gravidez e nos cursos de preparação para a parentalidade. É necessário que nas aulas de preparação para a parentalidade se informem as grávidas sobre as vantagens e desvantagens de todas as posições de parto e também é conveniente praticar as respetivas posições no período expulsivo (Roy et al., 2014). De acordo com o regulamento nº 127/2011, o enfermeiro EESMO concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável; e promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. Esta é uma competência autónoma do enfermeiro especialista da qual se pode tirar muito proveito e assim reforçar a intervenção na promoção da

posição de parto, o enfermeiro EESMO tem a autonomia exigida para lecionar um curso de preparação para a parentalidade adequado. É através desta transmissão de informação que será possível a tomada de decisão consciente, informada e partilhada entre a mulher e o seu enfermeiro.

Apesar de todas as vantagens/desvantagens das diversas posições de parto, o primeiro ponto de partida para a escolha será sempre o desejo da mulher, independentemente da vontade/aconselhamento do seu enfermeiro. Se o enfermeiro explicar à mulher que para ela é mais vantajosa determinada posição mas ela não apresentar essa vontade e pretender outro tipo de posição, o enfermeiro tem que respeitar a sua decisão, desde que esta seja esclarecida, uma vez que o enfermeiro promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação (Regulamento nº 122/2011). É incorreto impor à mulher a posição de parto que o enfermeiro pretende/deseja, sem o seu devido consentimento, tal como foi constatado em alguns dos estudos analisados. Se a grávida/parturiente tiver a oportunidade de participar na tomada de decisão relativa à posição de parto, esta decisão partilhada com o seu prestador de cuidados vai ter um efeito positivo sobre a sua perceção do parto e pode mesmo melhorar os resultados referentes ao período expulsivo, tal como apoia Nieuwenhuijze et al. (2014), por isso deve-se envolver sempre a mulher, torná-la mais participativa. Já o entrevistado 2 salientava que é importante ter em conta o desejo da mulher, “existem diversas posições que se podem utilizar e que também se deve de ir de acordo à vontade que a parturiente poderá ter, dependendo sempre da segurança que isso possa implicar para o recém-nascido e para a parturiente (...)”. Tendo em conta os próprios padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2011), preconiza-se a satisfação do cliente com a capacitação da mulher no que toca à tomada de decisão e o estabelecimento de parcerias com a utente.

A decisão da posição de parto não tem que ser um processo estanque e inflexível, isto tendo em conta que, tal como demonstraram os estudos, durante o período expulsivo podem ser usadas várias posições conforme as reações da parturiente e evolução do TP, podem ser experimentadas várias posições mesmo que numa fase inicial não tenham sido selecionadas. O enfermeiro EESMO deve alertar a mulher/casal para esta possibilidade e a utente também deve ter noção de que no momento do 2º estadio do TP, devido a fatores obstétricos, situação clínica apresentada e experiência do prestador de cuidados, podem ser efetuadas outras posições, mesmo que não estejam de encontro ao desejo materno. De uma forma geral, os autores dos artigos resultantes da revisão sistemática da literatura são unânimes ao referir que a posição de parto adotada dependerá do desejo da mulher em consonância com situação obstétrica/clínica do momento e bem-estar materno-fetal apresentado.

A execução do parto eutócico (que inclui a promoção da posição de parto) é uma intervenção autónoma do enfermeiro EESMO que tem que ser evidenciada, tal como demonstra o

Regulamento nº 127/2011: o enfermeiro atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado; e aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica. Mas para assistir a partos nas diversas posições, o enfermeiro EESMO tem que ter as competências necessárias, se o enfermeiro não se sente preparado/seguro para assistir a um parto vertical, por exemplo, não deve correr riscos e deve ponderar a sua tomada de decisão.

Tal como foi referido no estudo de De Jonge et al. (2008) a exposição limitada às posições não supinas é uma razão importante para que os enfermeiros especialistas não as usem. Neste sentido, os enfermeiros EESMO têm que ter consciência que têm que atualizar permanentemente as suas competências/conhecimentos e se acham que foram pouco expostos às posições supinas durante a sua formação académica e profissional devem procurar alcançar o que lhes falta. Neste sentido, é necessário a frequência de cursos que incluam estas valências. Relembrem-se aqui os entrevistados que também referiam que sentiam insegurança e receio para assistir a partos em posições não supinas devido à falta de prática nesse contexto e todos eles referiram que era necessário o investimento na formação.

“A maioria das pessoas concordará que cuidados de saúde baseados na evidência devem ser uma realidade mas, muitas vezes, faltam subsídios para conseguir as mudanças de comportamento necessárias (...)” (Craig e Smyth, 2004: 235). São necessárias mudanças de comportamentos, de mentalidade, o investimento em formação, a aquisição de algum material para que todos os hospitais possibilitem várias posições de parto, etc. A OE, alguns dos estudos analisados e os próprios enfermeiros entrevistados para o trabalho, apoiam a ideia de que os resultados da investigação ainda não foram totalmente implementados na prática.

É do conhecimento público que já existem hospitais em Portugal onde são dadas várias opções à mulher quando se trata de escolher a posição de parto, e nesses hospitais observa-se que existe material específico para tal, como é o caso do banco de parto, bolas de pilates, cordas suspensas, CTG (Cardiotocógrafo) wireless, apoios, etc... Para além da formação aos profissionais, os entrevistados também referiram que é necessário dotar as instituições com material adequado e a mestranda concorda com este facto.

Na análise temática das entrevistas, no tema – recursos necessários para facultar às parturientes posições de parto não supinas – os enfermeiros referiam que para poderem proporcionar várias posições de parto era necessário investimento na formação, aquisição de material e apoio por parte da equipa multidisciplinar. A mestranda sente-se em consonância com estes entrevistados, pois existem vários fatores que podem levar o enfermeiro a evitar a promoção de posições de partos não supinas como a falta de experiência, pouca sensibilização da equipa, pouca experiência, insegurança, etc. Por isso é importante discutir esta temática para despertar

consciências, mudar mentalidades e fazer os enfermeiros EESMO refletirem e questionarem a sua prática de forma a motivá-los para a mudança, para a incorporação dos dados presentes nos estudos científicos na prática de enfermagem. A OE (2013) salienta como objetivo estratégico que é necessário aumentar a livre escolha da posição de parto por parte das parturientes, o que destaca a importância de se investir neste âmbito.

Após análise da literatura, da evidência e das competências do enfermeiro especialista ficou reforçada a importante ação do enfermeiro EESMO para proporcionar à mulher uma escolha consciente, informada e partilhada relativa à posição de parto. Ficou provado que é necessário efetuar a incorporação dos conhecimentos científicos atualizados, providenciar cursos de preparação para a parentalidade que integrem as novas diretivas, promover o plano de parto individualizado/personalizado e colocá-lo em prática tendo em conta as várias posições de parto, e para isso aperfeiçoar todas as competências necessárias no sentido da atualização dos conhecimentos teórico-práticos.

5 – CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu o desenvolvimento de competências de forma a compreender a intervenção do enfermeiro EESMO na promoção da posição de parto, por isso pode afirmar-se que os objetivos foram atingidos. Através de uma revisão sistemática da literatura foi possível analisar a evidência obtida relativa às posições de parto e assim refletir sobre o que é necessário para mudar a prática especializada de enfermagem e raciocinar sobre várias possibilidades.

Como sugestão, aponta-se a necessidade urgente de capacitar os enfermeiros com as competências necessárias para assistir a partos em posições não supinas. Era oportuno que as entidades de saúde (como a DGS ou a OE) proporcionassem cursos teórico-práticos gratuitos sobre a intervenção dos enfermeiros especialistas na assistência às diversas posições de parto, para que os profissionais se sentissem mais capazes e com segurança para implementar mudanças nos seus locais de trabalho. Roy et al. (2014) frisa que os profissionais de saúde devem ter formação de forma a aumentar a sua competência para que possam assistir a parturiente em qualquer posição de parto que ela eleja, têm que se reeducar estes profissionais para que eles facilitem a fisiologia, de maneira a que não manipulem o parto sem haver necessidade e permitam maior envolvimento por parte da parturiente.

É necessário voltar ao passado em que as parturientes pariam mais em posições não supinas e tinham um papel mais ativo, mais participativo. Já em 2015, A OE (2015: 44) refere que “a maioria dos estudos reconhece vantagens a todas as posições não horizontais” e que “a mulher deve ser encorajada a mudar de posição e adotar a que melhor a faz sentir.”

Nesta área, tal como em todas as outras, é importante haver formação contínua que contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, “uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização contínua de conhecimentos” (OE, 2015: 23). Esta formação também pode ser feita pelos pares, assim, a mestranda está a equacionar a possibilidade de através deste trabalho fazer um resumo ou mesmo um artigo para poder levar para os seus colegas enfermeiros especialistas para que eles se juntem nesta procura da melhoria da qualidade, para que sintam vontade de investir mais na promoção das várias posições de parto, despertá-los para a ação. Com este trabalho pretende-se divulgar resultados para mudar atitudes e mentalidades, promover a mudança das práticas profissionais. A discussão sobre este assunto pode

motivar os enfermeiros a tentar posições não supinas no futuro, tal como aconteceu no estudo de De Jonge et al. (2008).

A OE (2011) aponta que o enfermeiro EESMO deve ter a preocupação de contribuir com a sua prática para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta os padrões de qualidade e “só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade”. A mestranda, com pouca experiência na área da especialidade, pretende enriquecer as suas competências no que respeita à promoção da posição de parto, por isso, assim que possível, tentará também frequentar um curso que envolva uma vertente teórico prática sobre a assistência aos partos em posições não supinas.

Para a mestranda foi particularmente gratificante poder construir um trabalho de mestrado sobre a temática em questão dado o seu interesse pessoal e o seu desejo de contribuir para a melhoria da qualidade.

A prática baseada na evidência tem um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois através da agregação das evidências surgem conhecimentos atualizados que orientam a prestação especializada de cuidados. Deste modo, os cuidados de enfermagem sustentam-se em achados científicos, que possibilitam ao enfermeiro especialista agir de forma consciente e fundamentada, tornando-o mais competente em ação.

Em suma, foi possível responder à questão: Qual a Intervenção do enfermeiro EESMO junto da parturiente na promoção da posição de parto durante o período expulsivo? Ficou claro que as posições de parto devem começar a ser abordadas na vigilância pré-natal e a decisão quanto à posição a adotar deve ser partilhada entre enfermeiro e parturiente, tendo em conta a vontade da mulher e a sua situação clínica. Neste momento verifica-se que a posição a adotar também depende daquilo que o enfermeiro especialista se sente competente a oferecer, ou seja, se ele não tem segurança/experiência para proporcionar um parto em posição não supina, isso não irá suceder. Por isso cabe ao enfermeiro tentar procurar as competências/conhecimentos/experiências necessárias para que a mulher possa ter um leque de opções quanto às posições a adotar no período expulsivo e assim a poder assistir convenientemente. Há um longo percurso a construir neste âmbito, mas o importante é começar, para que se possam ir produzindo resultados, mesmo que pequenos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

⇒ Bardin, Laurence (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda. ISBN 978-972-44-1506-2. 281 p.

⇒ Benito, Gladys Amelia Vélez; Tristão, Kamila Medani; Paula, Ana Cláudia Schuab Faria; Santos, Mariana Andrade; Ataíde, Lorena Jácome; Lima, Rita de Cássia Duarte (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Janeiro-Fevereiro, 65 (1), pp. 172-178.

⇒ Craig, Jean V e Smyth, Rosalind L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4. 309 p.

⇒ De Jonge, Ank; Teunissen, Doreth A. M.; Van Diem, Mariet Th.; Scheepers, Peer L. H.; Lagro-Janssen, Antoine L. M. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*, Agosto 4 (63), pp. 347-356. **Acedido em 19, Agosto, 2015 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6196b4ad-232d-4d13-a31a-90425ecd4edf%40sessionmgr4005&vid=8&hid=4206>**.

⇒ Decreto-Lei nº 161/1996. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República nº 205/04-09-1996 - I Série – A. Ministério da Saúde. Lisboa.

⇒ Decreto-Lei nº 74/2006. *Graus académicos e diplomas do ensino superior*. Diário da República nº 60/24-03-2006 - I Série – A. Ministério da Saúde. Lisboa.

⇒ Direção Geral de Saúde (2013). *Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo*. Norma DGS. Lisboa: Ministério da Saúde, 10 p.

⇒ Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5. 595 p.

⇒ Gayeski, M. E.; Brüggemann, O. M. (2009). Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Março-Abril 17 (2), pp. 1-7.

⇒ Graça, Luís Mendes (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Ed, Lisboa: Lidel, 756 p. ISBN 978-972-757-654-8.

⇒ Lamaze International (2003). *Instituto Lamaze para o Parto Normal: Posições não-supina (ex. Posições Verticais ou Deitadas Lateralmente) para o Parto*. Washington: Lamaze International. 3 p.

⇒ Mamede, F. V.; Mamede, M. V.; Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Junho 11 (2), pp. 331-336.

⇒ MeSH Browser [Consultado a 19 de Agosto de 2015]. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

⇒ Mouta, R. J. O.; Pilotto, D. T. S.; Vargens, O. M. C.; Progianti, J. M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista Enfermagem UERJ*, Outubro/Dezembro 16 (4), pp. 472-476.

⇒ Nieuwenhuijze, Marianna J.; Low, Lisa Kane; Korstjens, Irene; Lagro-Janssen, Toine (2014). The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, Maio/Junho 3 (59), pp. 277-285. **Acedido em 19, Agosto, 2015 em** <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6196b4ad-232d-4d13-a31a-90425ecd4edf%40sessionmgr4005&vid=6&hid=4206>.

⇒ Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros. 187 p.

⇒ Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 27 p.

⇒ Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 60 p.

⇒ Ordem dos Enfermeiros [Consultado a 19 de Agosto de 2015]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>.

⇒ Ordem dos Enfermeiros: Assembleia de colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 15 p.

⇒ Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). *Recomendação nº 2/2012: Recomendações para a preparação para o nascimento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 3 p.

⇒ Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013). *Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade: Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 4 p.

⇒ Regulamento nº 122/2011. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República nº 35/18-02-2011 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

⇒ Regulamento nº 127/2011. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Diário da República nº 35/18-02-2011 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

⇒ Roberts, Joyce; Hanson, Lisa (2007). Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, Maio/Junho 3 (52), pp. 238-245. **Acedido em 19, Agosto, 2015 em** <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6196b4ad-232d-4d13-a31a-90425ecd4edf%40sessionmgr4005&vid=10&hid=4212>.

⇒ Roy, Maria Elena Romero; Moreno, Ángela Carrizosa; Jimeno, José Francisco (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 1 (8), pp. 25-32. ISSN 1576-3080.

⇒ Soong, Barbara; Barnes, Margaret (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?. *BIRTH II*, Setembro 3 (32), pp. 164- 169. **Acedido em 19, Agosto, 2015 em** <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=6196b4ad-232d-4d13-a31a-90425ecd4edf%40sessionmgr4005&hid=4212>.

ANEXOS

ANEXO I – RELATÓRIO DO ESTÁGIO IV

Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos



Relatório de Estágio

Relatório elaborado por:

Sílvia da Costa, nº 110434002

2º Ano, 2º Semestre

Santarém, 17 de Março de 2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém
2º CMESMO/5º CPLEESMO



**Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na
Sala de Partos**

Relatório de Estágio

Relatório elaborado por:

Sílvia da Costa, nº 110434002
2º Ano, 2º Semestre

Titular da Unidade Curricular: Professora Lurdes Torcato
Professora Orientadora: Professora Olímpia Cruz
Enfermeira Cooperante: Enfermeira Otilia Simões

Santarém, 17 de Março de 2014

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele,
mas aquilo em que ele nos transforma.”

John Ruskin

ABREVIATURAS E SIGLAS

- BSG – Boletim de Saúde da Grávida
- CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade
- CS – Centro de Saúde
- CTG – Cardiotocografia
- DGS – Direção Geral de Saúde
- Ed. – Edição
- EPS – Educação Para a Saúde
- ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- ESMOG – Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
- H – Horas
- HAP – Hospital de Apoio Perinatal
- HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
- HTA – Hipertensão Arterial
- IA – Índice de APGAR
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- ITP – Indução do Trabalho de Parto
- Nº – Número
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- P. – Página
- PE – Processo de Enfermagem
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- RN – Recém-Nascido
- SAM – Sistema de Apoio Médico
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- TP – Trabalho de Parto
- UCF – Unidade Coordenadora Funcional
- Vol. – Volume

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	8
1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	10
1.1 – CHTM – UNIDADE DE ABRANTES.....	11
1.2 – CIRCUITO DE UTENTES.....	12
1.2.1 – Urgência Ginecológica	13
1.2.2 – Urgência Obstétrica	13
1.2.3 – Bloco de Partos	14
1.3 – ESTRUTURA FÍSICA.....	14
1.4 – RECURSOS MATERIAIS	16
1.5 – RECURSOS HUMANOS	16
1.6 – MÉTODO DE TRABALHO	17
2 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES POR OBJECTIVOS	18
2.1 - EFETUAR A CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	19
2.2 - EFETUAR A AUTO E HETEROAVALIAÇÃO DO MEU DESEMPENHO NO PERCURSO DO ESTÁGIO.....	20
2.3 - APROFUNDAR OS CONHECIMENTOS TEÓRICOS LECIONADOS NAS DIVERSAS UNIDADES CURRICULARES DO CURSO, TENDO EM CONTA O ÂMBITO DO ESTÁGIO IV.....	21
2.4 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA NO DOMÍNIO DA URGÊNCIA GINECOLÓGICA, COM BASE NO PE	22
2.5 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/FAMÍLIA NO DOMÍNIO DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA, COM BASE NO PE	24

2.6 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM EFETUAR A ADMISSÃO DA GRÁVIDA/PARTURIENTE/FAMÍLIA NO BLOCO DE PARTOS, COM BASE NO PE.....	27
2.7 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 1º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE.....	31
2.8 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 2º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE.....	35
2.9 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 3º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE.....	40
2.10 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 4º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE.....	42
2.11 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS IMEDIATOS AO RN, COM BASE NO PE.....	44
2.12 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS COGNITIVAS DE FORMA A ELABORAR UM GUIA DE ORIENTAÇÕES NO BLOCO DE PARTOS	47
2.13 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS QUE PERMITAM O ALÍVIO DA DOR ATRAVÉS DA MUSICOTERAPIA DURANTE O TP	49
2.14 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E COGNITIVAS QUE PERMITAM EFETUAR A GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS.....	51
3 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTÁGIO.....	52
4 – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO.....	55
CONCLUSÃO.....	57
BIBLIOGRAFIA	58

ANEXOS	60
ANEXO I – HORÁRIO DO ESTÁGIO IV	61
ANEXO II – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	63
ANEXO III – GUIA DE ORIENTAÇÕES NO BLOCO DE PARTOS.....	105
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MUSICOTERAPIA NO BLOCO DE PARTOS DO CHMT – UNIDADE DE ABRANTES	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura da rede de referênciação materno-infantil	10
Figura 2: Circuito dos utentes da urgência obstétrica/ginecológica e do bloco de partos	12

INTRODUÇÃO

Foi-me proposto no âmbito da unidade curricular Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, realizar um relatório de estágio que se insere no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia / 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Preconiza-se que este relatório de estágio se alicerce no projeto individual de estágio entregue no início do respetivo ensino clínico, que contemple a caracterização do contexto de estágio, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e a avaliação do respetivo estágio.

“O enfermeiro deve ser capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas e de procurar soluções” (PERES e CIAMPONE, 2006, citado por BENITO et al., 2012). A execução do relatório trata a análise do percurso formativo do aluno, onde se efetua uma auto-apreciação, uma reflexão crítica tendo por base os objetivos traçados inicialmente no projeto de estágio.

Tendo em conta o supracitado, a elaboração deste relatório de estágio, tem como objetivos:

- Efetuar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Desenvolver competências que permitam a elaboração de um relatório de estágio;
- Contribuir como instrumento de avaliação do estágio IV.

“A vivência do estágio supervisionado propicia ao académico de enfermagem o desenvolvimento de diferentes habilidades e competências necessárias à sua formação” (BENITO et al., 2012). Com este estágio tive a oportunidade de colocar em prática a teoria que tinha sido lecionada anteriormente e desenvolver competências necessárias e imprescindíveis a um enfermeiro especialista em ESMOG.

Relembro que a unidade curricular Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, apresentava como objetivos gerais:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.

Para que fosse exequível atingir tais objetivos de estágio, tive em atenção as competências comuns do enfermeiro especialista; as competências específicas do enfermeiro

especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica; e as orientações emanadas pelo REPE; uma vez que nestes 3 documentos constam as competências e respetivas orientações que se alvitram desenvolver no presente estágio.

Este Estágio teve a duração de 22 semanas, com início em 28 de Outubro de 2013 e término a 11 de Abril de 2014 (com interrupção para férias de Natal de 23 de Dezembro de 2013 a 3 de Janeiro de 2014 e férias de Carnaval a 3 e 4 de Março de 2014). Neste estágio estavam previstos momentos de seminário na escola, que compreenderam as seguintes datas: 14 de Novembro de 2013, 4 de Dezembro de 2013, 30 de Janeiro de 2014 e a semana de 7 a 11 de Abril de 2014.

O meu contexto de estágio correspondeu ao CHMT – Unidade de Abrantes (Bloco de Partos). De salientar que o meu contexto de estágio compreendeu também a urgência ginecológica e obstétrica pelo facto de estes serviços serem adjacentes ao bloco de partos e pelo facto do bloco de partos por vezes se encontrar sem utentes ou com reduzida ocupação, havendo então a necessidade de rentabilizar o tempo. De acordo com a DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001), o CHMT – Unidade de Abrantes é considerado um hospital de apoio perinatal.

Relativamente ao horário, este foi rotativo, de segunda-feira a domingo, acompanhando o horário da Enfermeira Cooperante, perfazendo um total mínimo de 80 turnos, com carga horária de 35 horas semanais (consultar Anexo I – Horário do Estágio IV). A Enfermeira Cooperante foi a Enfermeira Otília Simões, enfermeira especialista em ESMO.

Durante estas semanas de estágio procedi à realização de um diário de bordo, onde ao fim de cada dia relatava o que achava que era pertinente vir a referir neste relatório, registava o que de significativo tinha ocorrido, o que cativou a minha atenção, o que me fez refletir, o que me emocionou, os fatores facilitadores/dificultadores, os meus receios, preocupações, etc. Este diário de bordo servirá agora de base para a execução do presente relatório.

Assim, de forma a ir de encontro aos objetivos deste relatório de estágio, o meu trabalho académico será constituído por 4 capítulos.

Primariamente será apresentada a caracterização do contexto de estágio. Aqui farei uma alusão à rede de referência materno-infantil, CHMT – Unidade de Abrantes, circuito e tipologia de utentes, estrutura física, recursos materiais, recursos humanos e método de trabalho adotado.

Depois apresentarei uma análise crítico-reflexiva do plano de atividades desenvolvido ao longo do estágio, onde o projeto de estágio se constituirá como suporte deste segundo capítulo, uma vez que se vai ter em conta os 14 objetivos específicos delineados inicialmente.

Haverá um terceiro capítulo onde serão tecidas considerações gerais sobre o estágio.

E por fim, apresentarei um quarto capítulo onde efetuarei uma breve alusão à avaliação do estágio.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Antes de efetuar a caracterização do contexto de estágio propriamente dita, vou efetuar uma breve abordagem às orientações emanadas pela rede de referência materno infantil, uma vez que esta rede define critérios de atuação para o hospital em que realizei estágio.

Posteriormente, com o intuito de efetuar a caracterização do contexto de estágio (CHMT – Unidade de Abrantes), irei referir o seu circuito/tipologia de utentes, a estrutura física, os recursos materiais, os recursos humanos, e o método de trabalho adotado.

Relativamente à área da saúde materna e obstétrica, verifica-se então a existência de uma rede de referência materno infantil, que foi aprovada por despacho ministerial, em 26 de Abril de 2001. Esta rede nacional resultou do desenvolvimento do programa de saúde materno-infantil e permitiu a categorização de 4 estruturas que se articulam entre si, sendo elas:

- Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD);
- Hospitais de Apoio Perinatal (HAP);
- Centros de Saúde (CS);
- Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF).

Esta rede foi criada com o objetivo da “melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil” (DGS, 2001). Para isto, melhoraram-se as instalações físicas, os equipamentos materiais e rentabilizaram-se os recursos humanos.

Para percebermos a estrutura da rede, anexo a figura 1, onde se percebe de que maneira é que as entidades se articulam entre si, a nível nacional.

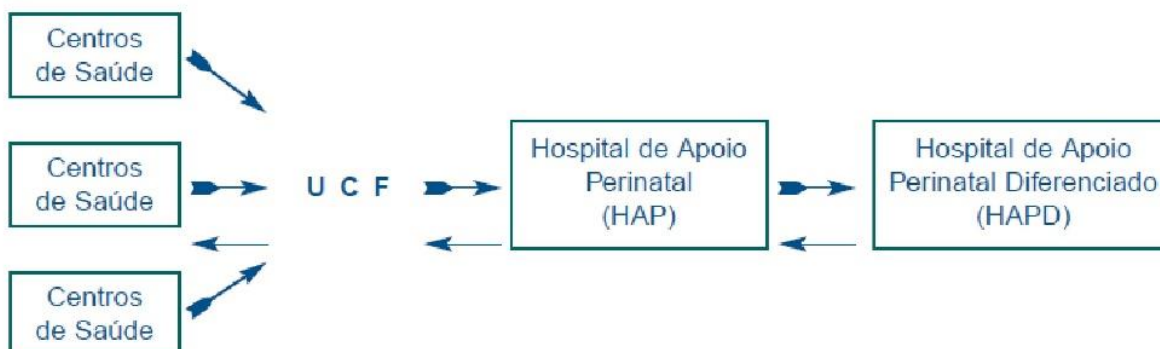


Figura 1 – Estrutura da rede de referência materno-infantil. Fonte: DGS (2001).

Os HAP são a primeira linha de referência para um determinado grupo de centros de saúde (conforme a sua área geográfica), com os quais se articula, por meio das respetivas UCF.

Já os HAPD são a referência para determinados HAP, ou para determinada patologia materna ou infantil. Estes hospitais têm todas as funções dos HAP, com tendência acrescida. Contudo, também podem funcionar como HAP para os centros de saúde da sua área geográfica.

1.1 – CHMT – UNIDADE DE ABRANTES

De acordo com a arquitetura da rede de referência materno-infantil, o CHMT – Unidade de Abrantes é um HAP, ou seja, possui “capacidade em meios humanos e materiais para assistência à gravidez, parto e recém-nascidos, orientando apenas os casos de patologia rara ou de gravidade excecional para os HAPD” (DGS, 2001). Os HAPD de referência para o CHMT são a Maternidade Alfredo da Costa e o Hospital de Santa Maria.

Como HAP que é, o CHMT – Unidade de Abrantes tem que “garantir serviço de urgência com presença física, 24/24 horas, de um obstetra, um pediatra e um anestesista e dispor de um corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço” (DGS, 2001). Estes recursos humanos também devem garantir a assistência clínica adequada a todos os partos.

O CHMT é uma entidade pública empresarial, está sob a alçada da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e é composto por 3 centros hospitalares públicos, sujeitos a uma equipa de coordenação comum:

- CHMT - Unidade de Abrantes – Hospital Doutor Manoel Constâncio;
- CHMT - Unidade de Tomar – Hospital Nossa Senhora da Graça;
- CHMT - Unidade de Torres Novas – Hospital Rainha Santa Isabel.

Nos 3 centros hospitalares verifica-se a existência de consultas externas de obstetrícia. Contudo, a Unidade de Abrantes é a única que presta assistência às parturientes, puérperas e RN, apresentando o bloco de partos, internamento de puerpério e neonatologia.

Este hospital tem como missão “Prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, aos utentes da sua área de influência, promovendo a complementaridade entre os hospitais do centro e apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais” (<http://www.chmt.min-saude.pt/>).

O CHMT – Unidade de Abrantes, pertence ao distrito de santarém, concelho de abrantes e tem uma determinada área geográfica de abrangência de acordo com a rede de referência materno-infantil, abrangendo as seguintes localidades: Abrantes, Alcanena, Constância,

Entroncamento, Fátima, Ferreira do Zêzere, Golegã, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha.

Contudo, no DESPACHO Nº 7495/2006 é referido “o direito de toda a mulher escolher livremente o local onde deseja ter os seus filhos em condições de melhor qualidade para a mãe e a criança.” Assim, toda a grávida pode selecionar qual o hospital com bloco de partos onde deseja parir, ou seja, este hospital pode receber utentes de outros CS/outras áreas geográficas que não sejam especificamente da sua área de abrangência.

A DGS (2001) salienta que se preconiza que os HAP devam ter um mínimo de 1500 partos por ano, à exceção das situações especiais por determinantes geodemográficas. O CHMT – Unidade de Abrantes é uma dessas exceções, uma vez que em 2009 o número de partos realizados foi de 1084, em 2010 foi de 1055, em 2011 foi de 991, em 2012 foi de 915 e em 2013 foi de 787, não tendo sido alcançados os 1500 partos que se preconizam. Saliento que o número de partos vem diminuindo anualmente, o que está em consonância com a nossa taxa de natalidade.

1.2 – CIRCUITO DE UTENTES

Através da exposição do circuito de utentes da urgência ginecológica, urgência obstétrica e bloco de partos, pretendo explorar a tipologia de utentes a quem prestei cuidados durante este estágio, tendo em conta que esses foram os 3 contextos da minha atuação.

Para uma melhor perceção insiro abaixo a figura 2 que explica o circuito dos utentes que recorrem à urgência obstétrica/ginecológica e ao bloco de partos que elucidarei a seguir.

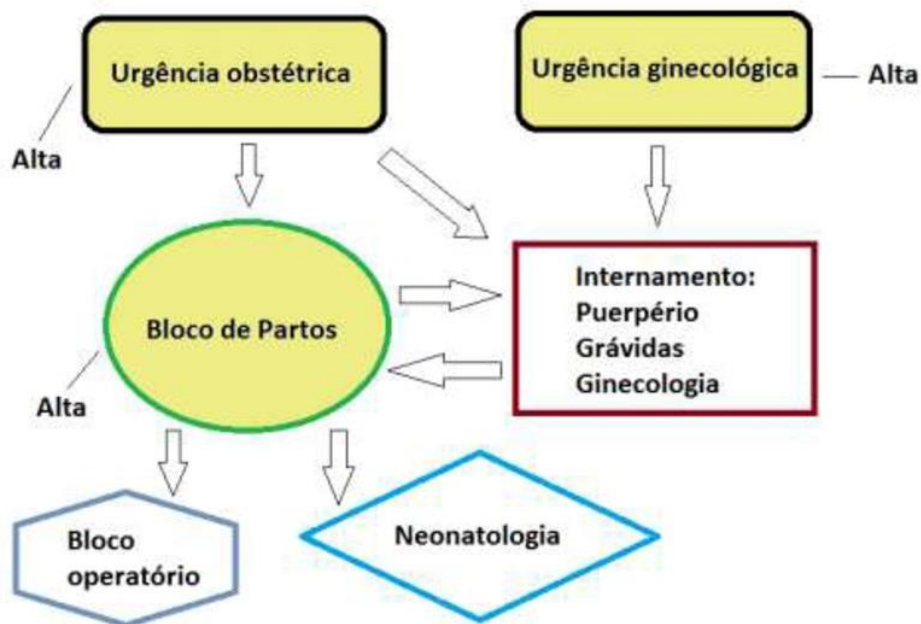


Figura 2 – Circuito dos utentes da urgência obstétrica/ginecológica e do bloco de partos.

1.2.1 – Urgência Ginecológica

As mulheres que recorrem à urgência ginecológica vêm encaminhadas da urgência geral. É encaminhada para esta urgência toda a mulher que apresente patologia ginecológica com manifestação aguda ou simplesmente apresente queixas/sintomas relacionados com o foro da ginecologia.

Depois de atendida, a mulher pode ter alta e regressar ao seu domicílio ou ficar internada no internamento de puerpério (que também tem capacidade para utentes da ginecologia oriundas da urgência) caso seja necessário a prestação de cuidados específicos ou caso necessite de ser submetida a uma cirurgia de urgência.

1.2.2 – Urgência Obstétrica

Toda a mulher que chega à urgência obstétrica também ela vem encaminhada através da urgência geral. Nesta urgência são atendidas grávidas, parturientes e puérperas.

As grávidas recorrem à urgência com uma dada queixa, depois de avaliadas podem ter alta clínica (regresso ao domicílio), podem ir diretamente para o internamento de puerpério (que também possui capacidade para receber grávidas) se necessitarem de uma vigilância cuidada da gravidez ou podem ficar temporariamente no bloco de partos até que fiquem estabilizadas e depois tenham condições para serem transferidas para o internamento de puerpério ou regressarem ao seu domicílio.

As parturientes dão entrada através da urgência ginecológica, onde se inicia a sua admissão e é seguidamente transferida para o bloco de partos. Por vezes a parturiente é internada no bloco de partos com falso trabalho de parto e tem alta clínica para regresso ao seu domicílio. As grávidas quem vêm com indicação médica para indução de trabalho de parto ou para serem submetidas a cesariana eletiva fazem o mesmo percurso que a parturiente.

As puérperas também são atendidas nesta urgência e de acordo com cada situação podem ter alta clínica ou necessitarem de internamento no puerpério.

Verifica-se por vezes a necessidade de transferência de uma grávida/parturiente se esta tiver uma patologia associada à qual o HAP não consegue dar resposta ou se esta se encontra em trabalho de parto e apresenta menos de 34 semanas de gestação (dependendo do consenso entre obstetras e pediatra). Nestes casos é usual contactar-se o INEM para que este indique o local para onde a grávida/parturiente deve ser transferida de acordo com a sua situação e vagas dos HAPD recetores. Esta transferência é sempre efetuada por um enfermeiro especialista em ESMO, e caso a situação o justifique, também pode ser necessário o acompanhamento por um médico obstetra e/ou médico pediatra.

1.2.3 – Bloco de Partos

O bloco de partos recebe parturientes vindas da urgência obstétrica, realiza toda a vigilância do trabalho de parto, efetua o parto e após o puerpério imediato (2h) encaminha a puérpera em conjunto com o seu RN para o internamento de puerpério. O mesmo se aplica às grávidas que dão entrada com indicação para indução de trabalho de parto.

A parturiente também pode ser admitida através do internamento de puerpério (que também acolhe grávidas) se lá se encontra para vigilância e prestação de cuidados e entretanto entra em trabalho de parto.

No bloco de partos também se prestam cuidados a grávidas em situação de risco, até que fiquem numa situação mais estável e depois possam ter alta clínica ou seguir para o internamento, como já tinha referido anteriormente.

Se o RN necessitar de uma vigilância mais cuidada ou tiver algum problema associado, este é encaminhado para a Neonatologia. Se houver necessidade de transferir o RN para um HAPD, este segue na mesma para a neonatologia onde se efetua uma estabilização primária do RN até que chegue o INEM RN.

“Através de protocolo com o INEM, foi possível criar um sistema de transporte, dentro da rede, dos recém-nascidos de alto risco – INEM recém-nascidos – que mantém um funcionamento exemplar” (DGS, 2001).

Se houver necessidade de que a grávida/parturiente seja submetida a uma cirurgia (como no caso de cesariana ou curetagem em caso de retenção placentária) o bloco de partos encaminha a mulher para o bloco operatório e depois do recobro será o internamento de puerpério o responsável pelo transporte da mulher do bloco operatório para o internamento.

Também é frequente no bloco de partos acolherem-se mulheres com aborto retido, para expulsão do embrião/feto e se necessário estas mulheres também podem ser encaminhadas para o bloco operatório para serem submetidas a curetagem.

1.3 – ESTRUTURA FÍSICA

No que concerne à estrutura física, tudo se resume ao piso 5, onde se encontram os seguintes serviços:

- Internamento de Puérperas (que também acolhe grávidas patológicas e urgência ginecológica);
- Bloco de Partos;
- Urgência Ginecológica;
- Urgência Obstétrica;

- Neonatologia;
- Núcleo Central.

Observa-se uma estreita articulação entre estes serviços, daí a pertinência de se localizarem todos no mesmo piso.

O núcleo central dá apoio a todos os serviços aqui referidos, uma vez que tem uma secretaria-geral, sala de reuniões, copa, vestiários, casas de banho e uma sala de espera comum.

De referir ainda que no piso 2 se situa o bloco operatório, que é a única estrutura de apoio que se localiza num piso distinto.

De salientar ainda que o bloco de partos e o internamento de puérperas possuem ligação interna através de um corredor, não se verificando uma barreira física entre estes 2 serviços que se articulam entre si. Assim a transferência de utentes entre bloco de partos e internamento é executada com a máxima privacidade.

Um HAP deve estar equipado com as seguintes divisões: Sector de admissão, Quartos de parto (ou sala de dilatação e sala de partos), Sector de monitorização fetal e de ecografia, Bloco operatório próprio ou acesso imediato ao bloco operatório central 24/24 h, Sala de vigilância pós-parto e pós-operatória e Sala de reanimação do recém-nascido (DGS, 2001). Verifica-se que o CHMT – Unidade de Abrantes cumpre todas estas orientações aqui expressas.

A urgência ginecológica/obstétrica é contígua ao bloco de partos e assim têm ao seu dispor: 1 Sala de ecografia, 2 Gabinetes médicos, 1 Sala de tratamentos com cama, 2 WC na urgência, 1 WC no bloco de partos (para utentes), 1 WC para profissionais, 1 Sala de Cardiotocografia (com 3 cardiotocógrafos), 1 Sala de trabalho de Enfermagem (com central de CTG), 1 Sala de Recém-nascidos, 5 Quartos de partos, 1 Sala de armazém avançado, 1 Farmácia, 1 Sala de estar, 1 Rouparia, 1 Vestiário para profissionais de saúde e 1 Vestiário para acompanhantes.

O bloco de partos não possui sala de dilatação e sala de partos, mas sim 5 quartos de partos, onde a grávida/parturiente tem direito à sua privacidade desde a admissão até à sua alta/transferência do bloco de partos para o internamento.

Se existirem quartos de parto no bloco de partos, “o número de camas obstétricas deve corresponder à relação de 3-4 por cada 1000 partos por ano” (DGS, 2001). Portanto, tendo em conta que atualmente se executam menos que 1000 partos por ano, o número de quartos de partos existentes supera os mínimos exigidos.

Na sala dos recém-nascidos prestam-se os cuidados imediatos ao RN, sendo que de seguida este volta para o quarto de parto e permanece sempre junto da sua mãe.

1.4 – RECURSOS MATERIAIS

Reportando-me aos recursos materiais, observei que o serviço possui todos os recursos necessários para que sejam prestados os cuidados diários às utentes e RN.

Cada quarto de parto está equipado com cama articulada, cardiocógrafa, monitor cardíaco, bomba perfusora, seringa infusora, mesa de apoio, candeeiro de iluminação, rampas de oxigénio e vácuo, armário com material necessário, relógio de parede, lavatório, ar condicionado, banco, cadeira e cadeirão para o acompanhante da grávida/parturiente.

A sala de reanimação neonatal deve estar dentro ou adjacente à sala de partos e deve incluir (DGS, 2001): Espaço próprio, Mesa com plano inclinado e leito suficientemente firme, Fonte de calor, Relógio visível com indicação de segundos, Iluminação adequada sobre a mesa e Equipamento destinado à administração de oxigénio, intubação endotraqueal, aspiração de secreções, cateterismo dos vasos umbilicais e utilização de medicamentos.

Constata-se que a sala dos recém-nascidos possui todo este material à exceção do relógio. Possui ainda uma balança, banheira, incubadora de aquecimento e armário com material de apoio.

1.5 – RECURSOS HUMANOS

Relativamente aos recursos humanos, verifica-se que a equipa multidisciplinar tem 2 campos de acção: o bloco de partos, urgência ginecológica e obstétrica; e o internamento de puerpério, grávidas e ginecologia, ou seja, os profissionais de saúde rodam pelos 2 serviços, formando apenas uma equipa. A própria enfermeira chefe é comum aos 2 serviços (e é também enfermeira chefe da Neonatologia). Assim sendo, o bloco de partos e o internamento de puérperas dispõem de:

- 1 Enfermeira chefe (especialista em ESMO);
- 19 Enfermeiros especialistas em ESMO;
- 5 Enfermeiros generalistas (estes apenas prestam cuidados no internamento de puerpério);
- 1 Parteira (que apenas presta cuidados no bloco de partos);
- 12 Médicos obstetras;
- 5 Médicos pediatras (sendo que 1 é Neonatologista);
- Vários Médicos Anestésistas (que também apoiam o bloco operatório);
- 11 Assistentes operacionais (antes denominados de auxiliares de acção médica);
- 3 Administrativas;
- 1 Assistente social (presta apoio);

→ 1 Psicólogo (presta apoio).

De referir que do total dos enfermeiros apenas 1 é do sexo masculino.

Sempre que houver necessidade é possível pedir o apoio de outras especialidades médicas, como por exemplo da medicina.

Relativamente à organização dos recursos humanos pelos turnos rotativos que se praticam no bloco de partos, verifica-se que no turno da manhã (das 08h00 até às 16h30) se encontram 2/3 enfermeiros e no turno da tarde (das 16h00 até às 24h00) e da noite (das 23h30 até às 08h30) encontram-se 2 enfermeiros.

Na manhã permanecem 2 assistentes operacionais e de tarde e de noite apenas se encontra 1 assistente operacional.

Existe sempre uma equipa médica de urgência de apoio permanente ao serviço (24h/24h) que é constituída por 1 anestesista, 2 médicos obstetras e 1 médico pediatra. Esta equipa presta apoio à urgência ginecológica/obstétrica, bloco de partos e internamento de puerpério.

No que respeita aos recursos humanos constata-se que ultrapassam os mínimos exigidos segundo as orientações emitidas pela rede de referênciação materno-infantil (DGS, 2001).

1.6 – MÉTODO DE TRABALHO

O método de trabalho de enfermagem adotado neste serviço é o método individual de trabalho, ou seja, é feita a distribuição de utentes por cada enfermeiro que esteja presente no turno e cada enfermeiro é responsável por prestar todos os cuidados necessários aos utentes que lhe foram atribuídos. Sempre que necessário pede-se auxílio do outro enfermeiro que esteja presente.

Diariamente os enfermeiros trabalham em conjunto com todos os membros da equipa multidisciplinar (médicos obstetras, anestesistas, pediatras, assistentes operacionais, administrativas, etc). Constatei que neste serviço os enfermeiros desenvolvem um bom trabalho, tendo em conta toda a equipa multidisciplinar, observa-se uma articulação eficaz e eficiente.

De referir que neste internamento os registos são efetuados no programa informático CIPE/SAPE que agora possui ligação direta com o programa informático SAM.

De acordo com o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005), o desenvolvimento da CIPE tem como objetivos estabelecer uma linguagem comum, representar conceitos comuns usados na prática que sejam transversais, descrever os cuidados de enfermagem aos utentes, permitir a comparação de dados, estimular a investigação em enfermagem, fornecer dados sobre a prática de enfermagem e projetar tendências sobre as necessidades dos clientes.

2 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES POR OBJECTIVOS

Nesta fração irei efetuar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Assim, para uma melhor percepção e acompanhamento aconselha-se consultar o Anexo II (Projeto Individual de Estágio), uma vez que este será a base do presente capítulo que vai de encontro aos objetivos específicos delineados inicialmente.

Tendo em conta cada objetivo específico previsto no projeto de estágio, irei justificar/fundamentar o objetivo por mim demarcado, realçar algumas das atividades desenvolvidas, efetuar uma análise crítico-reflexiva e explicar/demonstrar quais os ganhos pessoais/profissionais que determinada atividade/objetivo me trouxe enquanto futura enfermeira especialista em ESMO.

Todas as atividades desenvolvidas (consultar Anexo II) foram apresentadas de acordo com o processo de enfermagem (metodologia científica), ou seja, tiveram em conta: Avaliação inicial, análise dos dados colhidos, formulação do diagnóstico de enfermagem, planeamento da intervenção, execução do plano de cuidados de enfermagem e avaliação dos cuidados prestados, tal como nos é demonstrado no REPE (DECRETO-LEI Nº 161/96).

Uma vez que não tinha experiência profissional na área da ESMO na Sala de Partos, tive que adquirir, desenvolver e posteriormente aperfeiçoar todas as competências necessárias para a intervenção como enfermeira especialista neste âmbito. Apenas exerci atividade profissional no centro de saúde militar e a prestação de cuidados de enfermagem que lá desenvolvi não se enquadra no âmbito da saúde materna e obstetrícia.

Durante este ensino clínico (Estágio IV – ESMO na Sala de Partos) previa-se o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, que foram sempre tidas em conta para alcançar um adequado desenvolvimento profissional.

Tenho que salientar que aquando da prestação de cuidados neste estágio IV tive a preocupação de possibilitar o desenvolvimento das seguintes competências comuns do enfermeiro especialista, tendo em conta a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010):

- A1.** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- A2.** Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Já no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG, para que fossem atingidos os objetivos preconizados pela unidade curricular e aqueles a que me propus inicialmente, tive também a oportunidade de desenvolver as seguintes competências (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

H1 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

H2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

H3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

H4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

H5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

H6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

H7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

A análise destas competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG surgirá ao longo do relatório, conforme os objetivos em questão.

Pretende-se que o enfermeiro especialista cuide da mulher/grávida/parturiente/puérpera/RN/família em situação de saúde/doença, no sentido de potenciar o estado de saúde dos indivíduos. Evidencio no entanto que o objetivo primordial do referido estágio é prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/RN/família em situação de saúde e doença

Iniciarei então de seguida a análise crítico-reflexiva do plano de atividades, tendo em conta os vários objetivos específicos que me tinha proposto a alcançar, de acordo com o projeto individual de estágio.

2.1 - EFETUAR A CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Este objetivo teve como finalidade proporcionar-me uma adequada integração no local em que efetuei o ensino clínico (Bloco de Partos do CHMT – Unidade de Abrantes), de forma a ficar apta a desenvolver melhores cuidados de enfermagem especializados. Adjacente a esta atividade, também tive a preocupação de integrar a equipa de saúde multidisciplinar prestadora de cuidados.

Esta caracterização do contexto de estágio já foi efetuada no primeiro capítulo por uma questão de sequência lógica do trabalho e assim os comentários já foram efetuados oportunamente no capítulo anterior.

A caracterização do contexto de estágio e a integração na equipa multidisciplinar foram efetuados com maior afinco durante as primeiras semanas de estágio, tendo este objetivo sido atingido até à 5ª semana de estágio (curto prazo).

Para atingir este objetivo tive que desenvolver várias atividades que estão descritas no projeto de estágio (consultar Anexo II) das quais destaco a consulta de vários manuais/documentos, observação atenta do serviço e suas dinâmicas/rotinas, diálogo e desenvolvimento de trabalho com os vários elementos da equipa multidisciplinar.

2.2 - EFETUAR A AUTO E HETEROAVALIAÇÃO DO MEU DESEMPENHO NO PERCURSO DO ESTÁGIO

Com a consecução deste objetivo pretendia melhorar o meu desempenho e efetuar uma autorreflexão crítica sistemática. Esta avaliação efetuou-se por vários períodos ao longo do estágio e culminará com execução deste relatório e com a reunião de avaliação final.

No decorrer do estágio tive vários momentos de reflexão, partilha de experiências, reuniões informais com a enfermeira cooperante e momentos de avaliação com a professora cooperante, para detetar onde é que tinha que investir para melhorar o meu desempenho, de forma a obter um melhor rendimento no final do ensino clínico. Estes momentos serviram como guia orientador para melhorar os aspetos menos positivos da minha atuação e assim conseguir um bom nível na minha prestação de cuidados.

Importa destacar que esta avaliação também evidenciou os aspetos positivos da minha prática que serviu como reforço positivo, para a manutenção do comportamento em determinadas áreas.

De acordo com CARVALHO et al. (1999), a questão da avaliação merece particular atenção, “Em campo de estágio os objetivos e os critérios de avaliação precisam ser bem explicitados.” O aluno necessita de ser esclarecido e orientado conforme a sua prestação em campo de estágio e desta maneira, esta atividade exerce um efeito poderoso sobre a aprendizagem, reorientando o aluno e deve ser realizada periodicamente.

Aceitei as críticas negativas para melhorar os aspetos menos positivos, estas funcionaram como um motor impulsionador no sentido da melhoria do meu desempenho. Foi uma orientação para eu saber em que área é que tinha que efetuar um maior investimento.

Para alcançar tal objetivo recorri ao desenvolvimento de várias atividades que estão explícitas no projeto de estágio (Anexo II). Merece destaque a elaboração de um diário de bordo

que efetuei ao longo de todo o estágio (já foi referido anteriormente o conteúdo deste documento pessoal) que em muito contribuiu para a reflexão sobre os cuidados de enfermagem por mim prestados e que me possibilitou também a reflexão sobre os contributos que o estágio me trouxe enquanto futura enfermeira especialista em ESMO.

Esta auto e heteroavaliação será referenciada ao longo de todo o relatório de estágio e as reflexões serão referidas sempre que oportunamente, assim como os contributos que este estágio me trouxe enquanto futura enfermeira especialista em ESMO.

2.3 - APROFUNDAR OS CONHECIMENTOS TEÓRICOS LECIONADOS NAS DIVERSAS UNIDADES CURRICULARES DO CURSO, TENDO EM CONTA O ÂMBITO DO ESTÁGIO IV

Com este objetivo pretendia adquirir/consolidar conhecimentos necessários para a prestação de cuidados especializados, tendo por base conhecimentos reais válidos.

Considero este objetivo pertinente, uma vez que se constata que tem inerente uma competência comum do enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010): **D2** - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Por outro lado este objetivo também é promotor das competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG (**H1, H2, H3, H4, H5, H6 e H7**), uma vez que para prestar cuidados, desenvolver competências, é necessário ter na base o saber.

Para atingir tal objetivo tive que efetuar consulta e revisão da teoria lecionada no 1º ano do curso, tendo em conta o âmbito do estágio IV, para consolidação dos conhecimentos. Estudei em maior profundidade as patologias/consultas/internamentos mais frequentes no serviço; realizei pesquisa bibliográfica sempre que havia alguma situação que me suscitava dúvidas/incertezas e sempre que achava que havia a necessidade de aquisição de saberes. Este aprofundar de conhecimentos foi mais intenso nas primeiras 5 semanas, porém depois manteve-se sempre até ao final do estágio conforme as necessidades que fossem surgindo.

Foi com o desenvolver desta atividade que me sentia segura por forma a prestar cuidados de enfermagem especializados válidos, apoiados em evidências científicas que me permitissem justificar todas as minhas ações, decisões e cuidados.

Sempre que oportuno efetuei partilha e discussão sobre as situações de cuidados com a equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros), no sentido de melhor perceber e interiorizar determinadas situações.

Tenho que salientar o meu intenso investimento pessoal para com este objetivo, a minha vontade e interesse em aprender e querer ser cada vez melhor aluna, e penso que esta minha

dedicação foi percebida pela enfermeira cooperante. Assim, sei que consegui atingir tal objetivo de estágio.

2.4 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA NO DOMÍNIO DA URGÊNCIA GINECOLÓGICA, COM BASE NO PE

No que respeita à ginecologia sentia que ainda havia muito para aprender pelo facto de o meu curso não ter contemplado estágio no serviço de internamento de ginecologia. Portanto, este objetivo pretendia colmatar esse lapso e conseguir desenvolver mais competências no âmbito da ginecologia.

Por outro lado, como já tinha referido, tenho vindo a constatar que no meu local de estágio o número de partos tem vindo a diminuir e portanto na sala de partos tenho presenciado períodos em que não existem utentes internadas. Então, como forma de rentabilizar o tempo e investir no desenvolvimento de mais competências, achei que também deveria incluir no meu plano de atividades a prestação de cuidados na urgência ginecológica e na urgência obstétrica. E também se torna pertinente o traçar destes objetivos tendo em conta estes espaços (urgência ginecológica, obstétrica e bloco de partos) serem contíguos e os profissionais de saúde terem os 3 contextos como campo de acção.

Foi através deste objetivo que consegui desenvolver as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG: **H1** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; **H5** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; **H6** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e **H7** – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Para executar tal objetivo, desenvolvi várias atividades que estão descritas no projeto de estágio (consultar anexo II).

Durante as consultas realizadas na urgência ginecológica, o enfermeiro presta apoio à consulta médica, a consulta é realizada pelos 2 profissionais em conjunto.

De acordo com COSTA et al. (1998), entre as principais queixas ginecológicas encontram-se as irregularidades do ciclo, distúrbios menstruais, doenças inflamatórias pélvicas, corrimentos vaginais, lesões genitais, neoplasias benignas e malignas, anomalias anatómicas e alterações do climatério.

Na minha prática, logo no início apercebi-me que a maioria das mulheres recorrem à urgência por metrorragias, esta é a queixa mais comum. E a maior parte das mulheres

encontrava-se em idade fértil. Por isso as intervenções a executar na urgência ginecológica são quase sempre muito semelhantes, ou seja, eu estava convicta que encontraria muitas situações distintas, o que na realidade acabou por não acontecer.

Por isso fiquei rapidamente apta a prestar cuidados “sozinha” na urgência ginecológica, sem necessitar da presença da minha enfermeira cooperante.

Por outro lado também me apercebi que nem sempre a urgência era utilizada como tal. Era muito habitual utentes recorrerem à urgência como se esta se tratasse de uma consulta de centro de saúde ou consulta externa. A título de exemplo, na urgência ginecológica foram colocados implantes subcutâneos, foi efetuada colheita de sangue à mulher para despiste de gravidez (quando ela estava a tentar engravidar e apenas queria fazer o teste para saber se já o tinha conseguido, quando praticamente ainda nem tinha nenhum dia de atraso no ciclo menstrual), etc. Este recorrer à urgência como se fosse uma consulta externa de ginecologia também era incentivado pelos próprios médicos que aconselhavam a mulher a recorrer à urgência em determinadas situações que não justificavam tal procura.

Mas ainda tive a oportunidade de atuar no âmbito de situações muito interessantes que ainda não tinha observado. Por exemplo, efetuei atendimento a uma mulher em idade não fértil que recorreu à urgência por perda hemática via vaginal em quantidade abundante e verificou-se que tinha um mioma parido e foi internada para ser submetida a histerectomia de urgência. Também verifiquei outro tipo de situações interessantes como um prolapso uterino, glândula de bartholin inflamada, etc. Neste âmbito também internei algumas mulheres no internamento para vigilância de perdas hemáticas via vaginal ou cirurgia de urgência (exemplo: necessidade de curetagem).

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG **H1, H5, H6 e H7**, aquando do meu desempenho na urgência ginecológica, sinto que desenvolvi em maior profundidade as seguintes competências específicas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H1.1.3 – Informa e orienta sobre os recursos disponíveis na comunidade;
- H1.2.1 – Implementa intervenções de diagnóstico da situação de saúde da mulher;
- H1.2.3 – Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade;
- H5.2.5 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério;
- H5.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério;
- H6.1.1 – Promover a saúde ginecológica;
- H6.2.3 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama;

- H6.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama;

- H7.1.3 – Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil;

- H7.1.7 – Promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil.

Ao longo do meu estágio, não foram muitas as consultas que efetuei na urgência ginecológica, pelo facto de dar sempre preferência às atividades relacionadas com as grávidas/parturientes/RN, porém, devido à semelhança de atuação nas várias consultas, sinto que atingi este objetivo na sua totalidade.

2.5 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/FAMÍLIA NO DOMÍNIO DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA, COM BASE NO PE

Ao fazer a junção dos registos de atividades que tenho realizado nos estágios anteriores, apercebi-me que me faltavam realizar alguns exames pré-natais para atingir os números mínimos estipulados para me ser concedido o diploma de enfermeira especialista em ESMO. Assim, neste âmbito da urgência obstétrica tive a oportunidade de efetuar os restantes exames pré-natais que me faltavam, daí o meu interesse, para além da fundamentação de rentabilizar o tempo quando a sala de partos não tem utentes admitidas/internadas.

Foi importante desenvolver este objetivo uma vez que me permitiu aperfeiçoar as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO: **H2** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e **H4** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Por outro lado, também foi na urgência obstétrica que tive a oportunidade de receber parturientes e poder interná-las no bloco de partos, porém esta admissão das parturientes apenas será referida no próximo objetivo. Especificamente neste objetivo presente apenas irei abordar o atendimento à grávida e à puérpera.

Para operacionalizar este objetivo desenvolvi as várias atividades descritas no projeto de estágio (consultar anexo II).

Estas consultas de urgência obstétrica funcionam da mesma maneira que as consultas de urgência ginecológica, ou seja, as consultas são realizadas pelo médico e pelo enfermeiro em simultâneo, em que a função do enfermeiro é prestar apoio à consulta médica.

As queixas/sinais/sintomas que ocorreram em maior número, que motivaram a vinda à urgência nas grávidas foram: abortamento e perda hemática via vaginal.

“A referência a uma perda de sangue de presumida origem genital é um dos mais

frequentes motivos de recurso aos serviços de urgência ou de queixa em consulta por parte das grávidas” (GRAÇA, 2010). Esta citação confirma o que constatei na prática. Por vezes esta perda de sangue era mínima, por vezes ocorria após a relação sexual e por vezes quando a grávida chegava à urgência já nem se observava perda sanguínea, contudo percebesse que a grávida recorria sempre à urgência neste tipo de casos, para que mesmo que não seja preocupante, possa sentir-se “descansada” na sua plenitude.

De acordo com BEUCHER et al. (2003), citado por GRAÇA (2010), “Cerca de uma em cada sete gestações clinicamente identificadas tem por desfecho um abortamento, ocorrendo nas primeiras 12 semanas em 80% dos casos.” Já tinha esta noção teórica, mas não esperava realmente observar este facto na prática, mas de facto é real. Os médicos obstetras já tratam este aborto com ligeireza, devido à sua frequência, o que nem sempre é entendido pelas grávidas com um aborto em evolução. Por vezes aquela gravidez foi tão investida, tão desejada, que ouvir a notícia de que está a abortar é um choque psicológico enorme! O mesmo sucede com uma ameaça de aborto. Nestas situações, eu tentava prestar um apoio emocional adicional, mesmo após a consulta falava mais um pouco com a mulher, incentivava-a à expressão de sentimentos e efetuava uma escuta ativa. E informava que se fosse necessário o hospital dispunha de apoio psicológico para este tipo de situações. Tentei sempre não me deixar influenciar pelo elevado número destes casos e conseguir manter a minha sensibilidade para estas situações, que eu acho muito importante.

Também prestei cuidados a alguns casos de aborto retidos, que regra geral eram internados no bloco de partos para expulsão do embrião/feto.

Ainda tive a oportunidade de receber grávidas na urgência obstétrica que posteriormente transferi para o bloco de partos (até sua estabilização) ou diretamente para o internamento para vigilância da saúde materno-fetal em situações como: CTG de baixa variabilidade, desaceleração prolongada presenciada durante CTG, rotura prematura das membranas, HTA gestacional descontrolada, ameaça de parto pré-termo e pielonefrite.

Outra situação muito interessante que verifiquei foi o facto de as grávidas “inventarem” queixas para irem à urgência obstétrica apenas com o intuito de serem observadas e confirmarem que estava tudo bem com o feto. Por exemplo, recebi uma grávida que como motivo afirmou queixas algícas pélvicas e quando estava a efetuar CTG me confessou que na realidade não sentia nenhuma dor, apenas queria ter a certeza que estava tudo bem com o seu bebé e por isso é que teve aquela atitude. Perante estas situações tranquilizava a grávida e alertava-a para os sinais de alarme, se não houvesse nenhum sinal de alarme podia estar sossega e aproveitar a sua gravidez com tranquilidade.

O momento do CTG era sem dúvida um dos momentos ideais para colheita de dados, uma

vez que a grávida estaria ali deitada cerca de 20 minutos e assim poderíamos tirar o máximo partido desse tempo. Durante a colheita de dados que efetuava durante a realização de CTG conseguia perceber muitas das preocupações/inquietações das grávidas, ou até mesmo dúvidas e prestar os cuidados adequados como EPS. Um enfermeiro especialista tem que saber aproveitar estes momentos, estar presente, demonstrar disponibilidade e agir em concordância.

Tal como ocorreu na urgência ginecológica, aqui também observei que eram atendidas grávidas cujas queixas não se justificavam para um serviço de urgência, mas sim para uma consulta externa ou de centro de saúde. Observei várias grávidas que já sabiam que estavam grávidas porque já tinham efetuado o teste de diagnóstico de gravidez da farmácia e apenas recorriam ao nosso serviço para confirmação da gravidez e porque também ansiavam saber a idade gestacional aproximada.

Os próprios médicos serviam-se da urgência como um espaço de consulta e davam indicação às grávidas que para em determinado dia (o dia em que estavam na urgência) lá recorrerem para se efetuar a consulta. Poderia criticar este facto, mas não o vou fazer uma vez que estas “consultas na urgência” não interferiam negativamente com nada pelo facto da urgência obstétrica não ter um fluxo de atendimento amplo, portanto, as verdadeiras urgências obstétricas nunca eram colocadas em causa e a triagem era tida em conta devidamente.

Relativamente às puérperas recebi algumas que tinham uma situação socioeconómica de risco e por isso eram encaminhadas para a urgência obstétrica para colocação do implante subcutâneo. Apenas atendi uma puérpera com uma queixa real de urgência que tinha retenção de restos placentares e a quem foi necessário efetuar uma curetagem.

Assim, relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG **H2 e H4**, aquando do meu desempenho na urgência obstétrica, tive a oportunidade de desenvolver em maior profundidade as seguintes competências específicas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H2.1.1 – Promoção da saúde pré-natal;
- H2.1.2 – Diagnostica e monitoriza a gravidez;
- H2.1.4 – Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez;
- H2.2.1 – Informa e orienta a grávida sobre os sinais e sintomas de risco;
- H2.2.2 – Monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
- H2.2.4 – Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H2.2.6 – Avalia bem-estar materno-fetal;
- H2.2.9 – Identifica e monitoriza trabalho de abortamento;

- H2.2.10 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potencializar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;
- H.2.3.3 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez;
- H2.3.4 – Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez;
- H4.1.4 – Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto;
- H4.2.3 – Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H4.2.4 – Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H4.3.4 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto
- H4.3.8 – Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.

Ao longo de todo o meu estágio tive a oportunidade de efetuar várias consultas na urgência obstétrica pelo que sinto que atingi este objetivo na sua totalidade, e consegui completar o número de exames pré-natais que me faltavam.

Foi ao ter em conta o objetivo geral deste estágio: Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença que formulei os seguintes objetivos específicos: números **2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10 e 2.11**, uma vez que todos eles vão permitir dar resposta a este objetivo geral, que sem dúvida será o cerne da minha prestação de cuidados durante este estágio IV. Foram estes os objetivos específicos aos quais eu me dediquei fortemente, com maior empenho e serão agora analisados de seguida.

2.6 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM EFETUAR A ADMISSÃO DA GRÁVIDA/PARTURIENTE/FAMÍLIA NO BLOCO DE PARTOS, COM BASE NO PE

Foi importante desenvolver este objetivo porque para além de responder ao objetivo geral da unidade curricular possibilitou-me o desenvolvimento de duas competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG: **H2** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (se a grávida entrar para ITP, para cesariana eletiva ou em falso TP

que se observa à posteriori) e **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (uma vez que é aqui neste estadio que se inicia a prestação de cuidados à parturiente).

Toda a vigilância de trabalho de parto depende da admissão/acolhimento que se efetua à grávida/parturiente/família, por isso pretendia dedicar muita da minha atenção a este objetivo que para mim é de extrema importância. Para tal desenvolvi várias atividades que estão expressas no meu projeto de estágio (consultar anexo II), sendo que nesta secção apenas vou destacar algumas dessas atividades.

É do conhecimento comum que o sucesso do trabalho de parto depende de vários fatores, sendo que um deles se refere ao acolhimento que o enfermeiro especialista proporciona à grávida/parturiente/casal. E é neste acolhimento que se inicia o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e de ajuda, para VELADAS (1997), estar em relação de ajuda “engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também todo o seu ser”. Durante todos os acolhimentos que efetuei tive sempre esta teoria em mente e colocava-a sempre em prática, e este apoio empático e relação de ajuda não era proporcionado só à grávida/parturiente, mas também ao seu acompanhante por toda a importância que ele detém.

Sinto que demonstro disponibilidade às utentes e crio com elas uma relação empática e isso fez com que elas interagissem bastante comigo, esclarecessem dúvidas e me interpelassem, o que eu considere bastante positivo.

Esta admissão, como já referi iniciava-se na urgência obstétrica e posteriormente tinha continuidade no bloco de partos. “A avaliação inicial começa com o primeiro contacto com a mulher, seja por telefone ou pessoalmente” (BOBAK et al., 1999).

O enfermeiro especialista deve realizar uma avaliação detalhada de todos os sistemas, usando a entrevista, a avaliação física e a consulta de documentos complementares (BOBAK et al., 1999). Nesta avaliação inicial destaco a importância da consulta do BSG pois este é um documento fundamental que detém dados importantes para o desenrolar do trabalho de parto e também nos permite efetuar uma avaliação geral da gravidez e observar a existência de fatores de risco/complicações. Assim, esta consulta do BSG implica um olhar muito atento, o olhar do enfermeiro especialista em ESMO, atividade que eu sempre executei com afinco, por reconhecer toda a sua importância. A título de exemplo indico alguns dados importantes que colhia no BSG: patologias concomitantes com a gravidez, terapêutica habitual, cálculo da IG pela 1ª ecografia realizada, nº de consultas realizadas na vigilância pré-natal, história da gravidez atual, alergias, grupo sanguíneo, análises laboratoriais, serologias, resultado do exsudado vaginal e anal (Strepto B), ecografias, índice obstétrico, antecedentes obstétricos e ginecológicos, hábitos prejudiciais, entre outros. Não importa apenas saber o estado atual da grávida/parturiente, importa também

ver a sua história passada e interrelacioná-la com o presente e perceber que implicações possa ter.

Nesta admissão também era importante efetuar a discussão do plano de parto com a grávida/parturiente/família e ver a sua adequação, possibilidade de realização. Relativamente ao plano de parto recebi uma parturiente que tinha um plano de parto em formato de papel e que já o tinha enviado para a maternidade nos dias anteriores ao seu internamento para que os profissionais o pudessem analisar. Os profissionais de enfermagem encararam este plano com naturalidade pois percebem que a grávida/parturiente tem direito a fazer escolhas sobre a condução do seu trabalho de parto, desde que seja possível a sua aplicação no bloco de partos escolhido e desde que esteja consciente das decisões que toma. Porém os médicos ficaram muitos relutantes a este plano de parto, pois de acordo com os seus relatos, o médico é que decide que intervenções prescrever e a grávida/parturiente deve aceitá-las pois seriam certamente o melhor para si, a mentalidade da classe médica ainda tem que ser trabalhada no que respeita a estes aspetos. Nas restantes grávidas/parturientes, o seu plano de parto ia sendo discutido sempre que oportunamente, mesmo que ela não tivesse planeado um plano de parto (o que acontecia na maior parte das vezes), questionava a mulher quanto à vontade ser submetida a analgesia epidural, se pretendia amamentar após o parto, se o acompanhante queria cortar o cordão umbilical, etc.

O exame obstétrico envolve a realização das manobras de Leopold, auscultação da frequência cardíaca fetal, avaliação da contractilidade uterina e exame vaginal, devendo estar presente a estática fetal (BOBAK et al., 1999). Relativamente a este exame obstétrico já tinha tido a oportunidade de o realizar em estágios anteriores, pelo que neste sentido aperfeiçoei algumas dessas competências, porém, no que toca ao exame vaginal durante o TP este ainda não tinha sido desenvolvido, centrando-se aqui o meu maior investimento no que respeita ao exame obstétrico.

Aquando desta admissão também fazia parte dos protocolos do CHMT a preparação física da parturiente para o parto, o que implicava a tricotomia, aplicação de microlax, puncionar veia periférica, administração de soroterapia, vestuário adequado e jejum para sólidos. A OMS, citado por TORNQUIST (2002), recomenda a modificação desta preparação física, considerando algumas destas práticas “desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas”. Também a OMS, citado por PORTO et al. (2010), considera o enema de limpeza, a tricotomia e a infusão de soro glicosado “práticas prejudiciais ou não-efetivas que devem ser eliminadas”. Apesar de perceber os pontos de vista apresentados por estes autores, tinha que atuar de acordo com os protocolos do CHMT uma vez que regem a atuação dos profissionais de saúde e é necessário que

haja uniformização de cuidados. Este centro hospitalar ainda tem um longo caminho a percorrer no que concerne a tornar o parto como um acontecimento o mais natural possível.

Nesta fase consegui detetar alguns casos sociais, com condições socioeconómicas degradantes, que encaminhei o mais precocemente possível para a assistente social.

Sem dúvida que tentei sempre efetuar admissões o mais completas possíveis, uma vez que uma boa admissão auxilia na correta elaboração de um plano de cuidados ajustado àquela grávida/parturiente em particular. Assim que tinha colhido todos os dados que achava necessários, através das várias técnicas disponíveis era minha preocupação efetuar os registos respeitantes à admissão o mais completos e precisos possíveis, uma vez que a elaboração do plano de cuidados dependia e suportava-se sobre esta avaliação inicial.

No que diz respeito às atividades que envolviam este objetivo tive sempre um desempenho muito bom, pelo que consegui adquirir as competências necessárias até à 12ª semana de estágio e a partir daí foi só aperfeiçoá-las até ao término do ensino clínico, pelo que este objetivo foi atingido com sucesso

Assim, relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG **H2 e H3**, aquando da admissão da grávida/parturiente/família, tive a oportunidade de desenvolver em maior profundidade as seguintes competências específicas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H2.1.9 – Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão;
- H2.2.2 – Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
- H2.2.4 – Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H2.2.6 – Avalia bem-estar materno-fetal;
- H.2.3.3 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez;
- H2.3.4 – Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez;
- H3.1.1 – Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher;
- H3.1.3 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos;
- H3.2.1 – Identifica e monitoriza trabalho de parto;
- H3.2.2 – Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto;

- H3.3.1 – Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos;

- H3.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.

2.7 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 1º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE

De acordo com GRAÇA (2010), o 1º estadio do TP (dilatação) “decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo.” Portanto, com este objetivo desejava desenvolver a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, que sem dúvida foi a competência major deste estágio.

Para trabalhar tal objetivo desenvolvi várias atividades que estão descritas no meu projeto de estágio (ver anexo II). De todas as atividade descritas ressalto a valorização daquelas que até então ainda não tinha efetuado, tais como: avaliação da progressão do TP; realização de exame vaginal ao longo de todo o TP, realização de amniotomia; implementação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP, administração de fármacos indutores do TP e vigilância dos seus efeitos, colaboração na técnica de analgesia epidural e registos no partograma.

As restantes intervenções já tinha tido oportunidade de desenvolver num outro contexto de estágio, agora apenas tive que as desenvolver melhor e aperfeiçoar, como foi o caso da realização das manobras de Leopold e realização e interpretação do CTG externo.

A LEI Nº 14/85 consagra o direito da grávida a ter um acompanhante durante o trabalho de parto, no 1º artigo desta lei lê-se que “a mulher grávida internada em estabelecimento público de saúde poderá, a seu pedido, ser acompanhada durante o trabalho de parto pelo futuro pai e, inclusive, se o desejar, na fase do período expulsivo.” Contudo, “o acompanhante a que se refere o número anterior poderá, por vontade expressa da grávida, ser substituído por um familiar indicado por ela.” Ao longo de todo o TP, sempre foi minha preocupação o envolvimento do acompanhante, tendo em conta que ele é um suporte significativo para a parturiente e por isso deve ser tido em conta. Claro que tive uns acompanhantes que tinham mais predisposição para um comportamento ativo e outros que preferiam não se envolverem muito devido a toda a carga emocional e receio de se “sentirem mal”, portanto respeitava sempre o tipo de atitude que o acompanhante queria assumir.

Para efetuar uma boa vigilância do TP foi imprescindível a leitura atenta e rigorosa de todos os protocolos aplicáveis ao bloco de partos, tendo em conta que grande parte dos cuidados necessários estão expressos em protocolos e este serviço possui imensos procedimentos protocolados. Nos primeiros turnos sentia-me um bocado “perdida e desorientada” pelo facto de existirem muitos protocolos e não os ter conseguido memorizar todos, por isso senti a necessidade de realizar um resumo com os aspetos mais técnicos de cada protocolo que passou a andar sempre comigo e assim sempre que surgia alguma dúvida era só consultar o resumo, e com o passar dos turnos, todos estes conhecimentos acabaram por ser bem interiorizados.

De acordo com BOBAK et al. (1999), durante o exame vaginal é permitido avaliar a vulva, o colo uterino (apagamento, dilatação, consistência, posição), a estática fetal (situação, apresentação, posição e variedade fetal), a bacia (estreito inferior) e o estado das membranas (intactas ou rotas). Foi muito estimulante executar o exame vaginal em parturientes ao longo deste 1º estadio do TP e ir-me apercebendo da sua evolução/modificação. Esta área era um bocado enigmática e causava-me algum constrangimento ao início porque não sabia se seria capaz de realmente fazer uma boa avaliação do toque vaginal. Agora que já treinei muito este exame, já me sinto à vontade e com capacidades para o executar devidamente bem, porém tenho a noção de que a perceção da dilatação pode variar ligeiramente de profissional para profissional e a deteção da posição e variedade fetal nem sempre é fácil, sendo que várias vezes observei médicos obstetras muito experientes a afirmarem que naquele toque se verificada a variedade e posição X e depois no momento do parto, aquando da rotação externa (restituição) a cabeça rodava para o lado oposto àquilo a que seria de esperar.

Relativamente ao CTG, este é um instrumento indispensável na apreciação do bem-estar fetal, assim é importante que o enfermeiro especialista saiba interpretar o CTG, por forma a planear as ações a desenvolver consoante a informação fornecida pelo registo. De modo a ser realizada uma correta avaliação dos traçados cardiotocográficos, o enfermeiro especialista deve estar desperto para situações de taquicardia fetal, bradicardia fetal, alterações da variabilidade, acelerações, desacelerações, contratilidade uterina, taquissistolia uterina e hipertonia uterina, de forma a conseguir classificar o CTG como tranquilizador ou não tranquilizador (GRAÇA, 2010). Tive a chance de detetar todo este tipo de situações referidas aquando da leitura/interpretação do CTG e agir em conformidade, pelo que neste momento me sinto apta neste âmbito. Várias vezes observei sinais de sofrimento fetal no CTG que conduziu a cesarianas urgentes.

A amniotomia consiste na rutura artificial de membranas para acelerar ou induzir o trabalho de parto, para monitorização fetal interna ou para observação das características do líquido amniótico. Ela torna as contrações uterinas mais eficientes uma vez que se diminui o volume de líquido no útero. Para se proceder à amniotomia, esta deve ser acompanhada de

monitorização por cardiotocografia durante e após o procedimento, para despistar sinais de sofrimento fetal associados a eventual prolapso do cordão umbilical (BRANDEN, 2000). A amniotomia era uma técnica que me fazia sentir algum receio pelo risco de poder efetuar uma escoriação no couro cabeludo fetal e quando as membranas estavam muito aderentes ao couro cabeludo tinha que esperar pelo momento mais adequado para efetuá-la. Com o aumentar das amniotomias por mim realizadas ia ganhando mais confiança para as realizar. Os médicos têm por hábito realizarem (ou pedirem ao enfermeiro para a realizarem) amniotomias muito precoces, o que tive a oportunidade de constatar que frequentemente conduz a um parto distócico por sofrimento fetal. Em Abrantes a calma, a paciência e o saber esperar por parte da classe médica é algo que ainda precisa de ser desenvolvido.

Sempre que tinha uma parturiente que ia ser submetida a analgesia epidural, colaborava com o médico anestesista na colocação e iniciação de perfusão epidural. Ao início os anestesistas olhavam para mim como uma aluna inexperiente e pediam sempre o auxílio de outro enfermeiro especialista, porém, passados poucos turnos, fiquei logo apta a prestar toda a colaboração necessária e a partir daí passaram a olhar para mim como se fosse mais um membro da equipa e não exigiam a presença de mais nenhum enfermeiro, a minha colaboração era a adequada.

Durante esta fase eram necessários fazer ensinamentos sobre comportamentos a ter durante os vários estádios do trabalho de parto. Sentia muita diferença entre as parturientes que tinham efetuado CPP e as que não o tinham efetuado. Para aquelas que tinham frequentado o curso apenas era necessário reforçar/validar alguns ensinamentos, já traziam uma grande bagagem de conhecimento de casa, vinham melhor preparadas, pelo que constato que o CPP faz toda a diferença aquando do momento do TP.

Um aspeto negativo que tenho que apontar é o facto de as parturientes ficarem muito confinadas ao leito por o CTG não permitir a deambulação, o ideal seria o serviço ter capacidades económicas para adquirir cardiotocógrafos wireless, o que certamente traria benefícios para o desenrolar do TP se permitissem uma maior deambulação. De acordo com BOBAK et al. (1999) durante o TP, “as posições verticais, como andar a pé, estar sentada ou de cócoras, oferecem algumas vantagens” como por exemplo o favorecimento da descida do feto devida a ação da gravidade, melhor circulação útero-placentária, maior conforto, etc.

Efetuei vigilância de TP a parturientes com situações de risco ou com patologias associadas, tais como: diabetes gestacional, HTA crónica/gestacional, trombocitopénia, infeção por sífilis, infeção por toxoplasmose, cesariana anterior, descolamento da placenta, etc.

Durante este 1º estadio do TP detetei várias distócias (dinâmicas ou mecânicas) que conduziram a partos distócicos (cesarianas, ventosas e fórceps). A título exemplificativo dou alguns exemplos: fase latente/ativa prolongada, paragem da dilatação, apresentação de

fronte/bregma e incompatibilidade feto-pélvica. Portanto, tive a oportunidade de detetar complicações e efetuar o seu encaminhamento. “Por distócia entende-se uma evolução anormalmente lenta do trabalho de parto devida à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão” (GRAÇA, 2010).

Este objetivo foi desenvolvido ao longo de todo o estágio e teve como base a competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG **H3**. Tenho consciência que perante esta competência específica, as áreas de intervenção que mais desenvolvi foram (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H3.1.1 – Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher;
- H3.1.3 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos;
- H.3.1.6 – Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
- H3.2.1 – Identifica e monitoriza trabalho de parto;
- H3.2.2 – Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H3.2.3 – Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H.3.2.4 – Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto;
- H3.2.5 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto;
- H3.3.1 – Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos;
- H3.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto;
- H3.3.5 – Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez.

Estas competências foram adquiridas até à 12ª Semana de estágio e aperfeiçoadas até ao final do estágio (20ª Semana de estágio).

2.8 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 2º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE

O 2º estadio refere-se ao período expulsivo e “começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto” (GRAÇA, 2010). Portanto, vem na continuidade do objetivo anterior e também ele me vai permitir o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em EMOG **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Para este objetivo previ a execução de várias atividades que estão descritas no anexo II (projeto de estágio). Neste âmbito executei partos eutócicos, e no caso de partos distócicos (por ventosa ou fórceps) colaborei com os médicos em algumas situações, uma vez que este tipo de parto já não é da minha competência. E no que respeita às cesarianas, a preparação da grávida/parturiente era efetuada por mim e o transporte para o bloco operatório também.

Todas as atividades referentes a este objetivo foram por mim executadas pela 1ª vez, por isso tive que adquirir todas as competências necessárias, uma vez que nunca tinha realizado nenhum parto. Este era aquele objetivo que mais receio que transmitia.

No momento do parto eutócico é obrigatória a presença de 2 enfermeiros especialistas (1 para realizar o parto e 1 para receber o RN) e o pediatra também é convocado e assiste sempre ao parto até efetuar a 1ª avaliação do RN pós expulsão. Nos primeiros partos eutócicos a minha enfermeira cooperante fardava-se toda como eu e auxiliava-me no que eu demonstrasse mais dificuldades, eram os partos a 4 mãos. Depois dos primeiros partos ficava ao meu lado e sempre que necessário ajudava-me no que eu ainda não tinha muita experiência, no que fosse surgindo de novo, como por exemplo laquear e cortar o cordão nas circulares cervicais apertadas. Com o passar dos turnos eu fui ganhando mais autonomia, mais competências e a minha tutora foi começando a “sujar-se cada vez menos”. Quando cheguei a cerca dos 20 partos a Enfermeira Otilia começou já a colocar só um avental e uma luvas até que por fim veste só umas luvas, não para o parto, mas sim para receber o RN enquanto que eu faço o parto de forma autónoma. Foi muito interessante observar esta minha aquisição de autonomia/competências. Penso que comecei a desenvolver-me de uma forma mais lenta do que aquilo que esperava pelo reduzido número de partos iniciais que eram muito espaçados e não me permitiam uma interiorização correta da prática, porém com o desenrolar dos turnos e com o número de partos a aumentar essas dificuldades foram bem ultrapassadas.

Para mim é fácil efetuar a identificação dos sinais de instalação do 2º estadio do TP e mal detete uma dilatação completa é logo minha preocupação preparar a mesa de apoio ao parto e seguidamente deixo-a coberta (protegida) de forma a que para o parto seja só retirar a proteção

superior e dispor o material de forma operacional. Para preparar a mesa de apoio sei que tenho que ter alguns aspetos em atenção, para saber se devo acrescentar ou não outro material ao básico, por exemplo, tenho que verificar o grupo sanguíneo materno para ver se necessito de efetuar colheita de sangue do cordão para tipagem, se a parturiente não estiver sob analgesia epidural tenho que acrescentar o material necessário para efetuar analgesia dos pudendos e se o pai quer cortar o cordão umbilical tenho que acrescentar um kit extra de ferros. Nunca me esqueci de nenhum material aquando da preparação da mesa para o parto.

Após a deteção de dilatação completa também efetuava ensino à parturiente sobre os esforços expulsivos e supervisionava a sua eficácia, introduzindo medidas corretivas sempre que oportunamente e envolvia o acompanhante nesta fase, solicitando a sua colaboração.

Inicialmente tinha alguma dificuldade em decidir em que momento é que devia começar a colocar a parturiente nas pernas, tomava esta decisão precocemente e a enfermeira Otília tinha que me dizer “Não é para já.” Mas como é normal, a minha avaliação começou a ser mais real e entretanto comecei a ter uma perceção mais adequada do momento em que se deve posicionar a parturiente em litotomia. E neste momento também é sempre necessário orientar o acompanhante quanto ao seu melhor posicionamento.

“Durante o segundo estadio, a mulher necessita de um contínuo apoio e orientação” (BOBAK et al., 1999). Esta orientação é dada pelo enfermeiro que assume o parto, que vai ser a voz de comando durante o parto, a quem a parturiente tem que prestar atenção. Esta voz de comando que eu assumia em certas situações era mais suave se a mulher estivesse bem controlada e calma, mas em certas circunstâncias já tinha que ser mais grave e mais audível se a mulher estivesse descontrolada e necessitasse de ser “chamada” de volta. Neste estadio era frequente as parturientes descontrolarem-se um pouco e eu tinha que me fazer ouvir e soube sempre manter a voz de comando adequada e dar as orientações necessárias para obter a colaboração da parturiente.

A episiotomia era uma técnica assustadora ao início, deixava-me desconfortável pois nunca a tinha efetuado e não me sentia de todo segura para o fazer. “A episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar a passagem vaginal” e é efetuada de forma rotineira por vezes (BOBAK et al., 1999). Porém, “As evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus), não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto” (CARROLI e BELIZAN, 2006, citados por MATTAR et al., 2007). Portanto, é necessário uma mudança de comportamentos nos profissionais de saúde que devem basear a sua ação na evidência! Apesar de haverem imensos estudos que referem que a episiotomia não deve ser uma

técnica rotineira, verifico que a maior parte dos profissionais a continua a efetuar rotineiramente, o que vai de encontro a MATTAR et al., 2007 que refere que “É difícil mudar atitudes que fazem parte de nossas vidas a ponto de se tornarem hábitos, mesmo quando se trata de condutas inadequadas.”

Porém, eu quis basear a minha prática na evidência e assim não efetuei a episiotomia como uma técnica rotineira, preocupava-me com a avaliação da elasticidade do períneo em conjunto com o tamanho do feto e efetuava uma boa proteção perineal durante a expulsão fetal para que me fosse possível manter períneos íntegros quando tal me parecia viável. Assim, é com orgulho que digo que dos 40 partos que fiz até hoje consegui 10 períneos completamente íntegros, 7 períneos com lacerações de 2º grau pequenas e 23 períneos sob episiotomias. Portanto demonstro aqui a minha preocupação com a proteção e integridade perineal e saliento que a maior parte das lacerações de 2º grau que tive foram mesmo reduzidas e deveram-se sobretudo a manobras para clampagem precoce de circulares apertadas que não se conseguiam desfazer e as próprias pinças durante este procedimento acabavam por proporcionar as lacerações, mas que foram sempre muito fáceis de suturar. A minha preocupação é tanta com esta temática que em conjunto com uma médica obstetra conseguimos efetuar um parto distócico por ventosa com períneo íntegro, a médica estava a aplicar a ventosa e a tracionar a cabeça enquanto eu protegia o períneo.

Tive sempre presente os mecanismos de parto, em que “Os sete movimentos cardinais que ocorrem durante o mecanismo de parto de uma apresentação de vértice são encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa, e finalmente a expulsão” (BOBAK et al, 1999). Durante a expulsão exterioriza-se primeiro o ombro anterior, a seguir o ombro posterior e por fim o restante corpo fetal.

Nunca tive nenhuma extração fetal complicada, todas elas decorreram normalmente. Após esta extração da cabeça fetal efetuava sempre a pesquisa de circulares cervicais e devo referir que tive várias circulares cervicais apertadas em que era necessário efetuar a clampagem precoce do cordão umbilical. E após a extração fetal promovia logo a vinculação precoce entre a díade/tríade e iniciava a prestação de cuidados imediatos ao RN e sempre que possível possibilitava que o pai cortasse o cordão umbilical ao RN (se ele estivesse estável).

Também me lembro que tive apenas 3 parturientes que eram defensoras do parto natural e não quiseram ser submetidas a anestesia epidural, pelo que no 2º estadio do TP tive que realizar anestesia dos pudendos para posteriormente poder realizar episiotomia sem dor. Aquando desta anestesia não tinha mesmo a certeza se realmente estava a executar a técnica da forma mais correta possível devido à pouca experiência que tive neste âmbito, mas aquando da episiotomia verifiquei que realmente a anestesia dos pudendos tinha sido eficaz.

Neste estadio também consegui detetar algumas distócias e encaminhá-las para os médicos obstetras para realização de partos distócicos, como: paragem da progressão da apresentação, forças expulsivas voluntárias inadequadas, situação transversa persistente e incompatibilidade feto-pélvica.

Neste momento já realizei 40 partos eutócicos, colaborei em 6 partos distócicos ventosas, 1 parto distócico fórceps e 14 partos distócicos cesarianas.

Para reflexão aponto aqui alguns indicadores de estatística do CHMT – Unidade de Abrantes, no que toca aos partos de 2013:

- Nº total de partos: 787;
- Nº de partos eutócicos: 396 (50,31%);
- Nº de partos distócicos: 391 (49,68%);
 - Nº de partos distócicos ventosas: 145 (18,43%);
 - Nº de partos distócicos fórceps: 9 (1,14%);
 - Nº de partos distócicos cesarianas: 237 (30,11%), sendo que 68 foram eletivas e 169 urgentes.

Observa-se uma grande percentagem de partos distócicos, sendo que alguns deles são para conveniência do profissional de saúde, por falta de “paciência” e devido a atitudes demasiado intervencionista que podem prejudicar a evolução eutócica do TP.

Já várias vezes assisti a médicos a realizarem partos distócicos ventosas com o simples intuito de querer “despachar” o parto, sem haver motivos reais para essa intervenção; as amniotomias muito precoces frequentemente conduzem a sinais de sofrimento fetal; já assisti a médicas literalmente “inventarem” distócias ou sofrimento fetal para justificarem cesarianas de urgência para parturientes que seguiram no privado, etc. Portanto há aqui uma panóplia de comportamentos inadequados que levam a estes indicadores, do meu ponto de vista, pouco favoráveis.

Finalizando, este foi aquele objetivo que envolvia as atividades que mais receios me causavam, mas também foi um dos objetivos que mais “gozo” me deu conseguir alcançar pela dificuldade inerente que foi bem ultrapassada.

Para desenvolver este objetivo ao longo do estágio tive como base a competências específica do enfermeiro especialista em ESMOG **H3** e tenho a noção que perante esta competência específica, as áreas de intervenção que mais desenvolvi foram (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H3.1.1 – Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher;
- H3.1.4 – Promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos;

- H.3.1.6 – Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor;
- H3.2.1 – Identifica e monitoriza trabalho de parto;
- H3.2.2 – Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H3.2.3 – Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H.3.2.4 – Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto;
- H3.2.5 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto;
- H3.2.6 – Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica;
- H3.2.7 – Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina;
- H3.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o parto.

Estas competências foram adquiridas até à 12ª Semana de estágio e aperfeiçoadas até ao final do estágio (20ª Semana de estágio). Assim, digo com convicção que consegui atingir este objetivo e foi algo gratificante, uma vez que é um dos cerne da prática de um enfermeiro especialista.

Tenho que referir que relativamente ao meu trabalho de mestrado, o seu emergir surgiu nesta fase. Inquieta-me que no CHMT – Unidade de Abrantes só seja permitida a posição de litotomia durante o 2º estadio do TP, não havendo a possibilidade de escolha para a parturiente. Parece-me que os profissionais de saúde da instituição aceitam essa posição como a mais benéfica para o período expulsivo.

Porém, tendo por base alguns artigos que li sobre o posicionamento da parturiente no 2º estadio do TP, depreendo que as posições verticais durante o período expulsivo trazem mais benefícios: permitem maior integridade perineal, a sensação de dor fica mais diminuída, os esforços expulsivos tornam-se mais eficazes, a duração do momento expulsivo é mais curta e mesmo o IA é mais favorável nas posições verticais.

Mas apesar das evidências científicas sobre esta temática, em Abrantes e na maioria das maternidades do nosso país continuam a preferir a posição horizontal (litotomia) como a eleita para o período expulsivo. Mas porquê?

Assim sendo, esta será a temática que pretendo estudar no meu trabalho de mestrado, o posicionamento materno durante o 2º estágio do TP. Aqui fica apenas este emergir da ideia/temática de estudo, uma vez que tal será trabalhado oportunamente no relatório de mestrado.

2.9 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 3º ESTÁDIO DO TP, COM BASE NO PE

GRAÇA (2010) relata-nos que o 3º estágio do TP se denomina de dequitação e “decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas fetais” e tem uma duração normal de até 30 minutos. Mais uma vez dá continuidade ao objetivo anterior e permite-me o desenvolver da mesma competência referida anteriormente (H3).

Esta prestação de cuidados não foi efetuada às parturientes submetidas a parto distócico por cesariana, uma vez que estas efetuam este estágio do TP no bloco operatório. Este objetivo engloba várias atividades que estão expressas no projeto de estágio (ver anexo II).

Apesar de nunca ter realizado uma dequitação anteriormente a este estágio, senti que esta atividade não me proporcionou um grau de dificuldade elevada.

Facilmente identificava os sinais de descolamento da placenta e realizava a dequitação, tendo em atenção qual a modalidade de dequitação que também sempre consegui identificar sem dificuldades. De seguida realizada a revisão placentar com o intuito de verificar se os cotilédones e membranas estavam completos, para despiste de retenção placentária.

Seguidamente, tal como refere GRAÇA (2010), “A administração profilática de medicação uterotómica com o objetivo de diminuir as perdas hemáticas é uma prática comum e eficaz.” Esta administração de ocitocina fazia parte de um dos protocolos. Porém, em casos de risco, como no caso de uma parturiente com trombocitopénia, esta administração podia ter uma dosagem superior.

Tive apenas um caso de retenção da placenta, em que decorridos 30 minutos após o parto ainda não haviam sinais de descolamento da placenta e neste caso tive que solicitar a presença de uma médica obstetra que efetuou dequitação manual, contudo houve retenção placentar de um cotilédone e tive que transferir esta parturiente para o bloco operatório para ser submetida a curetagem.

Neste estágio realizava uma vigilância atenta das perdas hemáticas e da formação do globo de segurança de Pinard, sendo que nunca tive nenhuma parturiente com alguma complicação associada.

Após ter decorrido este 3º estadio procedia à observação da vagina e períneo para despiste de lacerações e se necessário efetuava a perineorrafia (se lacerações ou se episiotomia). Sei que a revisão do períneo e sua reconstrução já não fazem parte do 3º estadio do TP, mas como no projeto de estágio optei por a colocar neste capítulo por ser o que realizei imediatamente após a dequitação, vou referir-me na mesma a esta técnica nesta secção, apesar de ter a noção que já pertence ao 4º estadio do TP.

GRAÇA (2010) relata-nos que “a reparação da episiotomia e das lacerações do períneo deve ser sempre feita por planos” e “a perfeita hemóstase e a reconstrução anatómica, empregando o mínimo possível de material de sutura, são os pontos fundamentais para uma boa cicatrização com ausência de sequelas.” Aqui sim mais um receio, a episiorrafia, lembro-me perfeitamente da primeira vez que observei a minha enfermeira tutora a executar a episiorrafia e ela ia-me explicando o que estava a fazer, qual a técnica correta e quais as estruturas que estava a suturar e eu olhava para ela muito assustada e pensava: “mas eu não estou a perceber nada, não consigo identificar o vértice, não sei como é que ela sabe onde tem que inserir a agulha, não sei nada disto, vai correr mal!” Achei que me ajudaria comprar uma esponja, levei um kit de ferros emprestado para casa e linhas de suturei e treinei a técnica na esponja enquanto consultava vídeos de episiorrafias na internet. As primeiras vezes que efetuei episiorrafia sentia-me muito insegura e estava sempre a perguntar: É aqui? Tá bem assim? Aperto mais? Tenho que ir mais profundamente? E por ai fora... Entretanto com o treino todas estas minhas dificuldades foram bem ultrapassadas e já há algum tempo que faço as reparações das episiotomias e das lacerações sozinha e sem qualquer tipo de dúvidas.

Tendo em conta este objetivo de estágio, tive por base a competências específica do enfermeiro especialista em ESMOG H3, de onde saliento (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H.3.1.6 – Prevenção e controlo da dor;
- H3.2.1 – Identifica e monitoriza trabalho de parto;
- H3.2.3 – Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- H3.2.5 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto;
- H3.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto;
- H3.3.3 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta;
- H3.3.4 – Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação.

Estas competências foram adquiridas até à 12ª Semana de estágio e aperfeiçoadas até ao final do estágio, pelo que atingi o objetivo proposto.

2.10 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PARTURIENTE/FAMÍLIA DURANTE O 4º ESTADIO DO TP, COM BASE NO PE

Com este objetivo tive a oportunidade de desenvolver as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG: **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e **H4** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Para atingir este objetivo efetuei uma panóplia de atividades que estão especificadas no projeto de estágio (anexo II), aqui apenas vou salientar algumas dessas atividades. De salientar que a maioria das competências referentes a este contexto já tinha sido alcançada por mim no estágio referente ao puerpério, pelo que agora apenas senti necessidade de aperfeiçoar essas mesmas competências, não tendo identificado nenhuma dificuldade relacionada com este estadio.

Após o parto, a parturiente e o RN ficavam sob vigilância no bloco de partos durante 2h e só depois é que eram transferidos para o internamento de puerpério. Esta prestação de cuidados não foi efetuada às parturientes submetidas a parto distócico por cesariana, uma vez que estas efetuam o recobro no bloco operatório, que não é um contexto da nossa acção, tendo em conta que se localiza num piso distinto do bloco de partos. Após o recobro a puérpera é transferida do bloco operatório diretamente para o internamento de puerpério.

Existem autores que denominam esta fase de puerpério e outros que a denominam de 4º estadio do TP, eu optei por a designar de 4º estadio do TP.

De acordo com REILLY et al. (2008) o puerpério é um período que decorre desde a saída da placenta até 6 semanas depois, e se caracteriza por ser uma fase em que a fisiologia e anatomia da mulher regressam progressivamente à situação anterior à gravidez.

“O quarto estágio do trabalho de parto dura, em geral, cerca de 2 horas após a expulsão da placenta. É o período da recuperação imediata, em que a homeostase se restabelece. Constitui um período de observação importante, por forma a identificar complicações, tais como hemorragia.” (BOBAK et al., 1999)

Nesta fase a vigilância efetuada pelo enfermeiro especialista foca-se sobretudo no despiste de complicações que possam surgir. Para uma correta prevenção/identificação de complicações é importante efetuar um exame físico completo tanto da puérpera como do RN.

BOBAK et al. (1999) ressalta também a importância de uma avaliação física pormenorizada como medida importante para despiste iminente de complicações a ambos os intervenientes do processo de cuidados (puérpera e RN). Perante alguns fatores de risco sentia necessidade de redobrar a minha atenção, como no caso de parturientes com trombocitopenia, anemia, HTA gestacional/crónica, diabetes gestacional, etc. Da experiência que tive, não estive em contato com nenhuma complicação que tenha surgido neste estadió do TP.

Uma área que deve ser preocupação constante de um enfermeiro especialista e que me dá prazer ter em especial atenção é a promoção da amamentação. LEVY e BÉRTOLO (2007) frisam que para que a amamentação tenha sucesso devem conjugar-se 3 fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação. Durante a admissão da grávida/parturiente questionava logo a mulher quanto à vontade de amamentar, que decisão tinha tomado. Foi com agrado que constatei que todas as parturientes a quem prestei cuidados tinham tomado a decisão de amamentar e não tinham nenhuma contra-indicação para tal, logo o 1º fator estava já estabelecido. O estabelecimento da lactação dava-se o mais depressa possível, logo a seguir à dequitação (no caso de períneo íntegro) ou logo a seguir à perineorrafia (se episiotomia ou laceração). Sempre que efetuava ou auxiliava um parto, nunca saía da sala sem promover a amamentação, sem me assegurar que a lactação ficava estabelecida e era nesta fase que também se iniciavam os meus ensinamentos no que respeita à amamentação. Esta EPS não podia ser muito extensa, uma vez que a puérpera ainda estava a recuperar do parto que tinha acabado de acontecer, eram uns ensinamentos primários, transmitidos da forma mais simples possível, e informava sempre a grávida para não ficar preocupada se sentisse que não estava a apreender/interiorizar toda a informação pois no internamento de puerpério o assunto amamentação iria ser muitas vezes abordado, eu apenas estava a introduzi-lo.

O meu grande esforço consistia em ensinar/demonstrar a técnica correta da amamentação e auxiliar as mães aquando desta primeira mamada para que a amamentação se mantivesse com sucesso. Como a primeira mamada é uma das mais difíceis, em alguns casos foi necessário uma boa dose de perseverança por parte dos 3 intervenientes (puérpera/RN/enfermeira), mas com força de vontade todos os RN conseguiram amamentar-se convenientemente ainda no bloco de partos. Acho importante o envolvimento do pai na amamentação, portanto nesta etapa ensinava ao pai como havia de estimular o RN quando ele parava de mamar e depois ficava uns minutos a observar se o pai tinha apreendido bem a informação e se realmente efetuava uma estimulação adequada do RN para que ele mamasse o suficiente.

Em determinadas etapas do TP o enfermeiro deve ter uma presença muito constante, mas neste estadió do TP é importante o enfermeiro não se esquecer de proporcionar alguma

privacidade à parturiente/acompanhante/RN para que haja um estabelecimento eficaz da vinculação entre a díade/tríade, assim que eu sentia que já tinha prestado os cuidados necessários abandonava a sala de partos, mas reforçava que tinham ali uma campainha, para chamarem por mim sempre que necessitassem, para que houvesse a tal privacidade necessária para o estabelecimento deste vínculo.

Antes de transferir a puérpera e o RN para o internamento tinha sempre a preocupação de efetuar os registos finais e verificar que nenhum deles estava em falta. Os meus registos sempre foram muito completos, pois estou consciente da importância que eles têm.

Portanto, tendo em consideração as competências específicas **H3** e **H4**, aquelas que mais aperfeiçoei de uma maneira mais geral foram (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H3.1.4 – Promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos;
 - H3.1.5 – Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
 - H3.2.3 – Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do TP;
 - H.3.3.2 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP;
 - H3.3.6 – Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte;
 - H4.1.4 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
 - H4.2.3 – Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do RN, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
 - H4.2.4 – Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
 - H.4.2.1 – Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho.
- Desta forma consegui concretizar o objetivo a que me tinha proposto, sem dificuldades.

2.11 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS E COGNITIVAS QUE PERMITAM PRESTAR CUIDADOS IMEDIATOS AO RN, COM BASE NO PE

Com este objetivo dei resposta ao objetivo geral da unidade curricular e consegui desenvolver uma competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H4** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

No meu projeto de estágio específico as atividades que coloquei em prática para dar resposta a este objetivo (consultar anexo II), estas atividades foram desenvolvidas ao longo de todo o estágio.

Estes cuidados imediatos ao RN diferem conforme se sou eu a fazer o parto ou se sou eu a receber o RN. Quando me encontrava a efetuar um parto eutócico prestava uma parte dos cuidados imediatos ao RN. Por outro lado, sempre que havia um parto distócico (por fórceps ou ventosa), em que eu não colaborava no parto e apenas recebia o RN, prestava cuidados imediatos ao RN de forma mais abrangente. E sempre que ocorria um parto distócico por cesariana deslocava-me ao bloco operatório para lá prestar esses cuidados e trazer o RN para o bloco de partos enquanto a sua mãe permanecia no bloco operatório até acabar o recobro, uma vez que não há a possibilidade de mãe e RN ficarem juntos neste período pós-cesariana (2h após a cesariana). Portanto, tive várias experiências no que toca aos cuidados ao RN.

Estes cuidados imediatos dizem respeito aos cuidados prestados ao RN desde o seu nascimento até 2h depois do parto (altura em que se transfere o RN para o internamento de puérperas em conjunto com a sua mãe). Caso se verifique necessidade o RN pode ter que ser transferido para a neonatologia.

O pediatra encontra-se presente em todos os partos e efetua a avaliação imediata do RN, em conjunto com o enfermeiro especialista em ESMO. Sempre que estiver eminente a ocorrência de um parto, o pediatra é informado de tal facto. Assim verifica-se um trabalho de equipa, entre enfermeiro e médico pediatra no que respeita aos cuidados imediatos ao RN, que foi sempre muito bem conseguido.

Já tinha tido contacto com o RN em estágios anteriores, pelo que não demonstrei nenhum receio em “manuseá-lo” e prestar-lhe todos os cuidados necessários.

Prestei cuidados a alguns RN de risco como: filhos de mãe com Strepto B positivo, rotura de bolsa amniótica prolongada, filhos de mãe com infeção por toxoplasmose, filhos de mães com diabetes gestacional, 5 prematuros, 1 LIG, RN filho de mãe com sífilis, RN impregnados em mecónio, etc.

Analisando os dados estatísticos do bloco de partos do CHMT verifiquei que a taxa de partos pré-termo é de 6,48%, sendo que 1,02% (8) destes partos é com idade gestacional inferior a 34 semanas. O RN mais prematuro a quem prestei cuidados nasceu com 34 semanas + 2 dias, tendo sido transferido para a neonatologia devido à sua imaturidade.

No que respeita à vitalidade, a maioria dos RN nasceram com um IA de 9-10-10, o IA mais baixo que observei foi de 5-9-10, resultante de sofrimento fetal. Nunca foi necessário aplicar manobras de reanimação neonatal.

Logo após o nascimento, um foco da atenção do enfermeiro especialista deve ser a promoção da vinculação precoce. “O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos” (FERREIRA e COSTA, 2004). Sempre que o RN se encontrava estável, era

proporcionado contacto físico com a mãe, logo após a sua extração colocava-o sobre o abdómen materno e se o pediatra concordasse era proporcionado contacto pele a pele entre a díade. O pai, se presente, também estava em contacto com o RN neste momento. Infelizmente só existe uma sala para prestação de cuidados imediatos ao RN, sendo necessário transportar o RN para essa sala a fim de lhe serem prestados os cuidados necessários durante alguns minutos e só depois é que o RN voltava para junto dos pais, tornando-se este um aspeto negativo uma vez que quebra o contato/vínculo que se estava a estabelecer.

Para MALDONADO (1982) citado por SILVA (2006) “a amamentação é um momento privilegiado de relação entre a mãe e o RN, em que a estimulação sensorial assume um lugar de destaque, tanto a nível visual (a face materna), auditivo (ouvir a voz da mãe), tátil (o toque na mãe), olfativo (o cheiro da mãe e do leite) como gustativo (o gosto do leite).” A amamentação é sem dúvida uma outra forma privilegiada de suportar a vinculação com o RN, por isso, mais uma vez saliento aqui o importante papel da promoção da amamentação, competência do enfermeiro especialista à qual dediquei muita atenção. Não vou explorar aqui esta competência, uma vez que já o fiz no objetivo anterior. E também já referi a importância da promoção de momentos de privacidade entre a díade/tríade, também como favorecimento da vinculação.

No que respeita a estes cuidados prestados ao RN havia algumas competências que eu já tinha adquirido, porém destaco aqui algumas das atividades que só tive a oportunidade de desenvolver neste estágio: receção do RN após o parto, avaliação do índice de APGAR, clampagem provisória e definitiva do cordão umbilical, colheita de sangue do cordão umbilical e administração de vitamina K intramuscular.

Eu sou apologista de que os pormenores fazem toda a diferença e devem sempre ser tidos em conta. Dou muita importância ao possibilitar ao pai que corte o cordão umbilical aquando da clampagem definitiva do mesmo. Durante a colheita de dados questionava sempre o pai (se presente) se gostaria de cortar o cordão umbilical e se ele respondesse afirmativamente, quando eu estivesse a fazer o parto possibilitava ao pai ser ele a efetuar o corte do cordão umbilical após eu o ter clampado. Este gesto possibilitava o envolvimento do acompanhante, auxiliava na vinculação e tornava aquele momento tão especial mais inesquecível. Existem profissionais que valorizam muito pouco esta atividade e chegaram-me a alertar para os gastos de material que isto implicava, isto porque não existem no bloco de partos tesouras esterilizadas individualmente e então quando era o pai a cortar o cordão umbilical tinha que gastar mais um kit de ferros extra para retirar a tesoura para ele usar e assim desperdiçava os restantes ferros que não os iria utilizar. Mesmo após esta chamada de atenção continuei a possibilitar o corte do cordão aos pais por 3 motivos: 1 – já tinha sido proposto ao hospital fazer embalagens com tesouras esterilizadas individuais, mas tal pedido não foi tido em conta. 2 – Existiam sempre

muitos Kits de ferros disponíveis, pelo que gastar dois num parto não colocava em causa a quantidade de material necessária para os restantes partos. 3 – Verifiquei várias vezes o entusiasmo dos pais quando sabiam que teriam a possibilidade de cortarem o cordão e quando após o parto ligavam para os familiares uma das primeiras coisas que diziam era: “e eu cortei o cordão, a enfermeira deixou!”. Portanto, pretendo manter este meu comportamento até ao final do estágio devido à importância que lhe dou.

Durante a concretização deste objetivo desenvolvi de uma forma geral a competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG **H4**, dedicando mais atenção às seguintes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

- H4.1.4 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;

- H4.1.6 – Potencia a parentalidade responsável;

- H.4.2.1 – Informa, orienta e apoia a mãe a cuidar do seu filho;

- H4.2.3 – Identifica e monitoriza o estado de saúde do RN, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;

- H4.3.10 – Cooperar com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal.

Tendo em conta tudo o que foi apresentado, posso afirmar que este objetivo foi atingido com sucesso, adquiri estas competências até à 12ª semana e a partir daí tive a possibilidade de as desenvolver e aperfeiçoar.

2.12 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS COGNITIVAS DE FORMA A ELABORAR UM GUIA DE ORIENTAÇÕES NO BLOCO DE PARTOS

Estava previsto na unidade curricular contemplar o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia a ser estudado, de acordo com a necessidade e a realidade do contexto do estágio, assim como com as motivações pessoais.

Por isso, quando cheguei ao meu local de estágio questionei sobre as suas necessidades e em conversa informal surgiu a identificação desta carência do bloco de partos: verificou-se a necessidade de se elaborar um guia de orientações no bloco de partos para entregar à parturiente aquando do seu acolhimento que sirva como reforço da informação transmitida.

Sabemos que quando a parturiente é acolhida no bloco de partos traz consigo uma carga de ansiedade que pode prejudicar a apreensão de toda a informação que lhe prestamos, pelo que este guia será um reforço dessa informação veiculada, para que a parturiente consulte para esclarecimento de dúvidas. Este guia serve como reforço dos ensinamentos através da disponibilização

de informação escrita, é um meio complementar à informação verbal prestada. Não devemos esquecer que os panfletos não podem substituir a informação verbal, mas sim complementá-la.

Para elaborar este guia, tive em atenção os princípios a atender na preparação de panfletos. De acordo com ANDRADE (1995) o panfleto apresenta um conjunto de informações acerca de um tema e é dirigido a uma população alvo ou à população em geral. Quando se elaboram panfletos têm que se ter em conta certos princípios como: o panfleto deverá conter linguagem simples, compreensiva, não devem ser utilizados conceitos técnicos, deve conter frases curtas, deve possuir imagens para cativar o leitor e deve ser de fácil perceção.

Para elaborar o guia foi importante ter conhecimento dos protocolos que o serviço adota, para ir de encontro a eles.

Neste guia de orientações no bloco de partos inclui informação útil para a parturiente sobre: estádios do trabalho de parto, como é que vai decorrer o parto, presença do acompanhante, necessidade de manter jejum para sólidos, tipo de respiração que pode adotar durante a contração, posicionamento, apelo para a necessidade de manter a bexiga vazia, analgesia epidural, condições necessárias para que possa deambular, amniotomia, profissionais presentes durante o trabalho de parto, episiotomia, cuidados ao RN, etc.

Para ter conhecimento integral do guia consulte o anexo III – Guia de orientações no bloco de partos.

O guia foi aprovado pela enfermeira cooperante e pela enfermeira chefe. Também coloquei o guia acessível na sala de passagem de turno de enfermagem, para que os vários enfermeiros fossem lendo o guia e dando as suas apreciações e sugestões.

A enfermeira chefe sugeriu que este guia não deveria ser distribuído apenas no momento do acolhimento no bloco de partos, que é muito interessante e que pode ser distribuído nas consultas externas de obstetrícia e até mesmo na urgência obstétrica, assim a parturiente pode chegar ao bloco de partos já com algum conhecimento prévio.

O próximo passo pertence à enfermeira chefe, de acordo com as normas o guia deve ser encaminhado para o departamento da mulher e da criança onde será analisado e posteriormente aprovado, para então depois poder ser distribuído de forma legal.

Achei que com este atividade deixei material realmente útil para o serviço, fiz um bom trabalho e agora só espero que seja aprovado, que o meu esforço seja realmente rentabilizado. De qualquer maneira, no que dependia de mim, considero este objetivo como concretizado.

2.13 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS QUE PERMITAM O ALÍVIO DA DOR ATRAVÉS DA MUSICOTERAPIA DURANTE O TP

Pretendia promover o bem-estar da parturiente através da aplicação das novas tendências do cuidar por meio de medidas não farmacológicas de alívio da dor, neste caso, através da musicoterapia. Este era um interesse pessoal que eu detinha e queria poder aplicar na prática.

Todos os profissionais de saúde devem ter a preocupação de se empenharem constantemente para a busca e alcance da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Esta melhoria da qualidade dos cuidados pode ser conseguida, por exemplo, através das novas formas do cuidar, como é o caso da musicoterapia durante o trabalho de parto.

A Musicoterapia é considerada uma modalidade ambiental, vinculada ao modelo holístico e manifesta efeitos terapêuticos nos seres humanos, através do uso da música. Tal como nos refere ESTEVÃO et al. (2007), a musicoterapia é uma forma de tratamento que recorre a uma manifestação sonora, com o intuito de produzir efeitos terapêuticos.

A música é um estímulo agradável, de fácil acesso e a única contraindicação para a musicoterapia é a epilepsia musicogénica (ARVEILHER, 1985, citado por ESTEVÃO et al., 2007).

São vários os estudos que demonstram o poder da musicoterapia durante o trabalho de parto. Por exemplo, foi efetuado um estudo com musicoterapia durante o trabalho de parto, onde se concluiu que as parturientes experimentaram “um estado de relaxamento mais eficaz nos intervalos das contrações, levando a uma evolução mais amena e eutócica do trabalho de parto, elevando na mulher o limite de tolerância à dor e ao desconforto” (TABARRO et al., 2010).

Com a musicoterapia procura-se favorecer o relaxamento, diminuir os níveis de stress, diminuir a ansiedade e o medo, proporcionar calma, oferecer um estado de serenidade, segurança e bem-estar (ESTEVÃO et al., 2007).

“Para os adeptos da musicoterapia, evidencia-se uma sensação de paz, alegria, tranquilidade, descontração e bem-estar” (BACKES et al., 2006, citado por FONSECA et al., 2006).

Ainda de acordo com NETO (2006) está comprovado que as experiências musicais durante o parto podem: diminuir o medo e a ansiedade; servir como ponto focal de distração; regular a respiração; reduzir a dor; e diminuir o período de trabalho de parto.

Para iniciar esta atividade foi necessário pedir autorização ao bloco de partos – Diretora de serviço e Enfermeira chefe, tal como se pode observar no anexo IV.

Posteriormente esta atividade foi desenvolvida ao longo de todo o estágio e para isso levei para o serviço o meu rádio pessoal e uma pen drive com músicas relaxantes que eu própria compilei. Este material manteve-se no serviço ao longo de todo o meu estágio.

A musicoterapia só era disponibilizada a uma parturiente de cada vez, uma vez que só tinha um rádio. E era questionada a parturiente quanto à sua vontade de ser submetida a tal modalidade terapêutica. Foram raros os casos em que as parturientes afirmaram não estar interessadas na musicoterapia, não tendo sido então submetidas a tal.

Notei, aquando da aplicação da musicoterapia no CHMT, que as parturientes ficavam mais relaxadas, menos ansiosas, mais calmas, mais tranquilas, no fundo mais controladas. Já no que respeita ao alívio da dor não posso afirmar nada em concreto, porque praticamente todas as parturientes estavam sob analgesia epidural e assim não notei que a musicoterapia executava-se uma diminuição direta da dor. Mesmo quando a musicoterapia se iniciava antes da epidural, quando a mulher começava a sentir a dor mais intensa, mantinha a musicoterapia mas solicitava a analgesia epidural para controlo da dor.

Havia parturientes que ficavam realmente satisfeitas com esta atividade, diziam que até tornava o momento “mais mágico”, mais inesquecível. Os próprios profissionais de saúde ficavam agradados com a música quando entravam na sala de partos para observarem a parturiente. Ouvi vários comentários positivos por parte dos profissionais de saúde no que respeita a esta atividade.

Quando fazia a vigilância do trabalho de parto de uma parturiente com musicoterapia, até eu própria me sentia mais relaxada, menos tensa, mais “à vontade”, a música também tinha efeitos positivos sobre mim.

Esta é uma ferramenta de que os profissionais de saúde dispõem para prestarem cuidados de qualidade a um custo baixo e de aplicação extremamente fácil, por isso o seu uso deve ser incentivado. Com esta atividade também pretendia alertar os profissionais do bloco de partos para esta modalidade, para que futuramente eles por si também queiram executar musicoterapia no seu local de trabalho. Penso que consegui alcançar tal objetivo, uma vez que houveram já vários enfermeiros que falaram com a diretora de serviço para se saber qual a possibilidade de se adquirir o material necessário para que eles mantenham a musicoterapia. Por isso fico satisfeita, por ter motivado o seu uso.

Quando terminar o meu estágio vou deixar a minha compilação de músicas relaxantes no serviço, para que quando eles tiverem o material necessário, já tenham as músicas para darem seguimento à musicoterapia, uma vez que existem profissionais muito interessados na manutenção desta musicoterapia.

2.14 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E COGNITIVAS QUE PERMITAM EFETUAR A GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), uma das competências comuns do enfermeiro especialista diz respeito à gestão dos recursos: **C2.1** – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Deste modo, queria ter a oportunidade de desenvolver estas competências que estão inerentes ao desempenho do enfermeiro especialista efetuando a gestão dos recursos materiais.

No bloco de partos o responsável de turno efetua a gestão dos recursos materiais em todos os turnos, o que envolve várias tarefas que pretendia ser eu a executar.

É necessário verificar a operacionalidade do equipamento de urgência, prazo de validade da carga do carrinho de urgência, verificar a operacionalidade do equipamento de assistência ao RN, verificar as condições de armazenamento de determinados fármacos, efetuar o controle dos estupefacientes presentes no cofre para despiste de extravios e efetuar a reposição de material através do armazém avançado.

Esta atividade era para mim considerada muito importante, uma vez que uma prestação de cuidados adequada depende várias vezes desta gestão dos recursos materiais que deve ser cuidadosa e meticulosa, para que não surjam consequências decorrentes de lapsos quanto a esta gestão. A título de exemplo, várias vezes, aquando da verificação da operacionalidade do equipamento de assistência ao RN foram detetados problemas no sistema de aspiração, que eram de imediato resolvidos, de forma a ficar tudo operacional caso surgisse necessidade de tal utilização. Se esta atividade não fosse efetuada da maneira correta poderia acontecer ter um RN que necessitasse de ser submetido a aspiração de secreções e não ter o equipamento funcionante para tal, o que seria inadmissível.

Até ao início deste estágio ainda não tinha tido a oportunidade de contactar com o sistema de armazém avançado pelo que esta atividade me auxiliou também a suprir essa inexperiência.

Portanto, sempre que eu fazia turno, era eu a responsável por executar estas tarefas respeitantes à gestão dos recursos materiais. Rapidamente adquiri todas as competências necessárias e quando cheguei á 5ª semana de estágio já executava esta atividade sem qualquer tipo de dificuldade, porém mantive o desenvolver desta atividade até ao final do meu estágio.

3 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTÁGIO

Optei por acrescentar este capítulo para referir assuntos que não se relacionam diretamente com os objetivos específicos que tinha delineado, mas aos quais quero dedicar alguma reflexão crítica pelo seu grau de importância. Portanto aqui serão mencionados assuntos que não se enquadravam nos capítulos anteriores mas que estão relacionados com o estágio num âmbito geral.

Fiz alguns turnos com outros enfermeiros, uma vez que a minha enfermeira cooperante teve 2 semanas num curso de conselheiras de amamentação em que lhe foi concedido tempo para a formação. Este aspeto foi positivo porque assim fui observando as diferentes formas que cada enfermeiro tem de prestar cuidados e isso fez-me refletir e adaptar melhor os cuidados por mim prestados, uma vez que “aproveitei” o que eu achava melhor de cada enfermeiro para trazer para a minha prática.

Neste contexto de estágio, sala de partos, é perfeitamente perceptível a importância e autonomia que um enfermeiro assume durante a vigilância de um trabalho de parto, é realmente o contexto de estágio em que o enfermeiro especialista desenvolve maior autonomia e poder de decisão. Sozinho, o enfermeiro consegue realizar a vigilância de trabalho de parto e executar um parto eutócico, encaminhando apenas as situações que estão para além da sua esfera de competência, dá muita visibilidade ao seu trabalho. É muito importante estar atenta aos sinais de alerta, comunicá-los e registá-los devidamente.

Durante este meu estágio tive a oportunidade de vigiar trabalhos de partos de grávidas a quem tinha efetuado a vigilância pré-natal na unidade de saúde familiar do entroncamento (meu estágio anterior), o que se revelou uma experiência interessante, pois as parturientes depositavam em mim mais confiança por já me conhecerem de outro contexto e a relação estabelecida entre profissional-parturiente era muito mais eficaz e eficiente.

Aquando do meu estágio de puerpério as vacinas BCG estavam esgotadas pelo que não consegui vacinar nenhum RN com essa vacina específica. Tive já o cuidado de comunicar que num dos próximos turnos quero ir ao internamento de puerpério desenvolver essa competência que me resta para me sentir completa enquanto enfermeira especialista. Já tinha estabelecido que só me iria dedicar a esta atividade a partir do dia em que fizesse o parto nº 40 e como isso aconteceu no último turno, agora já me posso dedicar a este objetivo também.

Um dos aspetos negativos que constatei no CHMT foi o elevado número de ITP precoces, prestei cuidados a grávidas submetidas a ITP com 37, 38 e 39 semanas de gestação apenas por conveniência da grávida ou do obstetra, mas conveniências banais não relacionadas com bem-estar materno-fetal. Por exemplo, um dos motivos era que quando a grávida fosse de férias dali a uns dias já queria ter parido! Se olharmos para a estatística do CHMT observamos que a taxa das ITP é de 39,9%, o que se revela numa taxa alta. E temos que ter em conta que uma grande parte destas induções, devido à terapêutica ocitócica origina sinais de sofrimento fetal, o que origina também um grande número de partos distócicos. Falta aqui alguma sensibilidade por parte dos profissionais para estas questões e para tentarem melhorar este tipo de indicadores.

Por outro lado também constato profissionais muito intervencionistas, pouco defensores do trabalho de parto natural/normal. São várias as orientações que a ordem dos enfermeiros e outros autores expõem com evidências científicas de que o parto natural é o mais favorável para a parturiente e para o feto, mas até agora parece que se ignoram essas evidências científicas, há muita relutância à mudança, o que não me parece bem. Todos os profissionais têm que ter a preocupação de evoluir e integrar na sua prática os dados de evidência científica mais recentes.

Acresce mais um facto negativo que me foi incomodando, o facto de haver médicos obstetras a realizar partos eutócicos, que são da competência dos enfermeiros especialista em ESMO. Nem mesmo a minha presença e a minha necessidade em atingir determinado número de partos os demoveu deste tipo de comportamento. E porque se verifica isto? Por conflito de interesses entre a assistência pública e privada, ou seja, os obstetras que efetuam os partos eutócicos efetuam-no às parturientes que seguem nas suas consultas privadas, onde lhes “prometem” um parto realizado pelo médico no CHMT com data marcada para ITP, para terem a certeza que tal acontece, como chamariz para as suas consultas de obstetrícia privadas. Mas atenção, a vigilância do TP era efetuada pelo enfermeiro especialista, apenas o parto é que era efetuado pelo obstetra, o que para mim traduz um comportamento reprovador. De acordo com a estatística de 2013 do CHMT, foram 119 os partos eutócicos realizados por médicos obstetras!

Tive a noção que estão a aumentar o número de famílias modernas, assisti a muitas parturientes que tinham filhos de segundos relacionamentos, e o enfermeiro especialista tem que se ir adaptando a estas situações.

Também tive a oportunidade de desenvolver a multiculturalidade neste contexto de estágio, tive utentes atribuídas de várias raças/etnias (etnia cigana, síria, indiana, marroquina e brasileiras). A grávida da síria não falava português, só inglês. O meu inglês é um bocado superior que o básico, mas tenho consciência que não está num bom nível, mas consegui comunicar bem com a utente e quando tinha mais dificuldades o marido procedia como tradutor, uma vez que ele percebia português. As diferentes culturas também têm comportamentos diferentes durante o

trabalho de parto, por isso convém o enfermeiro conhecer estas culturas minimamente, para saber o que é considerado normal ou não de acordo com a sua origem.

4 – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

Neste capítulo será efetuada uma referência à avaliação do estágio, onde irei abordar a metodologia de avaliação, a pertinência dos trabalhos desenvolvidos, a orientação da enfermeira cooperante e a orientação da docente cooperante.

As estratégias de avaliação propostas para este estágio IV foram as seguintes:

- Avaliação do desempenho - prestação de cuidados (75%), onde 65% é respeitante à heteroavaliação e 10% é referente à auto-avaliação.
- Elaboração do relatório final de estágio (25%).

Do meu ponto de vista estas estratégias de avaliação parecem-me apropriadas, uma vez que defendo que a prestação de cuidados deve apresentar maior ponderação.

Achei que a elaboração do projeto individual de estágio foi um momento fundamental para eu traçar os objetivos individuais que queria traçar enquanto dinamizadora da minha própria aprendizagem/ auto-formação. Foi a elaboração do projeto de estágio que me permitiu pensar nas competências que eram necessárias desenvolver enquanto futura enfermeira especialista em ESMO e também me permitiu efetuar uma revisão dos conhecimentos adquiridos.

A realização do relatório permitiu desenvolver o pensamento crítico-reflexivo, analisando várias situações vivenciadas, o que contribui para o meu crescimento enquanto profissional e me fez ter a perceção de quais as competências que realmente consegui adquirir, desenvolver e aperfeiçoar.

Por isto refiro que os trabalhos académicos desenvolvidos foram realmente pertinentes, contribuíram para que os objetivos gerais da unidade curricular fossem atingidos.

Relativamente à orientação da enfermeira cooperante tenho a referir que foi excelente. A enfermeira Otilia Simões tinha sido minha cooperante no estágio II – Puerpério que realizei também no CHMT – Unidade de Abrantes. Portanto, já nos conhecíamos e já tínhamos desenvolvido uma boa relação que foi reforçada neste estágio. Este facto em muito facilitou a minha integração e fez-me sentir menos ansiosa no início pois já conhecia a profissional com quem iria desenvolver estágio. A enfermeira Otilia Simões foi sempre muito atenciosa, demonstrou sempre disponibilidade para esclarecer todas as minhas dúvidas, proporcionou-me vários momentos de discussão/reflexão, teve uma participação ativa no meu processo de aprendizagem e facultou-me a aquisição de novas competências. Agradeço imenso a orientação que a enfermeira cooperante me concedeu.

Tenho ainda que referir que fui muito bem recebida por toda a equipa multidisciplinar do bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes, permitiram que me sentisse realmente integrada no meu local de estágio, foram muito atenciosos comigo e auxiliaram-me no meu processo de crescimento enquanto enfermeira especialista.

Quanto à orientação da professora não tenho nada de negativo a referir, apenas aspetos positivos. A professora Olímpia Cruz respondeu sempre às minhas questões em tempo oportuno, deu-me orientações que contribuíram para melhorar o meu desempenho e senti que sempre que necessitasse tinha uma docente cooperante disponível. Deixo assim aqui também o meu agradecimento à professora por toda a orientação e tempo que me disponibilizou.

Todas as reuniões realizadas, quer no local de estágio quer na escola, foram momentos importantes que conduziram à reflexão sobre o caminho percorrido e me permitiram delinear estratégias para continuar a percorrer o percurso que ainda me restava trilhar.

Devido à diminuição da taxa de natalidade, o número de partos no CHMT – Unidade de Abrantes tem vindo a diminuir. Este facto colocou-me em stress/ansiedade pois houveram meses em que o número de partos realizados eram poucos e tive vários momentos que pensei que não seria possível conseguir realizar os 40 partos durante este estágio. E tenho perfeita noção de que só o consegui devido ao meu empenho intenso e devido à minha situação de estudante a tempo inteiro que me permitia despende mais tempo com o estágio. Houveram várias situações em que, por exemplo, eu estava a fazer manhã e seguia mais umas horas no turno da tarde com outro enfermeiro supervisor para que conseguisse acompanhar o resto do trabalho de parto da parturiente e realizar o parto. Saliento que nestas situações nunca me fui embora a seguir ao parto, prestava todos os cuidados seguintes e inclusive transferia a puérpera para o internamento e só no fim é que me ia embora. E nestes casos todas as horas que despendia após o término do meu turno original não eram contabilizadas. Devido a estes acontecimentos há que equacionar se realmente este campo de estágio o pode continuar a ser, no caso de acolher trabalhadores-estudantes.

Para finalizar, relativamente à minha postura em geral também tenho que referir que o meu interesse, motivação, vontade em apreender e dedicação me proporcionaram um excelente estágio, que se refletiu no preenchimento do instrumento de avaliação. Sinto que com este estágio tive a oportunidade de “crescer” enquanto enfermeira especialista, dar o “pulo final”, sinto-me agora mais completa pois adquiri todas as competências necessárias e estou na reta final da especialidade.

CONCLUSÃO

Este relatório de estágio permitiu-me efetuar uma análise crítico-reflexiva acerca do meu desempenho, tendo em conta o que havia esboçado como objetivos específicos no meu projeto individual de estágio.

Ao início do estágio experimentei muitas sensações de temor, pela especificidade da Sala de Partos, que até então nunca tinha entrado em contacto, senti-me amedrontada, com receio de não conseguir atingir alguns dos meus objetivos. Contudo, todo este meu receio foi naturalmente bem ultrapassado e no fim obtive bons resultados e demonstrei que me adapto facilmente a diferentes meios de intervenção enquanto enfermeira especialista. Este meu comportamento vai de encontro ao que CARVALHO et al. (1999) refere, uma vez que “a entrada brusca dos alunos numa situação desconhecida é um fator desencadeante de tensões e ansiedades.”

Este estágio proporcionou-me muita satisfação e realização, pois consegui ultrapassar todos os obstáculos e permitiu-me um grande desenvolvimento nos diferentes domínios de intervenção enquanto enfermeira especialista em ESMO. Permitiu-me adquirir/desenvolver/aperfeiçoar competências necessárias para a prestação de cuidados especializados à mulher/grávida/parturiente/puérpera/RN/família em contexto hospitalar (bloco de partos, urgência obstétrica e urgência ginecológica). Tendo em conta o referido, posso sem dúvida salientar que este foi o estágio mais abrangente, onde tive a oportunidade de colocar em prática uma grande diversidade de competências.

Com este estágio tive a oportunidade de adquirir, desenvolver, aperfeiçoar e consolidar bastantes conhecimentos. Permitiu-me alargar o meu corpo de saberes para prestar cuidados de enfermagem especializados cada vez com mais qualidade.

Em jeito de conclusão, posso referir que atingi os objetivos gerais propostos para este estágio e também consegui atingir os objetivos específicos delineados no meu projeto individual de estágio. Faço então um balanço muito positivo relativamente a este estágio que desenvolvi, permitiu-me adquirir competências fundamentais necessárias enquanto futura enfermeira especialista. Superou as minhas expectativas iniciais pois permitiu-me um grande crescimento e mostrou-me que estou apta a desempenhar as funções de enfermeira especialista.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ ANDRADE, Maria Isabel. (1995). *Educação para a Saúde*. 1ª Ed. Lisboa: Texto Editora, 112 p. ISBN 9789724705705.
- ⇒ BENITO, Gladys Amelia Vélez; TRISTÃO, Kamila Medani; PAULA, Ana Cláudia Schuab Faria; SANTOS, Mariana Andrade; ATAIDE, Lorena Jácome; LIMA, Rita de Cássia Duarte (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65 (1), p. 172-178.
- ⇒ BOBAK; LOWDERMILK; JENSEN. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 1017 p. ISBN 972-8383-09-6.
- ⇒ BRANDEN, Pennie Sessler (2000). Pré-Natal das gestantes de alto risco. In: *Enfermagem Materno-infantil*. Brasil: Reichmann & Affonso Editores. ISBN 8587148419. 524 p.
- ⇒ CARVALHO, Maria; PELLOSO, Sandra; VALSECCHI, Elisabeth; COIMBRA, Jorséli. (1999). Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. *Revista da escola de enfermagem da USP*. Vol. 33, nº 2. p. 200-206.
- ⇒ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1. Geneva: CIE. 210p. ISBN 92-95040-36-8.
- ⇒ COSTA, Naiza; SOUZA, Vera; MEDEIROS, Regina (1998) – Atenção à mulher em ginecologia: atuação da enfermeira. *Sitientibus*. Feira de Santana, nº 19, Jul./Dez. p. 77-86.
- ⇒ DECRETO-LEI Nº 161/96. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. “Diário da República - I Série.” 205 (04-09-1996). p. 2959-2962.
- ⇒ DESPACHO Nº 7495/2006. *Organização perinatal nacional*. Diário da República, 2ª série. Nº 67. (04-04-2006). p. 5038.
- ⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001). *Rede de referência materno-infantil*. Lisboa: DGS, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 72 p. ISBN 972-9425-90-6.
- ⇒ ESTEVÃO, Cláudia Sofia Sebastião; SERAFIM, Sandra Cristina Guerreiro Serrão; DUARTE, Sílvia Cristina de Almeida (2007). Musicoterapia em Neonatologia. *Nursing Edição Portuguesa*. Lisboa: Revista de formação contínua em enfermagem. ISSN 0871-6196. Ano 17, Nº 220. p. 40-43.
- ⇒ FERREIRA, Manuela M.C.; COSTA, Maria G. F. A. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Revista do IPV*, nº 30. ISSN 1647-662X. p 51-58.
- ⇒ FONSECA, Karyne Cristine; BARBOSA, Maria Alves; SILVA, Daniela Gonçalves; FONSECA, Keylla Virgínia; SIQUEIRA, Karina Machado; SOUZA, Marcus Antônio (2006). Credibilidade e efeitos

da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiás: Universidade Federal de Goiás. ISSN 1518-1944. 8 (3) p. 398-403.

⇒ GRAÇA, Luís Mendes. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Ed. Lisboa: Lidel, 756 p. ISBN 978-972-757-654-8.

⇒ <http://www.chmt.min-saude.pt>.

⇒ LEI Nº 14/85. *Acompanhante da mulher grávida durante o trabalho de parto*. Diário da República, 1ª série. Nº 153. (06-07-1985). p. 1874.

⇒ LEVY, L.; BÉRTOLO, H. (2007). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

⇒ MATTAR, Rosiane; AQUINO, Márcia M. A.; MESQUITA, Maria R. S. (2007). A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 29 (1). 1-2. ISSN 0100-7203.

⇒ NETO, Sónia Isabel Horta (2006). Musicoterapia e a Maternidade. *Nursing Edição Portuguesa*. Lisboa: Revista de formação contínua em enfermagem. ISSN 0871-6196. Nº 210. P. 6-10.

⇒ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 10 p.

⇒ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 8 p.

⇒ PORTO, Ana; AMORIM, Melania; SOUZA, Alex (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Recife: *Femina*. Vol. 38, nº10.

⇒ REILLY, B.; BOTTOMLEY, C.; RYMER, J. (2008). *Livro de bolso: Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-06-2.

⇒ SILVA, Ana C. F. Correia (2006). *Cuidar do recém-nascido: o enfermeiro como promotor das competências parentais*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa. 284 f. Dissertação de mestrado.

⇒ TABARRO, Camila Sotilo; CAMPOS, Luciane Botinos; GALLI, Natália Oliveira; NOVO, Neil Ferreira; PEREIRA, Valdinha Marins (2010). Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista Escola de Enfermagem USP*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ISSN 1980-220X. Nº 2, Vol. 44. p. 445-452.

⇒ TORNQUIST, Carmen (2002). Armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Estado de santa Catarina: *Estudos Feministas*. 2º Semestre.

⇒ VELADAS, Maria. (1997). *Ajudar na sala de partos*. Lisboa: Lidel. 112 p. ISBN 9727570445.

ANEXOS

ANEXO I – HORÁRIO DO ESTÁGIO IV

Horário – Estágio IV – Bloco de Partos

Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
	1 F	1 F	1 FN	1 F	1 F	1
	2 F	2 M	2 M	2 F	2 F	2
	3 M	3 T	3 M	3 M	3 FC	3
	4 T	4 Escola	4 T	4 M	4 FC	4
	5 F	5 T	5 F	5 N	5 F	5
	6 N	6 M	6 T	6 F	6 F	6
	7 F	7 F	7 F	7 M	7 F	7 Escola
	8 Greve	8 F	8 M	8 M	8 F	8 Escola
	9 T	9 F	9 T	9 T	9 F	9 Escola
	10 F	10 T	10 F	10 F	10 M	10 Escola
	11 F	11 M	11 N	11 F	11 T	11 Escola
	12 T	12 M + T	12 F	12 M	12 F	
	13 F	13 F	13 M	13 F	13 N	
	14 Escola	14 F	14 F	14 F	14 F	
	15 F	15 F	15 N	15 F	15 T	
	16 N	16 N	16 M	16 N	16 F	
	17 F	17 M	17 M	17 M	17 F	
	18 M	18 T	18 F	18 M	18 F	
	19 M	19 F	19 T	19 T	19 M	
	20 F	20 N	20 F	20 F	20 M	
	21 N	21 F	21 N + T	21 F	21 F	
	22 F	22 F	22 F	22 M	22 N	
	23 M	23 M	23 F	23 M	23 N	
	24 T	24 FN	24 M	24 F	24 F	
	25 F	25 FN	25 F	25 N	25 M	
	26 N	26 FN	26 M	26 M	26 T	
	27 M + T	27 FN	27 M	27 F	27 F	
28	IM	28 M	28 FN	28 M	28 F	28 N
29	F	29 F	29 T	29 T	29 F	29 F
30	M	30 F	30 T	30 Escola + T	30 F	30 F
31	T		31 FN	31 F	31 T	31 T
3 Turnos	16 + 3 = 19 Turnos	16 + 19 = 35 Turnos	20 + 35 = 55 Turnos	55 + 15 = 70 Turnos	70 + 12 = 82 Turnos	

Manhã (M) – Das 08h00 até às 16h30.

Tarde (T) – Das 16h00 até às 24h00.

Noite (N) – Das 23h30 até às 08h30.

Integração (I)

Folga (F)

Férias do Natal (FN)

Férias do Carnaval (FC)

ANEXO II – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos



Projecto Individual de Estágio

Projecto elaborado por:

Sílvia da Costa, nº 110434002

2º Ano, 2º Semestre

Santarém, 8 de Novembro de 2013



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém
2º CMESMO/5º CPLEESMO



Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos



Projecto Individual de Estágio

Projecto elaborado por:

Sílvia da Costa, nº 110434002

2º Ano, 2º Semestre

Titular da Unidade Curricular: Professora Lurdes Torcato

Professora Orientadora: Professora Olímpia Cruz

Enfermeira Cooperante: Enfermeira Otilia Simões

Santarém, 8 de Novembro de 2013

"O projeto é o rascunho do futuro"

RENARD, Jules

SIGLAS E ABREVIATURAS

- AFU – Altura do Fundo do Útero
- BCF – Batimentos Cardíacos Fetais
- BO – Bloco Operatório
- BSG – Boletim de Saúde da Grávida
- BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
- CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo
- CTG – Cardiotocografia
- DPP – Data Provável do Parto
- DUM – Data da Última Menstruação
- Ed. – Edição
- EPS – Educação Para a Saúde
- ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- ESMOG – Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
- H – Horas
- HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
- IG – Idade Gestacional
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- IO – Índice Obstétrico
- ITP – Indução do Trabalho de Parto
- LA – Líquido amniótico
- Nº – Número
- P. – Página
- PE – Processo de Enfermagem
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- RN – Recém-Nascido
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SV – Sinais Vitais
- TP – Trabalho de Parto
- Vol. – Volume

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	4
1 – PLANO DE ACTIVIDADES POR OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	6
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	37
ANEXO I – CRONOGRAMA.....	38

INTRODUÇÃO

Foi-me proposto no âmbito da unidade curricular Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, realizar um projeto individual de estágio que se insere no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia / 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Com este projeto de estágio pretende-se o delinear de objetivos específicos individuais que me proponho a alcançar ao longo da referida unidade curricular.

Segundo FERNANDES (1999), projeto é “...um processo de planeamento de um conjunto organizado de ações, com vista a atingir determinados objetivos.”

Desta forma, defini como objetivos para este projeto individual de estágio:

- Compreender a importância da elaboração de um plano de atividades;
- Mobilizar conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados;
- Elaborar um plano de atividades no âmbito da ESMO na Sala de Partos, visando o desenvolvimento de competências.

Para que fosse possível realizar tal esboço, demonstrar as minhas intenções de trabalho, por forma a delinear o percurso que me proponho a concretizar, tive que ter em conta os objetivos gerais da unidade curricular:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.

Para que me seja exequível atingir estes objetivos gerais, aquando da elaboração do projeto terei em atenção as competências comuns do enfermeiro especialista; as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica; e as orientações emanadas pelo REPE.

Este Estágio terá a duração de 22 semanas, com início em 28 de Outubro de 2013 e término em 11 de Abril de 2014 (com interrupção para férias de Natal de 23 de Dezembro de 2013 a 3 de Janeiro de 2014). Neste estágio estão previstos momentos de seminário na escola, que compreendem os seguintes dias: 14 de Novembro de 2013, 9 de Janeiro de 2014, 27 de Fevereiro de 2014 e a semana de 7 a 11 de Abril de 2014.

O meu contexto de estágio corresponde ao CHMT – Unidade de Abrantes (Bloco de Partos). De salientar que o meu contexto de estágio se irá estender também à urgência ginecológica e obstétrica pelo facto de estes serviços serem adjacentes ao bloco de partos e pelo facto do bloco de partos por vezes se encontrar sem utentes, havendo então a necessidade de rentabilizar o tempo. De acordo com a DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001), o CHMT – Unidade de Abrantes é considerado um hospital de apoio perinatal.

Relativamente ao horário, este será rotativo, de segunda-feira a domingo, acompanhando o horário da Enfermeira Cooperante, perfazendo um total de 80 turnos, com carga horária de 35 horas semanais. A Enfermeira Cooperante é a Enfermeira Otília Simões, enfermeira especialista em ESMO.

Debruçando-me sobre os objetivos gerais da respetiva unidade curricular, irei conceber neste trabalho académico um capítulo relativo ao plano de atividades para concretizar durante o estágio IV. Neste capítulo irei definir os objetivos específicos, as atividades que prevejo para lhes dar consecução, os recursos necessários e a sua calendarização.

Haverá ainda, no final deste trabalho escrito um anexo, respeitante ao cronograma da calendarização das respetivas atividades a desenvolver (consultar anexo I).

1 – PLANO DE ACTIVIDADES POR OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Neste capítulo, serão definidos os objetivos específicos, as atividades a desenvolver, os recursos necessários e a sua calendarização.

Os objetivos específicos traduzem as minhas necessidades como formanda, tendo em conta que serei a principal dinamizadora da minha aprendizagem.

As atividades a desenvolver serão apresentadas de acordo com o processo de enfermagem (PE) - metodologia científica, ou seja, terão em conta: Avaliação inicial, análise dos dados colhidos, formulação do diagnóstico de enfermagem, planeamento da intervenção, execução do plano de cuidados de enfermagem e avaliação dos cuidados prestados, tal como nos é demonstrado no REPE (DECRETO-LEI Nº 161/96).

Uma vez que não tenho experiência profissional na área da ESMO na Sala de Partos, terei que adquirir/desenvolver todas as competências necessárias para a intervenção como enfermeira especialista na sala de partos, que será aqui espelhado no plano de atividades. Apenas exerci atividade profissional no centro de saúde militar e a prestação de cuidados de enfermagem que lá desenvolvi não se enquadra no âmbito da saúde materna e obstetrícia.

De destacar ainda que este plano de atividades individual terá em conta as seguintes competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), que se pretende desenvolver no Estágio IV:

- A1.** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- A2.** Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- B3.** Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
- D1.** Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.
- D2.** Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Por outro lado, aquando da realização deste estágio IV (ESMO na Sala de Partos), preconiza-se o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica que serão o cerne deste trabalho académico.

Então, para que sejam atingidos os objetivos da unidade curricular, serão tidas em conta as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010):

H1 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

H2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

H3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

H4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

H5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

H6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

H7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Pretende-se que o enfermeiro especialista cuide da mulher/grávida/parturiente/puérpera/RN/família em situação de saúde/doença, no sentido de potenciar o estado de saúde dos indivíduos. Evidencio no entanto que o objetivo primordial do referido estágio é prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/RN/família em situação de saúde e doença

Portanto, tendo em conta a unidade curricular do Estágio IV (ESMO na Sala de Partos), achei pertinente traçar os seguintes objetivos específicos que passo a fundamentar:

1 - Efetuar a caracterização do contexto de estágio.

Este objetivo tem como finalidade proporcionar-me uma adequada integração no local em que me encontro a desenvolver o ensino clínico (CHMT – Unidade de Abrantes – Bloco de Partos), de forma a ficar apta a desenvolver melhores cuidados de enfermagem especializados. Assim, com o alcançar deste objetivo pretendo integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.

Nesta caracterização quero abordar a rede de referenciação materno-infantil, revelar o circuito dos utentes, descrever a estrutura física do serviço, os recursos humanos, os recursos materiais, o método de trabalho e a tipologia de utentes que são acolhidos no respetivo serviço.

2 - Efetuar a auto e heteroavaliação do meu desempenho no percurso do estágio.

Com a consecução deste objetivo pretendo melhorar o meu desempenho e efetuar uma auto-reflexão crítica sistemática. Esta avaliação vai-se efetuar por vários períodos ao longo do estágio e culminará com a reunião de avaliação final.

No decorrer do estágio irei ter vários momentos de reflexão, partilha de experiências e reuniões informais com a enfermeira cooperante, para detetar onde tenho que investir para melhorar o meu desempenho, de forma a obter um melhor rendimento no final do ensino clínico.

Estes momentos servirão como guia orientador para melhorar os aspetos menos positivos da minha atuação e assim conseguir um bom nível na minha prestação de cuidados.

3 - Aprofundar os conhecimentos teóricos lecionados nas diversas unidades curriculares do curso, tendo em conta o âmbito do estágio IV.

Com este objetivo pretendo adquirir/consolidar conhecimentos necessários para a prestação de cuidados especializados, para poder prestar os melhores cuidados possíveis, tendo por base conhecimentos reais válidos.

Considero este objetivo pertinente, uma vez que se constata que tem inerente uma competência comum do enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010): **D2** - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Por outro lado este objetivo também é promotor das competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG (**H1, H2, H3, H4, H5, H6 e H7**), uma vez que para prestar cuidados, desenvolver competências, é necessário ter na base o saber.

De seguida irei apresentar objetivos específicos que podem vir a ser o meu campo de ação enquanto enfermeira especialista, daí achar pertinente a sua formulação. Todos eles permitirão o desenvolver de competências fundamentais que me dizem respeito enquanto enfermeira especialista em ESMOG.

Como já tinha referido, tenho vindo a constatar que no meu local de estágio o número de partos tem vindo a diminuir e portanto na sala de partos tenho assistido a períodos em que não existem utentes internadas. Então, como forma de rentabilizar o tempo e investir no desenvolvimento de mais competências, achei que também deveria incluir no meu plano de atividades a prestação de cuidados na urgência ginecológica e na urgência obstétrica.

4 - Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no domínio da urgência ginecológica, com base no PE.

No que respeita à ginecologia sinto que ainda há muito para aprender pelo facto de o meu curso não ter contemplado estágio no serviço de internamento de ginecologia. Portanto, este objetivo vai-me auxiliar a colmatar esse lapso.

É através deste objetivo que vou conseguir desenvolver as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG: **H1** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; **H5** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; **H6** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e **H7** – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

5 - Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/família no domínio da urgência obstétrica, com base no PE.

Ao fazer a junção do registo de atividades que tenho realizado nos estágios anteriores, apercebi-me que me faltavam realizar alguns exames pré-natais para atingir os números mínimos estipulados para me ser concedido o diploma de enfermeira especialista em ESMO. Assim, neste âmbito da urgência obstétrica terei a oportunidade de efetuar os restantes exames pré-natais que me faltam, daí o meu interesse, para além da fundamentação de rentabilizar tempo quando a sala de partos não tem utentes admitidas.

É importante desenvolver este objetivo uma vez que me vai permitir aperfeiçoar as seguintes competências específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H2** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e **H4** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Por outro lado, também será na urgência obstétrica que terei a oportunidade de receber parturientes e poder interná-las no bloco de partos, efetuando a sua transferência e assim também terei a oportunidade de desenvolver a competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Foi ao ter em conta o objetivo geral deste estágio: Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença que formulei os seguintes objetivos específicos: nº **6, 7, 8, 9, 10 e 11**, uma vez que todos eles vão permitir dar resposta a este objetivo geral, que sem dúvida será o cerne da minha prestação de cuidados durante este estágio IV. São os objetivos específicos aos quais eu pretendo dedicar-me fortemente.

6 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam efetuar a admissão da grávida/parturiente/família no bloco de partos, com base no PE.

É importante desenvolver este objetivo porque para além de responder ao objetivo geral da unidade curricular vai-me possibilitar o desenvolvimento de duas competências específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H2** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (se a grávida entrar para ITP ou em falso TP) e **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (uma vez que é aqui neste estadio que se inicia a prestação de cuidados à parturiente).

Toda a vigilância de trabalho de parto depende da admissão/acolhimento que se efetua à grávida/parturiente/família, por isso pretendo dedicar muita da minha atenção a este objetivo que para mim é de extrema importância.

De salientar que o CHMT – Unidade de Abrantes apenas acolhe grávidas/parturientes com

34 ou mais semanas de gestação. Caso haja uma grávida/parturiente que recorra ao serviço (com menos de 34 semanas de IG) e necessite de internamento, o serviço entra em contacto com o INEM RN que dá indicação do HAPD para qual a grávida/parturiente deve ser transferida. Esta transferência é sempre efetuada por um enfermeiro especialista em ESMO. E caso a situação o justifique, também pode ser necessário um médico obstetra e/ou médico pediatra para a realização desta transferência. Contacta-se o INEM RN com o intuito de eles verificarem qual é o HAPD que tem a vaga mais indicada para receber a respetiva utente, tendo em conta a sua situação clínica.

7 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 1º estadio do TP, com base no PE.

De acordo com GRAÇA (2010), o 1º estadio do TP (dilatação) “decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo. ” Portanto, com este objetivo desejo desenvolver a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Se durante este 1º estadio do TP surgirem complicações ou o TP não estiver a evoluir favoravelmente, pode ocorrer a necessidade de encaminhar a parturiente para o bloco operatório para ser submetida a uma cesariana após indicação médica.

8 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 2º estadio do TP, com base no PE.

O 2º estadio refere-se ao período expulsivo e “começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto” (GRAÇA, 2010). Portanto, vem na continuidade do objetivo anterior e também ele me vai permitir o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em EMOG **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Neste estadio é obrigatória a presença de 2 enfermeiros especialistas, 1 para realizar o parto e outro para receber o RN.

No que concerne a este objetivo irei executar os partos eutócicos. No caso de partos distócicos (por ventosa ou fórceps) ou pélvicos, apenas irei colaborar com o médico, uma vez que este tipo de parto já não é da minha competência.

9 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 3º estadio do TP, com base no PE.

GRAÇA (2010) relata-nos que o 3º estágio do TP se denomina de dequitação e “decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas fetais.” Mais uma vez dá continuidade ao objetivo anterior e permite-me o desenvolver da mesma competência referida anteriormente.

Esta prestação de cuidados não será efetuada às parturientes submetidas a parto distócico por cesariana, uma vez que estas efetuam este estágio do TP no bloco operatório.

10 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 4º estágio do TP, com base no PE.

Este objetivo diz respeito ao último estágio do TP. “O quarto estágio do trabalho de parto dura, em geral, cerca de 2 horas após a expulsão da placenta. É o período da recuperação imediata, em que a homeostase se restabelece. Constitui um período de observação importante, por forma a identificar complicações, tais como hemorragia.” (BOBAK et al., 1999)

Portanto, com este objetivo vou ter a oportunidade de desenvolver as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em ESMOG: **H3** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e **H4** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Mais uma vez, esta prestação de cuidados não será efetuada às parturientes submetidas a parto distócico por cesariana, uma vez que estas efetuam o recobro no bloco operatório, que não é um contexto da nossa ação, tendo em conta que se localiza num piso distinto do bloco de partos. Quem faz a transferência dessas utentes para o internamento de puerpério é o próprio bloco operatório.

11 - Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados imediatos ao RN, com base no PE.

Com este objetivo dou resposta ao objetivo geral da unidade curricular e consigo desenvolver uma competência específica do enfermeiro especialista em ESMOG: **H4** – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Quando me encontrar a efetuar um parto eutócico não prestarei estes cuidados ao RN, uma vez que são prestados por um 2º elemento. Sempre que houver um parto distócico (por fórceps ou ventosa) prestarei os cuidados imediatos ao RN uma vez que estarei liberta para tal. E sempre que ocorrer um parto distócico por cesariana deslocar-me-ei ao bloco operatório para lá prestar estes cuidados e trazer o RN para o bloco de partos enquanto a sua mãe permanece no bloco operatório até acabar o recobro, uma vez que não há a possibilidade de mãe e RN ficarem juntos neste período pós-cesariana (2h após a cesariana).

Estes cuidados imediatos dizem respeito aos cuidados ao RN desde o seu nascimento até 2h depois do parto (altura em que se transfere o RN para o internamento de puérperas em conjunto com a sua mãe). Caso se verifique necessidade o RN pode ter que ser transferido para a neonatologia. Se a sua situação clínica for mais grave, pode ter que se contactar o INEM RN para que este efetue a sua transferência para um HAPD.

Se for necessário o CHMT assegurar a transferência de um RN para outro hospital, esta transferência é efetuada por 1 enfermeiro do serviço de neonatologia.

Geralmente o pediatra encontra-se presente em todos os partos e efetua a avaliação imediata do RN, em conjunto com o enfermeiro especialista em ESMO. Sempre que estiver eminente a ocorrência de um parto, o pediatra é informado de tal facto.

12 - Desenvolver competências cognitivas de forma a elaborar um guia de orientações no bloco de partos.

Estava previsto na unidade curricular contemplar o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia a ser estudado, de acordo com a necessidade e a realidade do contexto do estágio, assim como com as motivações pessoais.

Por isso, quando cheguei ao meu local de estágio questionei sobre as suas necessidades e em conversa informal surgiu a identificação desta carência do bloco de partos: verifica-se a necessidade de se elaborar um guia de orientações no bloco de partos para entregar à parturiente aquando do seu acolhimento que sirva como reforço da informação transmitida.

Sabemos que quando a parturiente é acolhida no bloco de partos traz consigo uma carga de ansiedade que pode prejudicar a apreensão de toda a informação que lhe prestamos, pelo que este guia será um reforço dessa informação veiculada, para que a parturiente consulte para esclarecimento de dúvidas.

Neste guia de orientações pretende-se incluir informação sobre: quais são os estádios do TP, como é que vai decorrer o parto, apelo para a necessidade de manter a bexiga vazia, informar a parturiente de quais as condições necessárias para que possa deambular, ou a partir de quando é que já não pode deambular, necessidade de manter jejum, tipos de respiração que pode adotar para aliviar a dor, que profissionais é que estarão presentes durante o seu trabalho de parto, direitos e deveres do seu acompanhante, etc.

13 – Desenvolver competências que permitam o alívio da dor através da musicoterapia durante o TP.

Pretendo promover o bem-estar da parturiente/RN através da aplicação das novas tendências do cuidar por meio de medidas não farmacológicas de alívio da dor, neste caso, através da musicoterapia. Este é um interesse pessoal que eu detenho e gostava de poder aplicar na prática. Também estou a pensar na musicoterapia como objeto de estudo para o meu relatório

de mestrado, por isso é mais uma justificção para o abordar desta temática que acho interessante.

São vários os estudos que demonstram o poder da musicoterapia durante o trabalho de parto. TABARRO (2010) efetuou um estudo com musicoterapia durante o trabalho de parto, onde conclui que as parturientes experimentaram “um estado de relaxamento mais eficaz nos intervalos das contrações, levando a uma evolução mais amena e eutócica do trabalho de parto, elevando na mulher o limite de tolerância à dor e ao desconforto.”

Com a musicoterapia procura-se favorecer o relaxamento, diminuir os níveis de stress, diminuir a ansiedade e o medo, proporcionar calma, oferecer um estado de serenidade, segurança e bem-estar (ESTEVÃO et al., 2007).

Por isso pretendo desenvolver esta atividade porque está provado que traz benefícios ao desenrolar do TP e é uma ferramenta de que os enfermeiros dispõem para prestar cuidados de qualidade a um custo baixo e de aplicação extremamente fácil.

14 - Desenvolver competências técnicas e cognitivas que permitam efetuar a gestão dos recursos materiais.

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), uma das competências comuns do enfermeiro especialista diz respeito à gestão dos recursos: **C2.1** – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Deste modo, quero ter a oportunidade de desenvolver estas competências que estão inerentes ao desempenho do enfermeiro especialista.

No bloco de partos o responsável de turno efetua a gestão dos recursos materiais em todos os turnos, o que envolve várias tarefas que pretendo ser eu a executar. É necessário verificar a operacionalidade do equipamento de urgência, verificar as condições de armazenamento de determinados fármacos e efetuar a reposição de material através do armazém avançado. Até agora ainda não tinha tido a oportunidade de contactar com o sistema de armazém avançado pelo que esta atividade me vai auxiliar a suprir essa inexperiência.

Após esta fundamentação dos objetivos que pretendo alcançar ao longo do estágio IV (ESMO na Sala de Partos), segue o quadro com os respetivos objetivos específicos, atividades a desenvolver, recursos necessários e sua calendarização.

No que respeita à calendarização dos objetivos a atingir, a sua concretização será faseadamente ao longo do estágio, isto é, de forma a que sejam atingidos em 3 momentos distintos – na 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio (objetivos a curto, médio e longo prazo).

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos Necessários	Calendarização
<p>1 - Efetuar a caracterização do contexto de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita guiada às instalações do serviço em que me encontre a estagiar; - Observação da estrutura física do serviço; - Averiguação dos recursos humanos que integram a equipa multidisciplinar; - Apresentação gradual à equipa multidisciplinar de trabalho; - Desenvolvimento do trabalho de equipa com todos os membros da equipa multidisciplinar; - Observação dos recursos materiais que o serviço contempla; - Observação do método de trabalho; - Averiguação/Observação da tipologia de utentes que o serviço acolhe; - Verificação da área de abrangência do CHMT – Unidade de Abrantes; - Diálogo com a Enfermeira Cooperante e com a restante equipa multidisciplinar acerca das dinâmicas do serviço; - Observação das dinâmicas do serviço; - Esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário; - Averiguação da articulação que se efetua com outros serviços/instituições; 	<ul style="list-style-type: none"> - Documentação existente no serviço (apresentações, folhetos informativos, manuais, normas, protocolos, relatórios). - Serviço em que me encontre a estagiar (Bloco de partos, urgência ginecológica e urgência obstétrica do CHMT – Unidade de Abrantes). - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Até à 5ª Semana de estágio – Curto prazo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguação do circuito de utentes a quem o serviço presta cuidados; - Averiguação dos sistemas informáticos a que o serviço recorre para os registos de enfermagem; - Consulta de documentos que façam referência à caracterização do contexto de estágio (apresentações, folhetos informativos, manuais, normas, protocolos, relatórios); - Realização de pesquisa bibliográfica de interesse. 		
<p>2 - Efetuar a auto e heteroavaliação do meu desempenho no percurso do estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre o meu desempenho ao longo do estágio, destacando os aspetos positivos e os negativos; - Reuniões periódicas informais com a Enfermeira Cooperante, para discussão e reflexão de situações ocorridas durante o estágio; - Avaliação através do preenchimento do instrumento de avaliação do estágio IV (auto e heteroavaliação com a Enfermeira Cooperante); - Reflexão sobre os contributos que o estágio me vai trazer enquanto futura enfermeira especialista em ESMO; - Realização de um diário de bordo onde diariamente efetue uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem por mim prestados; - Aceitação das críticas e melhoramento da minha prestação de cuidados; - Reunião final de avaliação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço em que me encontre a estagiar (Bloco de partos, urgência ginecológica e obstétrica do CHMT – Unidade de Abrantes). - Diário de bordo. - Programação da unidade curricular do estágio IV. - Projeto individual de estágio. - Instrumento de avaliação do estágio IV. - Relatório de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Até à 20ª de Semana de estágio – Longo prazo.

	<p>- Elaboração do relatório de estágio.</p>	<p>- Enfermeira Cooperante. - Professora Cooperante.</p>	<p>- Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>
<p>3 - Aprofundar os conhecimentos teóricos lecionados nas diversas unidades curriculares do curso, tendo em conta o âmbito do estágio IV.</p>	<p>- Revisão e consulta dos conteúdos teóricos lecionados no 1º ano no curso, tendo em conta o âmbito do estágio IV, para consolidação dos conhecimentos;</p> <p>- Identificação das situações/internamentos/consultas mais frequentes no serviço para aprofundar o seu estudo;</p> <p>- Consulta de processos dos utentes internados/consultados no serviço para diagnóstico das situações mais comuns;</p> <p>- Realização de pesquisa bibliográfica, tendo em conta as patologias/consultas/internamentos mais frequentes no serviço;</p> <p>- Reflexão diária sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas para detetar a necessidade de aquisição de conhecimentos;</p> <p>-Esclarecimento de dúvidas com a Enfermeira Cooperante;</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas com a Professora Cooperante.</p>	<p>- Apontamentos/Conteúdos teóricos do 1º ano do curso.</p> <p>- Livros sobre ESMO (tais como BOBAK et al., 1999; WHALEY & WONG, 1999; GRAÇA, 2010).</p> <p>- Artigos científicos.</p> <p>- Meu domicílio.</p> <p>- Processos clínicos.</p> <p>- Serviço em que me encontre a estagiar (Bloco de partos, urgência ginecológica e obstétrica do CHMT – Unidade de Abrantes).</p> <p>- Enfermeira Cooperante.</p> <p>- Professora Cooperante.</p>	<p>- Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>
<p>4 - Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas</p>	<p>- Acolhimento da mulher/família (de onde se destaca o estabelecimento de uma relação de confiança, relação empática e de ajuda).</p>	<p>- Urgência ginecológica do CHMT – Unidade de Abrantes.</p>	<p>- Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>

<p>que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no domínio da urgência ginecológica, com base no PE.</p>	<p>Avaliação inicial da mulher/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivo da ida à urgência/Queixa; - Antecedentes pessoais e familiares; - História ginecológica e obstétrica; - Entrevista à mulher para recolha de dados pertinentes (menarca, DUM, método contraceutivo em uso, rastreios efetuados, hábitos de consumo, etc); - Avaliação dos sinais vitais; - Observação física; - Exame ginecológico; - Despiste de complicações; <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades da mulher/família; <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestação de apoio na consulta médica aquando do exame ginecológico; - Encaminhamento da mulher/família para outros serviços/recursos, sempre que necessário; - Colheita de espécimes para análises laboratoriais; - Realização de EPS conforme necessidades identificadas (estilos de 	<p>- Mulher/família. - Processo clínico. - Normas. - Protocolos. - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante.</p>	<p>prazo.</p>
---	---	--	---------------

<p>5 - Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/família no domínio da urgência obstétrica, com base no PE.</p>	<p>vida saudáveis; infeções sexualmente transmissíveis; anatomia e fisiologia da reprodução; contraceção; rastreio do cancro do colo do útero e da mama; consulta pré-concepcional; menopausa, etc);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Validação dos conhecimentos transmitidos; <p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos precisos e concisos no processo clínico da utente. 		
<p>5 - Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/família no domínio da urgência obstétrica, com base no PE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da grávida/família (de onde se destaca o estabelecimento de uma relação de confiança, relação empática e de ajuda). <p>Avaliação inicial da grávida/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivo da ida à urgência/Queixa; - Avaliação do estado psico-emocional da grávida/família; - Identificação da gravidez, da IG e DPP; - Consulta do BSG e entrevista à grávida para recolha de dados pertinentes (antecedentes pessoais, familiares, obstétricos, ginecológicos, exames laboratoriais, grupo sanguíneo, IO, terapêutica habitual, história da gravidez); - Identificação de hábitos nocivos (consumo de álcool, drogas, tabaco e auto-medicação); - Exame físico da grávida (estado geral, observação física, sinais vitais, combur teste); 	<ul style="list-style-type: none"> - Urgência obstétrica do CHMT – Unidade de Abrantes. - Grávida/família. - Processo clínico. - BSG. - Normas. - Protocolos. - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Até à 20ª de Semana de estágio – Longo prazo.

	<p>- Exame obstétrico da grávida (AFU, manobras de Leopold, auscultação dos BCF/CTG, exame vaginal se indicado);</p> <p>- Despiste de complicações;</p> <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <p>- Identificação das necessidades da grávida/família;</p> <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <p>- Prestação de apoio na consulta médica;</p> <p>- Colheita de espécimes para análises laboratoriais;</p> <p>- Encaminhamento da grávida/família para outros serviços/recursos, sempre que necessário;</p> <p>- Realização de EPS conforme necessidades identificadas (sinais de alarme, desconfortos da gravidez, alimentação, exercício/repouso, desenvolvimento fetal, hábitos prejudiciais à gravidez, sinais de TP, CTG);</p> <p>- Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Validação dos conhecimentos transmitidos;</p> <p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <p>- Registos precisos e concisos no processo clínico da grávida e no BSG.</p>		
<p>6 – Desenvolver</p>	<p>- Preparação do ambiente/equipamento para receção da</p>	<p>- Bloco de partos do CHMT –</p>	<p>- Adquirir até à</p>

<p>competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam efetuar a admissão da grávida/parturiente/família no bloco de partos, com base no PE.</p>	<p>grávida/parturiente/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da grávida/parturiente/família no bloco de partos (de onde se destaca o estabelecimento de uma relação de confiança, relação empática e de ajuda); - Informação à grávida/parturiente/acompanhante do funcionamento e estrutura física do bloco de partos; <p>Avaliação inicial da grávida/parturiente/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussão do plano de parto com a parturiente/família; - Identificação da parturiente (nome pelo qual quer ser tratada, idade, preparação da pulseira de identificação); - Motivo de internamento (verdadeiro ou falso TP, ITP, cesariana eletiva); - Colheita de dados através do BSG e do processo clínico da grávida: antecedentes médicos, história familiar, antecedentes obstétricos e ginecológicos, história de contração, grupo sanguíneo, IG, IO, história da gravidez atual, vigilância da gravidez, intercorrências, resultado do exsudado vaginal e anal (Strepto B), análises laboratoriais, ecografias, terapêutica habitual, hábitos prejudiciais; - Exame físico da grávida (observação física e sinais vitais) - Exame obstétrico da grávida (AFU, manobras de Leopold, CTG, exame vaginal se indicado – características do colo: posição, apagamento, dilatação, integridade das membranas, características 	<p>Unidade de Abrantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grávida/ Parturiente/família. - Processo clínico. - BSG. - Normas. - Protocolos. - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante. 	<p>12ª Semana de estágio – Médio prazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aperfeiçoar até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.
---	---	--	--

	<p>do LA, apresentação, altura da apresentação, variedade e posição);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data da última ingestão de alimentos; - Identificação de suporte familiar; - Despiste de complicações; <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades da parturiente/família; <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação da grávida/parturiente através da colocação da pulseira de identificação; - Preparação física da parturiente para o parto (tricotomia, aplicação de microlax, puncionar veia periférica, colocação de soroterapia, vestuário adequado, jejum); - Colheita de espécimes para análises laboratoriais; - Informação sobre analgesia epidural; - Validação e explicação do consentimento informado; - Explicação dos procedimentos durante o TP; - Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Validação dos conhecimentos transmitidos; <p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos precisos e concisos no SAPE, no processo clínico da 	
--	---	--

<p>7 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 1º estadio do TP, com base no PE.</p>	<p>grávida/parturiente e na central de CTG.</p> <p>Avaliação inicial da parturiente/família (já efetuada); Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem; - Identificação das necessidades da parturiente/família; Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades; Execução do plano de cuidados; - Avaliação dos sinais vitais; - Avaliação da progressão do Trabalho de Parto; - Informação à parturiente/acompanhante sobre a progressão do TP; - Realização das Manobras de Leopold (posição, apresentação e nível de encravamento do feto); - Realização de CTG externa (padrão de contratilidade uterina, FCF, variabilidade, desacelerações, acelerações); - Realização de CTG interno se não for possível a monitorização externa; - Realização de exame vaginal (características do colo: posição, apagamento, dilatação, integridade das membranas, grau de descida, apresentação, posição e variedade da apresentação), pedindo ao acompanhante para se retirar da sala neste momento; - Realização de amniotomia, se indicado; - Administração de soroterapia;</p>	<p>- Bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes. - Parturiente/família. - Processo clínico. - Normas. - Protocolos. - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante.</p>	<p>- Adquirir até à 12ª Semana de estágio – Médio prazo. - Aperfeiçoar até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP; - Incentivação de respiração adequada durante as contrações e repouso entre as contrações; - Promoção do envolvimento do acompanhante; - Incentivação para a parturiente adotar posição confortável e alternar decúbitos laterais de 30 em 30 minutos, para facilitar o fluxo sanguíneo adequado. Se possível incentivar a parturiente para a deambulação; - Prestação de cuidados de higiene e conforto sempre que necessário; - Vigilância da eliminação vesical; - Manutenção do jejum para sólidos (é permitido que a parturiente ingira pequenas quantidades de líquidos claros açucarados); - Administração de fármacos indutores do TP e vigilância dos seus efeitos; - Administração de terapêutica de acordo com os protocolos; - Colaboração na técnica de analgesia epidural/raquidiana/sequencial; - Vigilância de possíveis efeitos secundários da analgesia; - Detecção precoce de situações de risco materno-fetal (avaliação de perdas sanguíneas, SV, características do LA, avaliação do CTG - contractilidade uterina e BCF); - Aplicação de protocolos conforme situações de risco/patologias; 	
--	--	--

<p>8 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 2º estágio do TP, com base no PE.</p>	<p>- Preparação da utente para cesariana, se houver indicação para tal e efetuar passagem de informação para o BO. Verificação pré-operatória. Solicitar a presença de 2 obstetras, 1 pediatra e 1 anestesista para o BO. Transportar utente e incubadora para o BO;</p> <p>- Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Validação dos conhecimentos transmitidos;</p> <p>avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <p>- Registos precisos e concisos no SAPE e no processo clínico da parturiente (partograma).</p>		
	<p>avaliação inicial da parturiente/família (já efetuada);</p> <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <p>- Identificação das necessidades da parturiente/família;</p> <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <p>- Identificação dos sinais de instalação do 2º estágio do TP (dilatação total do colo do útero, coroaamento do polo cefálico);</p> <p>- Preparação do material necessário, colocando-o na mesa de apoio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kit de partos (1 tesoura, 1 porta-agulhas, 1 pinça de dissecação e 2 pinças de Kocher); - Trough de Partos (2 perneiras, 1 bolsa recipiente e 2 panos 	<p>- Bloco de partos do CHIMT – Unidade de Abrantes.</p> <p>- Parturiente/família.</p> <p>- Processo clínico.</p> <p>- Normas.</p> <p>- Protocolos.</p> <p>- Equipa multidisciplinar.</p> <p>- Enfermeira Cooperante.</p>	<p>- Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>

	<p>descartáveis);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bata cirúrgica e luvas esterilizadas; - Campo estéril absorvente para o RN; - Linha de sutura Vicryl 2-0, Lidocaína 2%, seringa 20 ml, 1 agulha de diluição e 1 agulha intramuscular (se utente não tiver sido submetida a analgesia epidural é necessário efetuar a analgesia perineal); - Seringa de 2 ml, 1 agulha endovenosa e 1 tubo de hemograma (para colher sangue do cordão umbilical para tipagem, se mãe com grupo sanguíneo O ou Rh -); - Informação à parturiente/acompanhante sobre a evolução do TP (aproximação do nascimento), solicitando a colaboração de ambos; - Posicionamento da parturiente em decúbito dorsal para realizar esforços expulsivos, com as pernas nas perneiras e a cabeça elevada; - Posicionamento do acompanhante (ao lado da cabeça da parturiente); - Informação do comportamento no período expulsivo (tipo de respiração e manobras de valsalva); - Incentivação para realizar esforços expulsivos durante as contrações e relaxar no intervalo; - Orientações verbais sobre quando deve efetuar força expulsiva; 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do bem-estar materno fetal contínuo (Sinais Vitais e CTG); - Colocação das proteções de calçado, barrete, máscara, bata esterilizada e luvas, quando o período expulsivo estiver eminente; - Colocação dos campos esterilizados e limpeza da área perineal; - Avaliação da elasticidade do períneo e tamanho do feto; - Execução de Episiotomia (incisão médio lateral direita), se necessário; - Amparamento do períneo com compressas durante a expulsão, de forma a evitar lacerações e controlar a velocidade da expulsão da cabeça fetal; - Extração fetal: cabeça fetal, restituição da posição, ombro anterior, ombro posterior e restante corpo fetal; - Importante a pesquisa de circulares cervicais após expulsão da cabeça fetal; - Expressão manual das vias aéreas superiores do RN; - Promoção do estabelecimento da vinculação precoce entre a díade/tríade; - Laqueação definitiva do cordão umbilical (se possível, permitir que o acompanhamento ou a parturiente o efetue); - Colheita de sangue do cordão umbilical quando necessário; - Participação na execução de partos distócicos (ventosa ou fórceps) ou pélvicos; 		
--	---	--	--

<p>9 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante o 3º estágio do TP, com base no PE.</p>	<p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos precisos e concisos no SAPE, no processo clínico da parturiente (partograma) e processo clínico do RN. 		
<p>Avaliação inicial da parturiente/família (já efetuada);</p> <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades da parturiente/família; <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos sinais de descolamento da placenta: Presença de sangue na vagina, aumento do comprimento do cordão umbilical fora da vagina, não recolha do cordão umbilical quando se pressiona o útero e subida do fundo uterino no abdómen; - Realização da dequitação (auxiliar na expulsão natural da placenta); - Identificação da modalidade de dequitação (duncan ou shultze); - Observação da placenta (confirmação da presença de todos os cotilédones, vasos íntegros, tipo de placenta e presença de calcificações ou não); - Observação do cordão umbilical (confirmação dos vasos – 1 veia e 2 artérias); - Verificação da formação do globo de segurança de Pinard; - Avaliação das perdas hemáticas; 	<p>Avaliação inicial da parturiente/família (já efetuada);</p> <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades da parturiente/família; <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos sinais de descolamento da placenta: Presença de sangue na vagina, aumento do comprimento do cordão umbilical fora da vagina, não recolha do cordão umbilical quando se pressiona o útero e subida do fundo uterino no abdómen; - Realização da dequitação (auxiliar na expulsão natural da placenta); - Identificação da modalidade de dequitação (duncan ou shultze); - Observação da placenta (confirmação da presença de todos os cotilédones, vasos íntegros, tipo de placenta e presença de calcificações ou não); - Observação do cordão umbilical (confirmação dos vasos – 1 veia e 2 artérias); - Verificação da formação do globo de segurança de Pinard; - Avaliação das perdas hemáticas; 	<p>- Bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parturiente/família. - Processo clínico. - Normas. - Protocolos. - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante. 	<p>- Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da vagina e períneo (despiste de lacerações); - Realização da episiorrafia ou reparação de lacerações; - Revisão da vulva e do períneo após episiorrafia/perineorrafia (despiste de hematomas ou fissuras); - Prestação de cuidados de higiene perineais; - Colocação de fralda/penso e gelo se necessário; - Incentivação para que a parturiente adote uma posição confortável; - Avaliação do globo vesical (se necessário efetuar esvaziamento vesical para prevenção da atonia uterina); - Administração de ocitocina; - Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Validação dos conhecimentos transmitidos; <p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos precisos e concisos no SAPE e no processo clínico da parturiente (partograma). 		
<p>10 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família</p>	<p>Avaliação inicial da parturiente/família (já efetuada);</p> <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades da parturiente/família; <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente calmo e seguro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes. - Parturiente/família/RN. - Processo clínico. - BSG. - Normas. - Protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.

<p>durante o 4º estágio do TP, com base no PE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico da parturiente (avaliação dos sinais vitais, observação física geral, globo de segurança de Pinard, AFU, períneo, perdas hemáticas); - Avaliação do estado psico-emocional da parturiente; - Identificação de complicações (hemorragia, hematomas, tromboflebite, atonia uterina); - Aplicação de gelo na episiorrafia/perineorrafia para alívio da dor/desconforto; - Observação das mamas e mamilos (verificar a existência de colostro); - Promoção da amamentação na 1ª hora de vida do RN (caso a mãe tenha tomado a decisão de amamentar). Introduzir medidas corretivas sempre que necessário; - Avaliação da vinculação estabelecida entre a diade/tríade; - Promoção do envolvimento do acompanhante, promovendo a vinculação; - Realização da expressão uterina e avaliação das perdas hemáticas; - Incentivação para micção espontânea; - Avaliação de existência de globo vesical e se necessário efetuar esvaziamento vesical; - Promoção de cuidados de higiene à parturiente; - Aplicação de protocolos conforme situações de risco; 	<p>- Equipe multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante.</p>	
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Validação dos conhecimentos transmitidos; - Transferência da puérpera e RN para o internamento de puérperas, transmitindo toda a informação relevante sobre o TP, parto e nascimento. Proporcionado alojamento conjunto. <p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos precisos e concisos no SAPE, no processo clínico da parturiente, processo clínico do RN e BSG. 		
<p>11 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas que permitam prestar cuidados imediatos ao RN, com base no PE.</p>	<p>Avaliação inicial do RN/família;</p> <p>Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades do RN/família; <p>Elaboração de um plano de cuidados a prestar (tendo em conta as necessidades identificadas), estabelecendo as prioridades;</p> <p>Execução do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificação da operacionalidade da sala de reanimação do RN; - Disposição de todo o material necessário para prestar os cuidados imediatos ao RN; - Observação da hora de nascimento; - Colaboração com o pediatra (em cesarianas e em caso de reanimação neonatal); - Receção do RN em campo esterilizado aquecido; - Promoção da vinculação precoce entre a diáde/tríade se o RN estiver 	<ul style="list-style-type: none"> - Bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes. - RN/família. - Processo clínico. - BSJ. - BSG. - Normas. - Protocolos. - Equipa multidisciplinar. - Enfermeira Cooperante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir até à 12ª Semana de estágio – Médio prazo. - Aperfeiçoar até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.

	<p>estável;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secagem e aquecimento do RN no plano inclinado de reanimação; - Avaliação do Índice de APGAR ao 1.º, 5.º e 10.º minutos de vida do RN; - Manutenção da permeabilidade das vias aéreas; - Aspiração de secreções se indicado (no caso de existência de mecónio); - Clampagem definitiva do cordão umbilical; - Colheita de sangue do cordão umbilical se necessário (para criopreservação das células estaminais ou para tipagem se mãe com grupo sanguíneo O ou Rh -); - Prestação de cuidados de higiene ao RN (banho) se indicado (por exemplo, em caso de VIH + materno); - Administração de vitamina K intramuscular (profilaxia da doença hemorrágica); - Avaliação física céfalo-caudal do RN, despistando malformações (observação da pele, mucosas, cabeça, fontanelas, olhos, pavilhão auricular, boca, nariz, pescoço, tórax, mamas, abdómen, coto umbilical, membros superiores, órgãos genitais, ânus, membros inferiores, costas, tónus muscular, postura, reatividade, choro); - Avaliação dos reflexos do RN (sucção, deglutição, pontos cardeais, preensão palmar, preensão plantar, moro, marcha automática, 		
--	--	--	--

	<p>babinsky, rastejar, tônico-cervical);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesagem do RN e avaliação dos respetivo percentil); - Colocação de pulseira de identificação no RN, confirmando os dados com a mãe; - Vestir o recém-nascido com a roupa disponibilizada pelos pais, roupa aquecida; - Promoção de uma interação precoce com o RN, colocação do RN ao pé da mãe/pai/acompanhante para promover vinculação precoce; - Promoção de momentos de privacidade entre a díade/tríade; - Promoção da amamentação, incentivo e auxílio para colocar RN à mama (se a mãe pretender amamentar); - Transferência do RN para a Neonatologia, se situação de risco; - Transferência do RN junto da mãe para o internamento do puerpério; - Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Validação dos conhecimentos transmitidos; <p>Avaliação dos cuidados prestados e reformulação se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registos precisos e concisos no SAPE, no processo clínico da parturiente, no processo clínico do RN, no BSG e no BSJU. 		
<p>12 - Desenvolver competências cognitivas de forma a elaborar um</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião informal com a Enfermeira chefe e com a Enfermeira cooperante para tomar conhecimento das necessidades do serviço; - Realização do guia de orientações no bloco de partos, com 	<p>- Bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes. - Equipa multidisciplinar.</p>	<p>- Até à 12ª Semana de estágio –</p>

<p>guia de orientações no bloco de partos.</p>	<p>linguagem simples e com formato apelativo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica para realizar o trabalho proposto; - Observação das dinâmicas do bloco de partos de modo a espelha-las no guia; - Validação do guia com a enfermeira chefe, com a enfermeira cooperante e com a restante equipa multidisciplinar; - Envio do trabalho por correio eletrónico para a Professora Orientadora para sua validação; - Disponibilização do guia para que entre em funcionamento no bloco de partos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Cooperante. - Enfermeira Chefe. - Professora Cooperante. 	<p>Médio prazo.</p>
<p>13 – Desenvolver competências que permitam o alívio da dor através da musicoterapia durante o TP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica sobre a musicoterapia; - Compilação de músicas para realizar a musicoterapia; - Aquisição de um rádio para realizar musicoterapia; - Pedido de autorização à diretora de serviço e enfermeira chefe do bloco de partos para poder efetuar a musicoterapia durante o TP; - Pedido de autorização à parturiente para efetuar musicoterapia, informando em que consiste e quais as suas vantagens; - Implementação da musicoterapia como uma técnica não farmacológica do alívio da dor; - Incentivação para que a restante equipa de enfermagem recorra 	<ul style="list-style-type: none"> - Bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes. - Equipa de enfermagem. - Enfermeira Cooperante. - Enfermeira Chefe. - Diretora de serviço - Rádio e música. - Parturientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.

	<p>também à musicoterapia;</p> <p>- Avaliação dos resultados da musicoterapia e reflexão sobre o seu uso no bloco de partos durante o TP.</p>		
<p>14 - Desenvolver competências técnicas e cognitivas que permitam efetuar a gestão dos recursos materiais.</p>	<p>- Consulta de protocolos e normas no que se refere à gestão dos recursos materiais;</p> <p>- Mobilização de conhecimentos adquiridos na unidade curricular de gestão em enfermagem;</p> <p>- Diálogo com a Enfermeira Cooperante sobre a gestão de recursos materiais;</p> <p>- Observação da gestão de recursos materiais no bloco de partos;</p> <p>- Efetuação da gestão dos recursos materiais (verificar: operacionalidade do equipamento de urgência, prazo de validade e carga do carrinho de urgência, operacionalidade do material da sala de reanimação neonatal, condições de armazenamento de determinados fármacos, contagem de fármacos estupefacientes presentes no cofre e efetuar a reposição de material através do armazém avançado);</p> <p>- Reflexão sobre a gestão dos recursos materiais.</p>	<p>- Bloco de partos do CHIMT – Unidade de Abrantes.</p> <p>- Normas.</p> <p>- Protocolos.</p> <p>- Enfermeira Cooperante.</p> <p>- Recursos Materiais.</p> <p>- Armazém Avançado.</p>	<p>- Adquirir até à 5ª Semana de estágio – Curto prazo.</p> <p>- Aperfeiçoar até à 20ª Semana de estágio – Longo prazo.</p>

CONCLUSÃO

Este projeto individual de estágio permitiu-me traçar o caminho que quero trilhar ao longo do Estágio IV, concretizando assim um plano de atividades por objetivos específicos que será colocado em acção ao longo destas 22 semanas de estágio.

A implementação deste projeto vai-me permitir desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, destacando-se o âmbito dos cuidados na sala de partos (parturiente/RN/família).

Tive alguma dificuldade ao elaborar este projeto individual de estágio, uma vez que até então foram reduzidos o número de experiências que tive em contexto de estágio.

Espero conseguir alcançar os objetivos que apresentei ao longo deste trabalho, irei-me empenhar nesse sentido. Todavia, é importante referir que este projeto tem um carácter de trabalho inacabado, ou seja, poderá sofrer alterações ao longo do estágio, tratando-se de um trabalho flexível a desenvolver.

A avaliação deste projeto irá constar no meu relatório de estágio, que será entregue após o término do estágio IV.

Em jeito de conclusão, tenho a referir que ambiciono com a concretização deste projeto desenvolver competências que me permitam uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, como futura enfermeira especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⇒ BOBAK; LOWDERMILK; JENSEN. (1999). **Enfermagem na Maternidade**. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 1017 p. ISBN 972-8383-09-6.
- ⇒ DECRETO-LEI Nº 161/96. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**. “Diário da República - I Série.” 205 (04-09-1996). p. 2959-2962.
- ⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001). **Rede de referência materno-infantil**. Lisboa: DGS, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 72 p. ISBN 972-9425-90-6.
- ⇒ ESTEVÃO, Cláudia Sofia Sebastião; SERAFIM, Sandra Cristina Guerreiro Serrão; DUARTE, Sílvia Cristina de Almeida - Musicoterapia em Neonatologia. **Nursing Edição Portuguesa**. Lisboa: Revista de formação contínua em enfermagem. ISSN 0871-6196. Ano 17, Nº 220 (2007). p. 40-43.
- ⇒ FERNANDES, Maria Teresa – Metodologia de projeto. **Revista Servir**. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. ISSN 0871-2379. Vol. 47, Nº 5. (1999). p. 233-236.
- ⇒ GRAÇA, Luís Mendes. (2010) **Medicina Materno-Fetal**. 4ª Ed. Lisboa: Lidel, 756 p. ISBN 978-972-757-654-8.
- ⇒ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 10 p.
- ⇒ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 8 p.
- ⇒ TABARRO, Camila Sotilo; CAMPOS, Luciane Botinos; GALLI, Natália Oliveira; NOVO, Neil Ferreira; PEREIRA, Valdinha Marins - Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ISSN 1980-220X. Nº 2, Vol. 44 (2010). p. 445-452.
- ⇒ WHALEY & WONG, Dona (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1118 p.

ANEXOS

ANEXO I – CRONOGRAMA

ANEXO III – GUIA DE ORIENTAÇÕES NO BLOCO DE PARTOS



BLOCO DE PARTOS

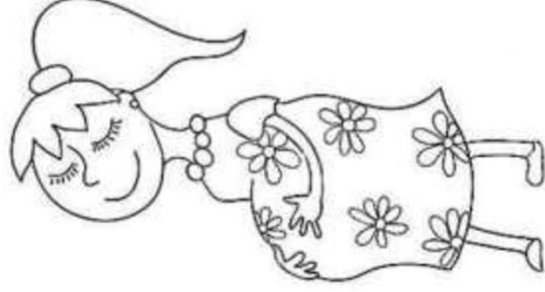
ABRANTES, TOMAR, TORRES NOVAS

GUIA DE ORIENTAÇÕES NO BLOCO DE PARTOS



Desejamos-lhe as maiores felicidades para esta nova etapa da sua vida...

É hoje que vai nascer o seu bebé?



Antes do Parto

- Enquanto estiver no bloco de partos pode ter um acompanhante consigo, desde que esteja em trabalho de parto. Durante alguns procedimentos é possível que seja pedido ao acompanhante para sair da sala.
- Se tiver um Kit para criopreservação das células estaminais avise os profissionais de saúde e entregue-o à entrada.
- Na admissão será colocado um soro que irá manter até 2h pós-parto. Conforme avaliação do profissional, poderá beber pequenas quantidades de líquidos claros (água ou chá).



- Antes do momento do parto vai passar pelo processo de dilatação do colo do útero. Atingirá a dilatação completa quando tiver 10 cm.



- Durante a fase da dilatação os profissionais de saúde vão necessitar de lhe fazer vários toques vaginais para ir verificando a evolução do trabalho de parto.



Depois do Parto

- Após o nascimento do seu bebé, se desejar amamentar, o enfermeiro vai ajudá-la a colocar o bebé a mamar.



- Depois do parto permanece mais 2 horas no bloco de partos para vigilância pós-parto e de seguida será transferida em conjunto com o seu bebé para o internamento (se ambos estiverem com bom estado geral).
- Após chegar ao internamento ser-lhe-á oferecida a sua primeira alimentação pós parto.
- A primeira vez que se levantar será 6h após o parto (se teve um parto vaginal) ou 12h após o parto (se teve cesariana). Mas não se deve levantar sozinha, só com a presença e autorização do enfermeiro que estiver consigo no internamento.
- O horário das visitas no internamento (para onde vai ser transferida após o parto) é o seguinte: o pai do bebé pode estar presente das 14h00 até às 20h00. As restantes visitas podem estar das 14h30 até às 16h30 e das 19h00 até às 20h00 (2 pessoas de cada vez sem contar com a presença do pai).

Durante o Parto

- A partir do momento em que lhe disserem que tem a dilatação completa pode começar a fazer força pois está na hora de ajudar o seu bebé a nascer.
- Quando chegar a hora do parto irão colocar umas perneiras na cama para ficar em posição de parto.



- Durante esta fase deverá seguir as indicações do profissional de saúde que lhe vai fazer o parto, que estará à sua frente.
- Pode ser necessário fazer um corte na vagina (episiotomia) para ajudar a nascer o bebé. Se tal for necessário, após o parto vão-lhe suturar (coser) esta ferida.

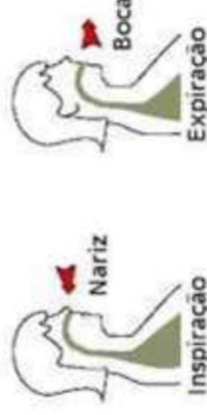


- Logo após o nascimento terá oportunidade de observar e estar em contacto com o seu bebé. Após este primeiro contacto vão levar o bebé para uma sala onde lhe serão prestados os cuidados imediatos pós nascimento: será observado pelo pediatra e enfermeiro, será pesado, aquecido, identificado com pulseira e vestido. Depois de estar quentinho levam o bebé de volta para o seu lado.
- Após o nascimento do seu bebé irá ainda expulsar a placenta.

- Durante esta fase estará ligada ao CTG (registo) que serve para vigiar as contrações do útero e o batimento cardíaco do bebé.



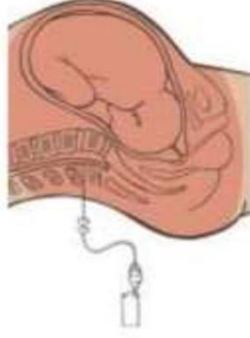
- Sempre que tiver uma contração deverá efetuar respirações profundas ("cheira a flor, sopra a vela"). Quando não tiver contração respire normalmente.



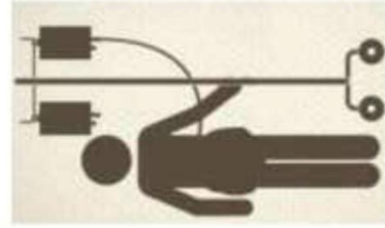
- Nesta fase o bebé (feto) não gosta que a mãe esteja de barriga para cima durante muito tempo.
- Mantenha a bexiga vazia, pois se não urinar frequentemente a bexiga cheia pode ser um obstáculo à descida do bebé.



- Quando achar que as dores das contrações estão a ficar intensas, se for seu desejo, pode solicitar a analgesia epidural que será efetuada pelo médico anestesista. É importante ter a noção que existem determinadas doenças ou alterações nas análises que podem impossibilitar a epidural. Depois de ter a epidural vai ficar com uma braçadeira no braço e um aparelho no dedo para controlar a tensão arterial, o oxigénio e a frequência cardíaca.



- Conforme avaliação do profissional, pode andar por períodos e ir ao WC se ainda não tiver rotura de membranas ("bolsa de águas rota"), se ainda não tiver feito a epidural e se não estiver a fazer CTG (registro).



- Se a sua bolsa amniótica ("bolsa de águas") não rompeu espontaneamente, pode ser necessário que um profissional de saúde faça esta rotura durante a fase da dilatação.



- Quando estiver na fase final da dilatação vai sentir uma pressão nos intestinos, uma vontade de fazer força. Nessa altura deverá avisar o enfermeiro para que seja observada.

- No caso de ter que ser submetida a uma cesariana vamos levá-la ao bloco operatório. Se durante a cesariana não estiver sob anestesia geral, terá oportunidade de conhecer o seu bebé após o nascimento. O pai não pode assistir à cesariana, mas se ficar na sala de espera, após a cesariana poderá ficar com o seu bebé durante algum tempo, antes de o levarmos para o internamento. A partir de 2h após a cesariana a mãe será transferida para o internamento, onde o seu bebé estará com os enfermeiros à sua espera.



ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MUSICOTERAPIA NO BLOCO DE PARTOS DO
CHMT – UNIDADE DE ABRANTES

MUSICOTERAPIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO



Todos os enfermeiros devem ter a preocupação de se empenharem constantemente para a busca e alcance da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta melhoria da qualidade dos cuidados pode ser conseguida, por exemplo, através das novas formas do cuidar, como é o caso da musicoterapia durante o trabalho de parto.

Tal como nos refere ESTEVÃO et al. (2007), a musicoterapia é uma forma de tratamento que recorre a uma manifestação sonora, com o intuito de produzir efeitos terapêuticos. A música é um estímulo agradável, de fácil acesso e a sua única contra-indicação é a epilepsia musicogénica (ARVEILHER, 1985, citado por ESTEVÃO et al., 2007).

São vários os estudos que demonstram o poder da musicoterapia durante o trabalho de parto.

Com a musicoterapia procura-se favorecer o relaxamento, diminuir os níveis de stress, diminuir a ansiedade e o medo, proporcionar calma, oferecer um estado de serenidade, segurança e bem-estar (ESTEVÃO et al., 2007).

“Para os adeptos da musicoterapia, evidencia-se uma sensação de paz, alegria, tranquilidade, descontração e bem-estar.” (BACKES et al., 2006, citado por FONSECA et al., 2006).

A música mais propícia para realizar musicoterapia será a música clássica, tendo em conta que possui a capacidade de regularizar o ritmo cardíaco (MABILE, 1990, citado por NUNES, 2009).

Foi efetuado um estudo com musicoterapia durante o trabalho de parto, onde se conclui que as parturientes experimentaram “um estado de relaxamento mais eficaz nos intervalos das contrações, levando a uma evolução mais amena e eutócica do trabalho de parto, elevando na mulher o limite de tolerância à dor e ao desconforto.” (TABARRO et al., 2010)

Concluindo, esta é uma ferramenta de que os enfermeiros dispõem para prestar cuidados de qualidade a um custo baixo e de aplicação extremamente fácil. A musicoterapia é uma terapia sem dor, simples de se usar e económica.

BIBLIOGRAFIA

ESTEVÃO, Cláudia Sofia Sebastião; SERAFIM, Sandra Cristina Guerreiro Serrão; DUARTE, Sílvia Cristina de Almeida - Musicoterapia em Neonatologia. *Nursing Edição Portuguesa*. Lisboa: Revista de formação contínua em enfermagem. ISSN 0871-6196. Ano 17, Nº 220 (2007). p. 40-43.

FONSECA, Karyne Cristine; BARBOSA, Maria Alves; SILVA, Daniela Gonçalves; FONSECA, Keylla Virginia; SIQUEIRA, Karina Machado; SOUZA, Marcus Antônio - Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Goiás: Universidade Federal de Goiás. ISSN 1518-1944. 8 (3). (2006). p. 398-403.

NUNES, Patricia Alexandra Oliveira - Experiência auditiva no meio intra-uterino. *Psicologia: O portal dos psicólogos*. ISSN 1646-6977. (2009). 15 p.

TABARRO, Camila Sotílo; CAMPOS, Luciane Botinos; GALLI, Natália Oliveira; NOVO, Neil Ferreira; PEREIRA, Vaidinha Marins - Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista Escola de Enfermagem USP*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ISSN 1980-220X. Nº 2, Vol. 44 (2010). p. 445-452.

Por isso, venho por este meio solicitar **autorização** para realizar musicoterapia no bloco de partos do CHMT – Unidade de Abrantes, durante o trabalho de parto às utentes que eu acompanhar no meu período de estágio.

A requerente

Aluna da Especialidade de Saúde Materna e Obstetria

Sílvia da Costa

Os autorizantes

Diretor do Bloco de Partos

José Tiago

Enfermeira Chefe do Bloco de Partos

Ilênia da Cruz de Sousa Fernandes Baptista Casimiro

ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pedido de autorização para a realização das entrevistas

Eu, Enfermeira Sílvia da Costa, estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da colaboração de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia na resposta a uma entrevista.

Por isso, venho por este meio pedir autorização à enfermeira chefe do bloco de partos para realizar entrevista a 5 enfermeiros especialistas.

Asseguro a confidencialidade das entrevistas e comprometo-me a usá-las apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Também peço autorização para gravar as respetivas entrevistas em meio áudio para posteriormente as transcrever.

Estas são as questões que constituem a entrevista:

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada?

Porquê?

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

Autorizo, A Enfermeira Chefe do Bloco de Partos

ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista

Estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da sua colaboração na resposta a esta entrevista.

Asseguro a confidencialidade da entrevista e comprometo-me a usá-la apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Dá-me autorização para gravar a entrevista para posteriormente a transcrever?

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada? Porquê?

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Costa.

ANEXO IV – ENTREVISTA Nº 1

Entrevista nº 1

Estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da sua colaboração na resposta a esta entrevista.

Asseguro a confidencialidade da entrevista e comprometo-me a usá-la apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Dá-me autorização para gravar a entrevista para posteriormente a transcrever?

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

Existem muitas, não é? Desde que sejam confortáveis à parturiente e que nos permitam a nós fazer o trabalho de parto. Para além da posição supina que nós usamos mais, as posições lateral no leito, sentada na cama também adaptando a cama e há posições ainda de cócoras que alguns hospitais permitem e que têm o assento adequado. Aqui não é possível, porque não temos o banquinho nem condições para poder vigiar.

Para mim todas as que sejam mais na posição vertical auxiliam por causa da gravidade, sentadas, nem que seja de cócoras na cama, porque acho que a ajuda da gravidade facilita muito em termos da descida da apresentação. E depois também a posição confortável à parturiente e ela própria se calhar consegue colaborar melhor estando numa posição mais anatómica, mais fácil de adaptar.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada? Porquê?

Aqui no local, a de supina, a posição mesmo de posição conhecida de posição de parto, a senhora nas perneiras.

Se calhar porque é a que está mais institucionalizada e às vezes alguns profissionais não são tão renitentes à mudança, mas às vezes ainda conseguimos mais por períodos mais emergentes ou se tem pouco tempo para, acontece que às vezes tenhamos na cama de lateral, na posição lateral. E ainda aqui às vezes, há o facto de as senhoras terem a epidural, por exemplo de cócoras não permite por causa do bloqueio.

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

Aqui é mesmo as medidas institucionalizadas e às vezes alguns outros profissionais não aceitam muito bem. O facto da epidural também que vai impossibilitar. E às vezes, que são a maior parte das senhoras também, que nesta fase já estão com roturas, têm roturas precoces, que depois também impedem que estejam muito tempo noutra posição, em posição vertical.

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

Com trabalho de equipa, formação e vontade e motivação, eu acho que sim. Não digo que a todas, mas que grande parte ou algumas senhoras que o desejassem, que o poderíamos fazer.

Formação, apoio da equipa, consenso, que tem que haver concordância e em algumas senhoras, não digo em todas, mas em algumas sim. Porque até nos dias de hoje já há muita tendência às senhoras a quererem tudo mais para o natural e que algumas também nem, até que gostariam de tentar sem analgesia epidural e deambulando se calhar elas até tinham melhor tolerância à dor e se calhar nem optavam tão cedo por então optar pela analgesia epidural.

Se calhar com algum material seria mais facilitado, como a de cócoras, tendo a banco de cócoras para facilitar, também a de cama sentada dá, que em vez de pôr as pernas nas perneiras, tem o coiso de segurar a mão. Mas se calhar se comesçassem por implementar, depois toda a equipa iria indo fazer.

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Costa.

ANEXO V – ENTREVISTA N° 2

Entrevista nº 2

Estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da sua colaboração na resposta a esta entrevista.

Asseguro a confidencialidade da entrevista e comprometo-me a usá-la apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Dá-me autorização para gravar a entrevista para posteriormente a transcrever?

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

Na minha opinião, apesar da experiência ainda ser pequena, mas existem diversas posições que se podem utilizar e que também se deve de ir de acordo à vontade que a parturiente poderá ter, dependendo sempre da segurança que isso possa implicar para o recém-nascido e para a parturiente, mas acho que sim que devemos de utilizar várias posições de acordo com o que for permitido na altura, claro.

É a posição de litotomia, também já vi em posição lateral, uma litotomia mas lateral, de pé, as verticais e pronto, penso que são aquelas que eu conheço, mais usuais.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada? Porquê?

A habitualmente utilizada na minha experiência realmente, é a de litotomia, sim.

Penso que, tendo em conta também todo o material que nós temos aqui é a mais prática e aquela que as pessoas também vêm mais preparadas e que se calhar a que estamos mais habituadas a fazê-la. Penso que é essa a razão, o que não impede que se possam utilizar outras que também sei que às vezes utilizamos cá, quando as pessoas trazem plano de parto e têm mesmo outras opções.

É assim, a natureza não é, a posição de vertical seria realmente a posição mais facilitada para o bebé e às vezes até para a mãe, no entanto, às vezes para nosso controle da situação, eu penso e se calhar é por isso que é mais utilizada também, que é a posição de litotomia é a mais utilizada e a mais facilitada.

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

A decisão, a decisão da mãe, da parturiente, neste caso, e o bem-estar do bebê e da mesma. E realmente o facto de a gente habitualmente utilizar mais a posição de litotomia à partida levamos a acabar por seleccionar essa. Mas se a parturiente tiver outra opção ou outro desejo, se for possível sim, também utilizamos. Penso que a decisão é do casal, não é? E da parturiente, é um dos fatores que influencia.

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

Sim, considero que é possível, apesar de não se verificar muito, mas verifica-se nas situações em que as parturientes vêm mesmo com essa ideia, sim. E de acordo com o conforto e com, na altura do período expulsivo delas, é possível facultar essa possibilidade.

Sim já fizemos isso, e se o bebê estiver bem conseguimos e conseguimos apesar de não termos ainda o CTG portátil. Mas ainda há pouco tempo tivemos aí uma situação, que a senhora trazia plano de parto e era uma das opções da senhora, não sei se ela acabou realmente por parir nessa posição, mas sim é possível.

Falta o CTG portátil, que facilita mais. Depois elas não têm tanto manuseamento, não há tanta possibilidade de ambular, ligada sempre/constantemente ao CTG para podermos vigiar o bem-estar do bebê, se calhar seria uma mais-valia, se isso comesse a existir aqui no serviço. Portanto, mas o resto penso que nos permitiria realizar partos nessa posição, se calhar tínhamos de fazer aí algumas adaptações, mas penso que é possível.

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Costa.

ANEXO VI – ENTREVISTA Nº 3

Entrevista nº 3

Estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da sua colaboração na resposta a esta entrevista.

Asseguro a confidencialidade da entrevista e comprometo-me a usá-la apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Dá-me autorização para gravar a entrevista para posteriormente a transcrever?

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

Olha, eu conheço várias, tive oportunidade de, não tive grandes oportunidades, mesmo em estágio de fazer partos por exemplo, como existe aqueles partos no banco, embora tenha feito estágio com esse enfermeiro. No período expulsivo no Garcia da Horta, por exemplo, nós permitíamos às senhoras ficarem, não é no período expulsivo, mas pronto, na descida, é, vá lá, no período expulsivo, quando o bebé estava a descer nós às vezes permitamos que elas ficassem semi sentadas com as pernas pendentes, mas também era uma maca, não era uma cama, pronto era uma maca estreita em que elas conseguiam pôr-se debruçadas às vezes sobre, sei lá, não era bem sobre a cama, mas conseguiam ficar sentadas em cima da maca para facilitar a descida do bebé. Sim, que elas, os partos que costumam estar em posição supina, também é aquilo que utilizamos aqui. E de cócoras nunca vi, quer dizer, mentira, fiz um na urgência, fiz um na urgência há pouco tempo, porque não tivemos tempo para mais, a senhora levantou-se, fez, colocou-se em posição de cócoras, fez força e o bebé nasceu ali. Muito bem, foi um parto que correu muito bem. Deitados e de pé foi basicamente estas que no internamento, lá no, no internamento não, no bloco de partos lá no Garcia fazíamos, permitíamos que elas mesmo deambulassem com a bolsa rota, porque às vezes o facto da gravidade ajuda bastante e aqui não, passamos a vida a deitá-las na cama e têm que fazer força de barriga para o ar e não têm apoios de pés por exemplo.

Sem dúvida que a posição vertical ajuda sempre, não é? Acho eu, na minha opinião, embora aqui seja um bocadinho difícil de implementar, mas mesmo às vezes com bolsa rota, e quando não há risco de prolapso do cordão, às vezes elas podiam até fazer algum trabalho de parto de pé, deambular que é uma coisa que aqui não deixamos, bolsa rota é igual a ir pra cama. No Garcia da Horta não, desde que não houvesse, por exemplo, ali um trabalho de parto muito muito avançado, se a cabeça tava apoiada, dava para elas deambularem e tudo, que ajuda, facilita em termos da

gravidade. Eu acho que sim, o parto na vertical seria sempre muito mais fácil, do que um parto na horizontal.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada? Porquê?

Oh, tem que ser, são sempre deitadas, as senhoras são deitadas e têm que fazer força deitadas. Embora lá está, por vezes quando somos nós a decidir, quando um parto é um parto aparentemente será um parto natural, natural, um parto normal e que sejam os enfermeiros muitas vezes a decidir as posições, muitas vezes facilitamos um parto de lado, se for possível e estiver tudo a correr bem, ver o bem-estar materno fetal. Muitas vezes podemos até proporcionar um parto de lado, já aconteceu as senhoras estarem de lado a fazer força, a puxar e o bebé nasce e nós estamos ali e eles às vezes nascem perfeitamente de lado. Mas habitualmente aquilo que se utiliza é o parto deitadas e fazem força deitadas.

Porque é institucional, é assim, nenhum dos médicos e a maioria da equipa não está preparada para permitir às senhoras fazerem muito mais do que isto. É institucionalmente, é aquilo que se utiliza e quem foge às vezes a isso é assim um bocadinho visto, não estou a dizer que é mal visto mas se calhar o pessoal fica assim a comentar e a olhar de lado, será? Hum hum, mas pronto.

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

Porque habitualmente é assim, habitualmente é isso que a maioria das pessoas faz. Obviamente que se eu conseguir ver que há um bem-estar materno fetal e que a senhora até está a colaborar perfeitamente e a progressão está-se a dar bem, por exemplo de lado, eu também tenho a autonomia para decidir se o parto se vai dar de lado ou não, mas habitualmente é quase um fator, é quase certo que as mulheres parem de barriguita para o ar, portanto na posição litotomia. É o institucionalizado.

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

É assim, possível é, possível é sempre. Agora habitualmente não é muito frequente, a maioria das pessoas faz o parto nessa posição. Agora verticais não, não me parece, aqui não se fazem. Decúbito lateral, lá está, da nossa avaliação e às vezes, muitas vezes quando são só os enfermeiros que fazem a avaliação e o trabalho de parto e acompanham o trabalho de parto inteiro,

muitas vezes, muitas vezes não são muitas vezes, mas existem enfermeiros que o fazem na posição lateral e muitas vezes sem colocar perneiras, sem nada dessas coisas, um parto na cama, mas um parto em que a senhoras têm alguma liberdade para se posicionarem e os bebês nascerem em decúbito lateral.

Verticais, sinceramente aqui não vi ainda, também estou cá há pouco tempo mas não vi. Vi aquele que nasceu de urgência e que eu só tive tempo de me ajoelhar e a senhora fez força e eu recebi o bebê, mas isso não é o hábito.

Acho que era primeiro necessário mudar as mentalidades, as mentalidades acima de tudo, e parece-me a mim que às vezes nem tanto as mentalidades dos enfermeiros, mais em termos de equipa médica, porque se eles fossem um bocadinho mais abertos, neste aspeto, eu acho que os enfermeiros iam aderir, a maioria de nós. Toda a gente diz: ai porque aqui é assim porque toda a gente faz assim! Mas acho que se houvesse uma abertura da equipa médica e se houvesse um ou outro dos colegas que começasse a praticar, possivelmente a equipa até iria aderir e as coisas até iriam correr nesse sentido. Mas enquanto os médicos não aceitarem também é um bocadinho difícil.

E formação é claro que sim, eu acho que sim, e até eu gostava e acho que é muito facilitador, mas se calhar sozinha a tomar conta de um trabalho de parto assim na vertical, fico naquela, não é? Vamos ver como é que corre, mas sim claro que sim, acho que a formação seria essencial, porque aqui toda a gente está habituada a trabalhar com a senhora deitadinha e depois há fatores que a gente não vai conseguir controlar.

A nível de material para o parto em si, não sei, porque também nunca fiz nenhum, mas em termos de vigilância do trabalho de parto, existe realmente aqui a falta dos registos portáteis por telemetria, aqueles registos, os CTG que há ligados por telemetria aos monitores e essas coisas todas, que existem no Garcia de Horta e que permitiam que elas fizessem quase o trabalho de parto inteiro em pé, a deambular, com as bolas, com esse tipo de material que alivia a dor e que nem sequer faziam analgesia epidural, muitas delas e conseguiam controlar perfeitamente. Na cama ficam ali, obrigam-nas a ficar ali na cama e elas têm de permanecer um trabalho de parto inteiro ali.

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Costa.

ANEXO VII – ENTREVISTA Nº 4

Entrevista nº 4

Estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da sua colaboração na resposta a esta entrevista.

Asseguro a confidencialidade da entrevista e comprometo-me a usá-la apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Dá-me autorização para gravar a entrevista para posteriormente a transcrever?

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

Eu normalmente faço a posição que se faz mais frequentemente no nosso serviço, porque há pouca, há muitos entraves para nós podermos utilizar posições diferentes, e então eu costumo utilizar a posição que nós costumamos utilizar mais (litotomia).

Conheço, por exemplo, a posição de cócoras, só que essas posições eu só vi uma vez uma colega fazer um parto nessa posição e já vi também essa colega a fazer um parto em posição de lado, também fez, mas só vi mesmo ela. Há pouca abertura e nós também temos pouca experiência de fazer os partos nessas posições e então nós não costumamos fazer, eu que não costumo utilizar também outros tipos de posições.

Eu penso que realmente a posição de sentado ou posição em cócoras que é muito mais fácil, não é? Para a parturiente. Só que realmente não, eu própria não costumo utilizar muito.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada? Porquê?

Litotomia, porque é, está mais enraizada.

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

Não ter experiência. Tenho muito pouca experiência a nível de efetuar partos, é mesmo essa que costumo utilizar.

Não é que não tenha abertura de fazer, só que depois e eu acho que toda a parte de trás, não é? Não ajuda muito e depois nós ficamos sempre naquela, naquele medo, insegurança de às

vezes, de investirmos nesse tipo de posições novas, por falta de experiência, e por falta de todo o ambiente, tá a perceber? E então eu acho que precisamos todos, acho que a equipa toda de evoluir muito para conseguirmos ter a abertura e depois também ganharmos experiência e termos à vontade para podermos utilizar esse tipo de posições, não é?

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

Eu acho que sim.

Se calhar, lá está, formação, mas não era só da parte de enfermagem, se calhar também uma envolvência a nível da parte dos médicos para nós todos podermos avançar, todos em consonância.

Eu acho que esse parto depende muito do médico que está atrás, está a perceber? Porque ou nós não, porque eu ultimamente tenho verificado que como há muitos internos que eles gostam muito de fazer a vigilância do parto e então, tá perceber? Eles próprios fazem e quando nós fazemos também há pouca abertura nesse tipo de sentido, acho que é mais nesse tipo de sentido, tinha que haver mais abertura, evolução, formação para nós podermos avançar nesse tipo de sentido. Mas eu acho que era muito mais valia para as puérperas, para as grávidas.

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Costa.

ANEXO VIII – ENTREVISTA Nº 5

Entrevista nº 5

Estou a realizar um trabalho de mestrado sobre as posições de parto (no período expulsivo) e necessito da sua colaboração na resposta a esta entrevista.

Asseguro a confidencialidade da entrevista e comprometo-me a usá-la apenas no âmbito do meu trabalho de mestrado.

Dá-me autorização para gravar a entrevista para posteriormente a transcrever?

1 – Gostaria de saber a sua opinião sobre as diferentes posições de parto.

As diferentes posições de parto, penso que são bastante importantes, principalmente para a senhora em si, desde que seja compatível, deveria ser de acordo com aquilo que a senhora pretende.

Conheço a lateral, a posição normal que nós usamos e também pode fazer em cócoras, também dá para fazer.

Eu penso que a posição de cócoras irá ajudar bastante porque ajuda a descer muito mais o bebé.

2 – Na sua prática profissional quais são as posições de parto que habitualmente utilizada? Porquê?

Então nós normalmente utilizamos a posição dorsal, é a prática do serviço. É mesmo prática do serviço e habituamo-nos a fazer assim, daí que a maior dificuldade, se calhar é aplicar outras posições.

3 – Que fatores influenciam a sua decisão de realizar o parto nessa posição?

É o que eu estava a dizer, acho que é praticamente o hábito de fazermos nessa posição, estamos tão habituados que chega a aquela altura que colocamos naquela posição.

4 – No seu local de trabalho, considera ser possível facultar às parturientes posições de parto não supinas (posições verticais ou em decúbito lateral)? Porquê?

Sim, para já a cama dá para adaptar a outra posição, e eu acho que é fácil, é uma questão de as pessoas se habituarem a fazerem e se sentirem seguras a fazer, principalmente a segurança.

É possível, embora nos deixe um bocado inseguras porque é uma coisa que não estamos habituadas a fazer, mas é possível fazer.

Necessitamos de formação e prática

Às vezes poderá haver entrave pela parte dos médicos, mas... Renitentes a essas posições porque há alguns que são renitentes e outros não.

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Costa.

ANEXO IX – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Temas	Unidades de Registo				
	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5
Posições de parto habitualmente utilizadas e sua justificação	- “supina” - “é a que está mais institucionalizada”, “alguns profissionais renitentes à mudança”, “há o facto de as senhoras terem a epidural”, “roturas”	- “litotomia” - “é a mais prática e aquela que as pessoas também vêm mais preparadas e a que estamos mais habituadas a fazê-la”, “para nosso controle da situação”, “a mais facilitada”	- “deitadas” - “é institucional”, “a maioria da equipa não está preparada para permitir muito mais do que isto”	- “Litotomia” - “porque é, está mais enraizada”, “não ter experiência”, “medo, insegurança”	- “posição dorsal” - “é a prática do serviço”, “habituo-nos a fazer assim”
Recursos necessários para facultar às parturientes posições de parto não supinas	- “com trabalho de equipa, formação e vontade e motivação, eu acho que sim”, “apoio da equipa, consenso”, “com algum material seria mais facilitado”	- “falta o CTG portátil”, “tínhamos de fazer aí algumas adaptações”	- “necessário mudar as mentalidades, mais em termos de equipa médica”, “abertura da equipa médica”, “formação seria essencial”, “material”	- “formação, se calhar também uma envolvência a nível da parte dos médicos”, “há pouca abertura”, “evolução, formação”	- “é uma questão de as pessoas se habituarem a fazerem e se sentirem seguras”, “necessitamos de formação e prática”, “poderá haver entrave pela parte dos médicos, renitentes a essas posições”

ANEXO X – CRUZAMIENTO DOS DESCRITORES

Número de artigos pesquisados nas bases de dados, segundo cada descritor individualmente

Descritor	CINAHL Complete + MEDLINE Complete + MedicLatina
Nurs*	246278
Midwi*	21856
Labor	15554
Posture	7303

Número de artigos pesquisados nas bases de dados, através da conjugação de cada um dos descritores com os restantes

Descritor	CINAHL Complete + MEDLINE Complete + MedicLatina
Nurs* AND Midwi*	12994
Nurs* AND Labor	3650
Nurs* AND Posture	360
Midwi* AND Labor	1631
Midwi* AND Posture	32
Labor AND Posture	84

Conjugação dos descritores, usados para a pesquisa de artigos final

Descritor	CINAHL Complete + MEDLINE Complete + MedicLatina
Nurs*	246278
Nurs* AND Midwi*	12994
Nurs* AND Midwi* AND Labor	708
Nurs* AND Midwi* AND Labor AND Posture	16

ANEXO XI – RESULTADO FINAL DOS ARTIGOS A ANALISAR

The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor

CEU

Marianne J. Nieuwenhuijze, RM, MPH, Lisa Kane Low, CNM, PhD, Irene Korstjens, PhD, Toine Lagro-Janssen, MD, PhD

Introduction: Through the use of a variety of birthing positions during the second stage of labor, a woman can increase progress, improve outcomes, and have a positive birth experience. The role that a maternity care provider has in determining which position a woman uses during the second stage of labor has not been thoroughly explored. The purpose of this qualitative investigation was to explore how maternity care providers communicate with women during the second stage of labor regarding birthing position.

Methods: A literature-informed framework was developed to conduct a process of deductive content analysis of communication patterns between nulliparous women and their maternity care providers during the second stage of labor. Literature discussing shared decision making, control, and predictors of positive birth experiences were reviewed to develop a coding framework. The framework included the following categories: listening to women, encouragement, information, offering choices, and style of support. Forty-one audiotapes of women and their maternity care providers during the second stage of labor were transcribed verbatim and analyzed.

Results: Themes identified in the transcripts included all those in the analytic framework, plus 2 added categories of communication: empathy and interaction. Maternity care providers in this study enabled women to select various birthing positions using a dynamic process that moved between open, informative approaches and more closed, directive approaches, depending on the woman's needs and clinical condition. As clinical conditions unfolded, women became more actively involved in shared decision making regarding birthing positions, and maternity care providers found the right balance between being responsive to the woman's questions or directives.

Discussion: Enabling shared decision making during birth is not a linear process using a single approach; it is a dynamic process that requires a variety of approaches. Maternity care providers can support a woman to use different birthing positions during the second stage of labor by employing a flexible style that incorporates clinical assessment and the woman's responses.

J Midwifery Womens Health 2014;59:277–285 © 2014 by the American College of Nurse-Midwives.

Keywords: birthing position, choice, physiologic birth, shared decision making, woman-centered care

INTRODUCTION

In the second stage of labor, how women and their maternity care providers approach decisions regarding birthing positions is important; these decisions can influence clinical outcomes. Women's involvement in decision making has been shown to have a profound effect on their birth experiences and satisfaction with care.^{1–3} However, research on the involvement of women in decision making in maternity care, including the selection of a position for birth, has primarily been framed as control during the birth experience, and the process of shared decision making has not been widely studied. Using women's birth stories, VandeVusse explored how sharing control contributed to the decision-making process and women's positive emotions regarding the birth experience.⁴ Her conceptualization of control was focused on women's active involvement in decision making. However, others have emphasized that the degree to which women want to participate in decision making regarding their care might vary.^{5,6} Women's

involvement also seems to surface from feeling that they could challenge decisions made by others if the need arises instead of making decisions themselves.⁷ Women who felt supported enough by people present at the birth "to let go," rather than trying to assert control over events or over behavior, also reported positive birth experiences.⁸

In a survey of 1573 US women who had given birth in the hospital at least once, researchers highlighted the complexity of women's involvement in decision making during childbirth.⁹ Most women (73%) said they should make decisions after consulting their maternity care providers, whereas 23% indicated that shared mother-caregiver decision making was a means to come to the final decision about an option or choice. How shared decision making during birth is or is not enacted regarding the selection of birthing positions during the second stage of labor is an area that has yet to be explored.

Other researchers have indicated that the ability to change positions and women's ability to determine which positions are used affect their satisfaction with the birth experience and sense of control.^{10–12} Currently, there is no evidence that one specific position is optimal.^{13–15} When maternity care providers are attentive to the dynamic process of birth and open to changing positions during labor, this approach might be more beneficial than only using one position.¹⁶ This seems

Address correspondence to Lisa Kane Low, CNM, PhD, School of Nursing and Department of Women's Studies, University of Michigan, 400 North Ingalls, Suite 3320, University of Michigan School of Nursing, Ann Arbor, MI, 48109. E-mail: kanelow@umich.edu



Quick Points

- ◆ Maternity care providers offer a range of responses to support women in choosing birthing positions in the second stage of labor.
- ◆ The use of a flexible style in which maternity care providers move from being open and supportive to directive depending on the clinical circumstances appeared to be most associated with promoting the use of multiple birth positions.
- ◆ A framework that includes listening to women, encouragement, information, offering choices, empathy, style of support, and interaction offers an approach to analysis of maternity care provider communication and shared decision making during the process of labor and birth.

especially significant in longer second stages of labor or for women who receive epidural analgesia when a change of position may contribute to the comfort of the woman, the alignment of the fetus with the pelvis, and progress toward birth.¹⁷⁹ In observational studies of women giving birth in nonprescriptive environments in which they were encouraged and supported to choose their own positions, women tended to use a variety of positions during the second stage of labor, as opposed to a single position.^{18–20}

Women do not have equal access to the use of different birthing positions or to an involvement in decisions about the position to use.^{21,22} Aspects of shared decision making regarding birthing position include how much maternity care providers support and enable women to explore preferences in birthing positions and identify comfortable and effective positions to support progress.^{16,20,23–25} In prior studies, researchers suggested that women value the support that maternity care providers can offer, but they also want to have an influence on the decisions regarding birthing positions in conjunction with maternity care providers.¹⁵

Insight into the interaction between women and maternity care providers regarding birthing positions during the second stage of labor can contribute to a better understanding of how to involve women in shared decision making regarding other aspects of care during birth. The aim of this qualitative study was to explore the communication between maternity care providers and women during the second stage of labor as choices and decisions regarding birthing position are made.

METHODS

Design, Setting, and Data Collection

An exploratory, qualitative investigation was conducted using audio recordings of women during the second stage of labor that were part of a larger randomized clinical trial, the Promoting Effective Recovery from Labor project. This project focused on the prevention of incontinence associated with childbirth. Following institutional review board approval, women aged 18 years and older and planning their first vaginal birth enrolled in the parent project between 2000 and 2006 and gave birth at a teaching hospital in a Midwestern university town. The study methods for the larger project are reported in detail elsewhere.²⁶ As an additional component of the parent project, a subset of the participants agreed to allow audio recording of the conversations during the second stage of labor. The audio recordings were intended to serve as a validation of the pushing method used by women during

the second stage of labor. The audio recording was made using a regular cassette; it was started by the nurse once the woman entered the second stage of labor and continued through the birth of the newborn.

From the available 110 audiotapes, 50 were randomly selected and transcribed verbatim, including all aspects of communication. Of the transcribed tapes, 9 were subsequently excluded: 2 because of multiparous births, 5 because only a small fragment of the second stage was recorded, and 2 because the quality of the audio recording was very poor. This left a total of 41 transcribed tapes for analysis. The duration of the transcribed tapes ranged from just a few minutes to 5.5 hours. In 8 of the transcribed tapes, there was no mention of the birthing positions used during the second stage of labor, all of which were of short duration. The audiotapes were transcribed verbatim by 2 individuals who had prior experience transcribing individual and focus group data. Ten randomly selected audiotapes were listened to by 2 of the authors (M.N., L.K.L.) to confirm the accuracy of the transcription process and to allow the investigators to appreciate pauses, delays in communication, and/or periods of quiet when the only sounds heard were breathing or bearing down.

Analysis

The focus of the analysis was on the communication between women and maternity care providers regarding birthing positions during the second stage of labor through birth. Partners and others present at birth were recognized as participants in this interaction, but they were not included in the scope of this study. The type of maternity care provider at the birth—certified-nurse midwife (CNM), physician (MD), or nurse (RN)—was determined by how they were referred to on the audiotape, as indicated in the transcript.

Data were analyzed using deductive content analysis, which is used when existing information on a topic or area exists and the new analysis will add or extend that knowledge or result in theory development.²⁷ This process of analysis has also been described as extended case methodology, the goal of which is to increase knowledge rather than to create an initial understanding of a phenomenon.²⁸ Existing literature is available regarding shared decision making in other health care contexts and attributes that women identify as contributing to a positive maternity care or birth experience. We developed a framework prior to the initiation of analysis based on studies about patients' active involvement in choices and shared decision making in general health care.^{29–31} Behavioral

elements from studies on sense of control and decision making during birth that contribute to positive birth experiences were also incorporated into the framework.³²⁻³⁴ Women's sense of control during birth has been shown to be an important factor contributing to positive assessment of the birth experience and subsequent well-being.^{1-3,13,35} Sense of control has been described as involvement in the birth process; influence over procedures, decisions, or information; being offered choices; and participation in decision making.^{1,33,34} We included communication patterns previously described during the second stage of labor related to the types of pushing that women may use and the maternity care provider role in encouraging that pushing approach.^{36,37}

The analytic framework generated from the literature included the following categories: listening to women, encouragement, information, offering choices, and style of support (Table 1). The transcripts were considered the primary data sources, and we analyzed them using this framework with a deductive process.²⁷ The first author (M.N.) read and reread the complete transcripts of each tape to identify any communication or interaction related to birthing positions. The central categories from the framework and key statements of the interaction on birthing positions were identified in each transcript. Beyond the central categories in the framework, the analysis process was open to identify any missing or new themes that would present themselves during the review of the audio, which were not included in the original literature-based framework.

We also explored the development of the interaction between the woman and maternity care provider in relation to the dynamics of the birthing process. Using the definitions of maternity care provider styles from the analytic framework listed in Table 1, we listened to a number of audiotapes to determine whether our interpretation of the maternity care provider's style of interaction from the audio transcript was supported by the tone of voice used in the communication. In 7 cases, maternity care providers seemed especially attentive to supporting women in their choices of birthing positions. These audiotapes were analyzed further to explore the interaction and style of support that maternity care providers offered. The second author (L.K.L.) conducted a dependability and confirmability audit to check the analysis against accepted standards and to examine the analysis process and records for accuracy.³⁸ The qualitative findings are presented as descriptive summaries and interpretations of the key categories identified and are supported and illustrated by quotes from the raw data. NVivo 8 (QSR International, Victoria, Australia) was used for the qualitative analysis process, and sociodemographic data were analyzed with descriptive statistics using Statistical Package for the Social Sciences, version 19 (IBM, Armonk, NY).

RESULTS

The final sample included 41 participants; all were nulliparous and experienced uncomplicated term pregnancies. Demographic characteristics of the women are provided in Table 2.

Birthing Positions

In a total of 33 audiotapes, birthing positions were mentioned at least once during the second stage of labor. The me-

Table 1. Framework for Analyzing Care Communication in Enabling Women's Involvement in Decision Making on Birthing Positions

Category/Concept	Maternity Care Provider Behaviors
Communication	
Listening to women	Is sensitive and responsive to verbal and nonverbal signs of the woman; asks for feedback from the woman on how she feels
Encouragement	Encourages the woman to bring forward wishes and needs for positioning; reassures/affirms/stimulates the woman in her choices and uses of positions
Choices	Offers different options and choices; supports the woman in fulfilling her choices
Information	Gives tailored information on change of birthing positions and on the different positions; gives advice
Maternity Care Provider Style	
Directive	Takes an authoritative approach, telling/instructing the woman what to do and how to do it; there is no give and take or conversation but primarily one-way communication
Supportive directive	Listens to the woman and responds to her questions and desires for direction but then returns to a supportive role when the question is answered or the need for some direction is met
Supportive	Assumes a role of encouragement, acknowledging the woman and what she is doing but does not offer specific direction

dian for mentioning birthing positions was 9 times, ranging from one to 28 times. Change of birthing positions was mentioned more often when the second stage lasted longer and when CNMs were the responsible maternity care providers. CNMs were also noted to offer a greater variety of birthing positions.

The birthing positions most often offered to women by their maternity care providers were the squatting and hands-and-knees positions. Sitting, semirecumbent, and side

Table 2. Demographic Characteristics of Participants (N = 41)

Characteristic	Value
Maternal age,^a mean (SD), y	28.5 (5.5)
Education,^a n (%)	
Up to some years of college	11 (28.2)
Finished college	11 (28.2)
Finished graduate school	17 (43.6)
Annual income,^a n (%)	
< \$41,000	12 (30.8)
≥ \$41,000	27 (69.2)
Ethnic origin,^a n (%)	
Black	1 (2.6)
Asian	1 (2.6)
White, non-Hispanic	36 (87.8)
Other	1 (2.6)
Epidural,^b n (%)	
Yes	27 (67.5)
No	13 (32.5)
Birth,^b n (%)	
Vaginal	35 (87.5)
Cesarean	5 (12.5)
Responsible maternity care provider at birth,^a n (%)	
Certified nurse-midwife	12 (30.8)
Physician (obstetrician-gynecologist, family physician)	27 (69.2)

^an = 39 due to missing data.

^bn = 40 due to missing data.

positions were offered less often. Standing positions and the use of the shower or bath were offered occasionally. The positions that were used the most often were semirecumbent, sitting, squatting, and side positions. A few times, the hands-and-knees position or use of the shower or bath were used. Nearly all women changed to different positions several times during birth.

The most common reasons mentioned for change in position were comfort of the mother and promotion of the progress of labor. Fetal distress was only occasionally a reason for position change. Several times, positions were changed to meet the woman's request. When women asked for a specific birthing position, it was primarily a vertical position such as squatting or sitting. On a few occasions, women asked to use a side position. Women never asked to use a semirecumbent position.

Maternity Care Provider Involvement in Decisions Regarding Birthing Positions

From our analysis, the role of maternity care providers was significant in enabling women to consider choices regarding the use of various birthing positions and thus share in decision making. The themes evident in the data are discussed in more detail in the following sections.

Listening to Women

Maternity care provider responsiveness to signals given by the women enables the active involvement of women in their care. Maternity care providers in this study were responsive to women's requests about certain birthing positions:

Woman: I want to try the bar.

Provider (CNM): What do you think? Support you this way and grab onto it?

Okay, here's the bar [woman's name]. Want me to put the head of the bed up so you're sitting up a little higher and then you can grab the bar? Okay? If you want, I can lower the bar too.

Woman: Okay, let's do that.

However, in most cases the maternity care provider assessed the woman's behavior and then recommended position changes instead of waiting for the woman to initiate the change. In doing so, maternity care providers were trying to make women more comfortable. Occasionally, they asked how women felt in certain positions and explored how to further adjust positions for women's comfort: Provider (CNM), "If that's comfortable for you, if that helps. You can try it [squat bar], and if you don't like it we can take it right off."

Sometimes maternity care providers mentioned changes of position because they had the impression that the women were uncomfortable at that moment: Provider (CNM): "Is this position okay for you or did you want to use the pushing bar or anything like that?" They often combined their responses with assurance and encouragement, emphasizing that their primary task was to make everything as comfortable as possible for the woman.

Encouragement

Most of the verbal feedback given by maternity care providers was aimed at encouraging women to go on pushing:

Provider (RN): I don't think standing is making it any worse. I think T. told me that you like being up and about, and that's what you should do. You should just do what's worked before in the past. Kind of change positions and just deal with each contraction as it comes, and just do the best you can and get through it.

Information

Most of the information given on birthing positions was directed on how to use a certain position:

Provider (CNM): We'll put the back of the bed up and your feet down and you can, there are all kinds of ways to do it, but so you can kind of sit on the edge of where the bed splits here and sort of grab onto the bar. Like with a contraction, if you're able to kind of grab onto the bar and squat.

Woman: Okay, so I should get up.

Provider (CNM): Well, we'll put your bed up. We'll put your head up. Okay and we can adjust that if you need it lower.

Also, the maternity care provider gave information about why she wanted the woman to use a certain position at that moment, often explaining the mechanism of labor and the potential relationship it should have in improving the woman's ability to bear down. Occasionally, information was given on restrictions against the use of certain positions (eg, with epidural analgesia).

Offering Choices

Maternity care providers used different approaches to offer changes in the birthing positions and choices of positions to the women. The approaches moved from a very general, open approach to offering one specific position. Overall, most maternity care providers were receptive to using different positions and tended to use direct and supportive approaches to introduce the topic of birthing positions in the beginning of the second stage. They either asked an open-ended question about what birthing positions women would like to use, or they stated that women could use any position with which they felt comfortable. This presented the possibility of a change of position as a natural part of the second stage of labor management and in some cases emphasized the importance of change: Provider (CNM): "There's not one way or one position that works for everybody. That's why you change around." If maternity care providers felt that women were uncomfortable or that the birth was not progressing optimally, they would become more directive and suggest only a limited number of options or direct the women toward one specific position.

Women Participating in Choices on Birthing Positions

A limited number of women actively communicated the desire to use a certain position, and a few were persistent in expressing their preferences: "Yeah, I think I should at least try it. I do a lot of squats at home." Other women had a more hesitant approach and asked for direction: "Does this still seem like the best position? Am I being useful in this position? Somebody's gonna tell me if ...". Most women were willing to try the positions that were offered to them and told maternity care providers whether the position was comfortable and worked or not.

Style of Support and Interaction Between Maternity Care Providers and Women

Maternity care providers used different styles to interact with women regarding their birthing positions. We noted differences in styles between maternity care providers and within the same one. Often, 2 or all 3 styles (directive, supportive direction, and supportive) were used by the same maternity care provider. This depended on the maternity care provider's assessment of the clinical situation and the woman's needs. In their interactions with women, many maternity care providers showed empathy and were concerned for the women's physical and mental well-being. They acknowledged women's emotions and the hard work that they were performing. This seemed to add to a sphere of openness that allowed women to voice their wishes:

Provider (CNM): Good job! Did it feel okay to have your feet up on that squat bar?

Woman: Yeah, I mean both ways were fine. But it does feel like I have more leverage.

Provider (CNM): Yup, more leverage and more control, yeah. It's tiring isn't it?

Woman: Just when you feel like you're going to pass out. Ha-ha.

Some maternity care providers provided extensive direction (directive style) and told women what to do and how to do it. This style was more prevalent when women were panicking, in pain, or the condition of the fetus made adjustment necessary. Sometimes the woman explicitly asked the maternity care provider to tell her what to do. However, when a directive style was initiated by the maternity care provider, it seemed to be the dominant approach used by that provider in general, and there was almost no verbal interaction with the woman related to birthing positions. Instead, the maternity care provider focused on giving directions on what to do and how to do it. This style was usually used in combination with direction to use a semirecumbent position.

However, the majority of maternity care providers started by openly exploring which positions women wanted to use (supportive style) by posing an open-ended question and then enabling women to use whatever positions they preferred. If the woman knew what she wanted, a dialogue evolved on how to establish that birthing position: The maternity care provider gave different suggestions on how best to do it, and the woman would comment on how it felt. If the woman was uncertain or could not find the right position, the maternity care provider would move to a more directive approach (supportive direction) in an ongoing interaction. The maternity care provider gave specific suggestions for certain positions and offered the woman detailed direction on how to actually use the position, including a process of confirming that the directions offered by the maternity care provider were understood or helpful:

Woman: I'm having a hard time keeping myself up.

Provider (RN): Would you like some support? We can put this in back and have your momma sit on here.

Grandparent: Do what now?

Provider (RN): She wants to sit forward. Put your arms under her. Do you feel like you want to change positions?

Woman: I don't know what position I'd change to.

Provider (RN): You can try something different if you want. You can lean back and put your feet up on the bar.

A few women seemed more prepared for the use of certain positions; and in instances when women had specific ideas about the use of certain birthing positions, the maternity care provider was triggered by these requests to become more active in their interactions. Once the maternity care provider started working with the woman, the woman also actively worked with the maternity care provider. For instance, when progress was slow, the woman would suggest a different position; and the interaction became more shared between the

maternity care provider and the woman to reach the best position to promote progress:

Woman: Let's try . . . turning over seems like so much work. On hands and knees again seems like that would really help her get out.

Provider (CNM): It'll help, but if you're too tired I'd go for the squat.

Woman: Let's try the squat then.

In our analysis of the transcripts, we identified all the categories from the initial framework: listening to women, encouragement, information, offering choices, and style of support (Table 1). In transcripts in which maternity care providers seemed especially sensitive and open to shared decision making and change in the use of birthing positions, all of the behavioral elements of the framework appeared in some form or another. However, 2 additional categories were identified during analysis: empathy and interaction.

Empathy was representative of a broad dimension in the interaction between maternity care providers and women that was crucial for enabling women's involvement in decision making.³⁹⁻⁴¹ Empathy was present when maternity care providers were very responsive to switching their approach based on verbal and nonverbal signals given (when they could be inferred) by the women. Apart from women's verbal comments, it sounded as if the maternity care provider often assessed the woman's behavior and then interjected a recommendation for position changes—instead of the woman actually requesting or saying anything specific about the need for a change:

Provider (RN): We can get a birthing bar that you can hang from, you can stand and push, you can do just any way you want.

Woman: This is most comfortable.

Provider (RN): If laying here is comfortable I wouldn't move. Do you want me to put you on your side for a bit?

Woman: Yeah.

Provider (RN): Whatever works. You're doing a great job.

Later during the second stage, the same woman and maternity care provider had the following exchange:

Woman: [Crying]

Provider (RN): It's alright. Sometimes it helps if you want to put your leg up here. It kind of gives you a little bit of a leverage you know, where, what to do. It helps save your energy a little bit more too. Want to try that?

Empathy is indicated by the ongoing assessment whereby the maternity care provider made multiple intuitive and experientially driven assessments about how the woman was progressing in a specific position. This dialectic process combines the preferences of the woman with the ongoing assessment of the maternity care provider. The maternity care provider then uses her expertise to adjust her approach to match the unique features of the clinical situation in concert with the woman's desires. This was present with both CNMs and RNs at the bedside.

The other new theme that was not previously included in the framework was interaction. Interaction was representative of the movement between preferences, needs, and knowledge of the maternity care provider and the woman. This process was a core element in reaching comfortable birthing positions and optimal progress to accomplishing birth:

Provider (CNM): You tell us when you're tired of this position okay? I know this is a hard one to stay in.

Woman: Yeah, I think I've got a couple more and that's it.

Provider (CNM): We also can push on your side, you can squat, you can do whatever you want.

Woman: Yeah, we can try squatting again.

Provider (CNM): That also takes a lot of energy so if you want to try an easy one in between.

The revised framework is provided in Table 3.

DISCUSSION

This study explored the communication between maternity care providers and women during the second stage of labor as choices and decisions regarding birthing position are made.

Our findings demonstrate that when maternity care provider communication with women is a dynamic process, it enables women's involvement in shared decisions regarding the use of birthing positions. Maternity care providers in this investigation moved between an open, informative approach to a more closed, directive approach, depending on the needs of the woman and clinical assessments. These needs were often identified by the maternity care provider without the woman having to verbally express them. Similar to the results of Kennedy et al,⁴² most maternity care providers in this study attempted to create a care environment in which women's desires were met and normalcy was preserved.

Limited information was given to the woman and her partner about birthing positions overall; and in a number of cases, birthing positions were only discussed when the duration of the second stage of labor was longer or progress was limited. This finding was surprising because women are provided with prenatal education about positions for second-stage labor and they can be reminded about the possibility to change positions at the beginning of the second stage. In one study, women stated that the midwife's advice was by far the most important factor that influenced their decision regarding birthing position.²⁴ During pregnancy, women have also expressed a strong need to be informed about how to prepare physically and mentally for the birth, including the use of birthing positions,⁴³ so the discussion of birthing position can occur well before labor. In this study, women who appeared to be more aware of possible birthing positions, and who expressed their wishes for certain positions, were able to use their preferences. Similarly, in a quantitative study among Dutch women, researchers demonstrated that women with strong preferences were more likely to use their preference.²¹

Not surprisingly, a longer duration of the second stage, as described by the maternity care providers or the woman, was a reason to become more active in using different birthing positions; other quantitative studies document this type of

Table 3. Adjusted Framework for Analyzing Maternity Care Provider Behavior in Enabling Women's Involvement in Shared Decision Making During Birth

Category/Concept	Maternity Care Provider Behaviors
Communication	
Listening to women	Is sensitive and responsive to verbal and nonverbal signs of the woman; asks for feedback from the woman on how she feels
Empathy	Shows concern for the woman's physical and mental well-being; acknowledges woman's emotions and the efforts she is making; acts accordingly
Encouragement	Encourages the woman to bring forward wishes and needs; reassures/affirms/stimulates the woman in her choices and use of choices
Offering choices	Offers different options and choices; supports the woman in fulfilling her choices
Information	Gives tailored information; gives advice based on the information
Interaction	Stimulates the interchange of preferences, values, knowledge, and insights attuned to the woman's capacities and the birth context
Style of Support	
Directive	Takes an authoritative approach, telling/instructing the woman what to do and how to do it; there is no give and take or conversation but primarily one-way communication
Supportive directive	Listens to the woman and responds to her questions and desires for direction but then returns to a supportive role when the question is answered or the woman's need for some direction is met
Supportive	Assumes a role of encouragement, acknowledging the woman and what she is doing but does not offer specific direction

change.^{21,22} In these studies, quite often semirecumbent positions were used, and women changed to more upright positions to promote progress. In our study, women were directed a number of times to lie flat on their back to promote the descent of the infant's head under the pubic bone. However, it may be a site-specific approach employed uniquely in this hospital setting because there is limited evidence that this approach is valuable.

Strengths and Limitations

The use of audiotapes provides a unique opportunity to directly explore the day-to-day practices regarding choice and use of birthing positions in the second stage of labor. The results of this investigation are generalizable to women who are giving birth in hospital settings where CNMs, MDs, and RNs are part of the maternity care team. Women in this study did not have doulas, which may result in different interactions between the woman and her maternity care providers. Therefore, our results are not generalizable to this group. Although videotapes provide evidence of nonverbal and verbal interaction and the actual use of birthing positions, video recording may be perceived as more invasive to laboring women. The large number of audiotapes from 2000 to 2006 could be considered dated, but they reflect the realities of clinical practice and the use of evidence for the benefits of changing position and the avoidance of supine positions. In the 27 trials included in the meta-analyses on birthing positions, all were dated before 2005 except for 3 trials.^{10,12} Maternity care providers were aware of the audio recording, which could have influenced their practice. However, birthing positions were not a topic of interest in the initial parent study, so it is unlikely that they filtered their communication due to the ongoing investigation.

One strength of this study was the use of a literature-informed framework developed for the analysis. All of the themes: listening to women, encouragement, information, offering choices, and the style of support were identified in the transcripts. Two new themes were also noted, empathy and interaction, which were added to the final framework (Table 3). This framework can be used in future investigations of maternity care provider communication during the multi-dimensional process of labor and birth in order to evaluate the process of shared decision making.

CONCLUSION

Women's involvement in shared decision making during birth is a complex phenomenon. Shared decision making in other aspects of health care requires time, space for conversation, and opportunity to gain insights into the preferences and desires that an individual may have for her health care outcomes.⁴⁴ In the context of the second stage of labor, the process of sharing information, communicating clinical findings, and reaching a decision may be more challenging for women than is usually described in the literature on shared decision making. Labor pain, the need for women to concentrate on coping with the pain, the urgency of certain decisions, and women's preexisting assumptions and desires all influence the process of shared decision making. Therefore, enabling women's involvement in decision making during birth and the selection of birthing positions is not a linear process with one correct approach. Instead, the process can be tailored to women's desires, comfort, and preferences while considering the clinical circumstances. Overall, outside of extenuating clinical situations, priority should be given to women's preferences and desires through a process of shared decision making. This is enacted using various behaviors and communication patterns, including being interactive, listening to women, offering encouragement, sharing information and choices, using a style of support, and employing empathy. The use of

shared decision making between women and their maternity care providers can have a positive effect on their perception of the birth experience and may improve health outcomes related to the second stage of labor.

AUTHORS

Marianne Nieuwenhuijze, RM, MPH, is Head of the Research Centre for Midwifery Science, Faculty of Midwifery Education and Studies Maastricht, Zuyd University, The Netherlands.

Lisa Kane Low, CNM, PhD, FACNM, is the Midwifery Education Program Director and Associate Professor at the School of Nursing and Department of Women's Studies, University of Michigan, and is in full-scope clinical practice at the University of Michigan Health System in Ann Arbor.

Irene Korstjens, PhD, is Lecturer and Researcher at the Research Centre for Midwifery Science, Faculty of Midwifery Education and Studies Maastricht, Zuyd University, The Netherlands.

Toine Lagro-Janssen, MD, PhD, is Professor at the Department of General Practice, Women Studies Medicine, University Medical Centre St. Radboud, Nijmegen, The Netherlands.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors have no conflicts of interest to disclose.

ACKNOWLEDGMENTS

A portion of this project was supported by National Institute of Health R03-NR012510-02, principal investigator Lisa Kane Low CNM, PhD.

REFERENCES

1. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res.* 1999;47(5):471-482.
2. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46(2):212-219.
3. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31:17-27.
4. VandeVusse L. Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth.* 1999;26(1):43-50.
5. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery.* 1999;15:40-46.
6. Green JM. Commentary: What is this thing called "control"? *Birth.* 1999;26:51-52.
7. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth.* 2003;30:235-247.
8. Parratt J, Fahy K. Trusting enough, to be out of control: A pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Journal of Midwifery.* 2003;16:15-22.
9. DeClercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. *Listening to Mothers II. Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences.* New York, NY: Childbirth Connection; 2006.
10. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth.* 1990;17:15-24.
11. American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, National Association of Certified Professional Midwives. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. *J Midwifery Womens Health.* 2012;57(5):529-532.
12. Nieuwenhuijze M, de Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen A. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery.* 2013;29(11):e107-e114. doi:10.1016/j.midw.2012.12.007.
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
14. de Jonge A, van Diem MT, Scheepers PL, van der Pal-de Bruin KM, Lagro-Janssen AL. Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG.* 2007;114(3):349-355.
15. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub2.
16. Roberts J. The "push" for evidence: management of the second stage. *J Midwifery Womens Health.* 2002;47(1):2-15.
17. Wong CA, Scavone BM, Dugan S, et al. Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries. *Obstet Gynecol.* 2003;101:279-288.
18. Rossi MA, Lindell SG. Maternal positions and pushing techniques in a nonprescriptive environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1986;15(3):203-208.
19. Hunt LM, Glantz NM, Halperin DC. Childbirth care-seeking behavior in Chiapas. *Health Care Women Int.* 2002;23(1):98-118.
20. Priddis H, Dahlen H, Schmeid V. Juggling instinct and fear: an ethnographic study of facilitators and inhibitors of physiological birth positioning in two different birth settings. *Int J Childbirth.* 2011;1(4):227-241.
21. Nieuwenhuijze M, de Jonge A, Korstjens I, Lagro-Janssen A. Factors influencing the fulfilment of women's preferences for birthing positions during second stage of labour. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2012;33(1):25-31.
22. De Jonge A, Rijnders MEB, van Diem MTH, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour? *Midwifery.* 2009;25:439-448.
23. Hanson L. Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *J Nurse Midwifery.* 1998;43:326-330.
24. De Jonge A, Lagro-Janssen ALM. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2004;25:47-55.
25. Walsh D. *Evidence-Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives.* London, UK: Routledge; 2007.
26. Kane Low L, Miller JM, Gao Y, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL, Sampsel CM. Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: A randomized, controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2013;24(3):453-460.
27. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62:107-115.
28. Low LK, Martin K, Sampsel C, Guthrie B, Stewart A, Oakley D. Adolescents' experiences of childbirth: Contrasts with adults. *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(3):192-198.
29. Wensing M, Wetzels R, Hermsen J, Baker R. Do elderly patients feel more enabled if they had been actively involved in primary care consultations? *Patient Educ Couns.* 2007;68(3):265-269.
30. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al. The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect.* 2005;8(1):34-42.
31. Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns.* 2006;63:268-278.
32. Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative Research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31:742-752.

33. Ford E, Ayers S, Wright DB. Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *J Womens Health*. 2009;18(2):245-252.
34. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009;25:e49-e59.
35. Schytt E, Green JM, Baston HA, Waldenström U. A comparison of Swedish and English primiparae's experiences of birth. *J Reproduct Infant Psychol*. 2008;26(4):277-294.
36. Bergstrom L, Richards L, Morse JM, Roberts J. How caregivers manage pain and distress in second-stage labor. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55:38-45.
37. Sampselle CM, Miller JM, Luecha Y, Fischer K, Rosten L. Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:695-702.
38. Guba EG, Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. Newsbury Park, CA: Sage; 1985.
39. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res*. 2012;22(7):897-910.
40. Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, et al. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Educ Couns*. 2011;84(3):287-293.
41. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74:339-346.
42. Kennedy HP, Shannon MT, Chuahorm U, Kravetz MK. The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49:14-23.
43. Seefat-van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery*. 2011;27:122-127.
44. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.

Continuing education units (CEUs) for this article are offered as part of a CEU theme issue. To obtain CEUs online, please visit www.jmwhce.org. A CEU form that can be mailed or faxed is available in the print edition of the theme issue.

Copyright of Journal of Midwifery & Women's Health is the property of Wiley-Blackwell and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives

Ank de Jonge, Doreth A.M. Teunissen, Mariet Th. van Diem, Peer L.H. Scheepers & Antoine L.M. Lagro-Janssen

Accepted for publication 31 March 2008

Correspondence to A. de Jonge:
e-mail: ank.dejonge@tno.nl

Ank de Jonge PhD
Midwife/Researcher
Department of General Practice, Women
Studies Medicine, University Medical Centre
St Radboud, Nijmegen; and TNO Quality of
Life, Leiden, the Netherlands

Doreth A.M. Teunissen MD PhD
General Practitioner and University
Department of General Practice, Women
Studies Medicine, University Medical Centre
St Radboud, Nijmegen, The Netherlands

Mariet Th. van Diem MSc
Midwife/Researcher
Department of Obstetrics and Gynaecology,
University Medical Centre Groningen,
Groningen, The Netherlands

Peer L.H. Scheepers PhD
Professor
Department of Social Sciences, Radboud
University Nijmegen, Nijmegen,
The Netherlands

Antoine L.M. Lagro-Janssen MD PhD
General Practitioner, Professor
Department of General Practice, Women
Studies Medicine, University Medical Centre
St Radboud, Nijmegen, The Netherlands

DE JONGE A., TEUNISSEN D.A.M., VAN DIEM M.TH., SCHEEPERS P.L.H. & LAGRO-JANSSEN A.L.M. (2008) Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 347–356

doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x

Abstract

Title. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives.

Aim. This paper is a report of a study to explore the views of midwives on women's positions during the second stage of labour.

Background. Many authors recommend encouraging women to use positions that are most comfortable to them. Others advocate encouragement of non-supine positions, because offering 'choice' is not enough to reverse the strong cultural norm of giving birth in the supine position. Midwives' views on women's positions have rarely been explored.

Method. Six focus groups were conducted in 2006–2007 with a purposive sample of 31 midwives. The data were interpreted using Thachuk's models of informed consent and informed choice.

Findings. The models were useful in distinguishing between two different approaches of midwives to women's positions during labour. When giving informed consent, midwives implicitly or explicitly ask a woman's consent for what they themselves prefer. When offering informed choice, a woman's preference is the starting point, but midwives will suggest other options if this is in the woman's interest. Obstetric factors and working conditions are reasons to deviate from women's preferences.

Conclusions. To give women an informed choice about birthing positions, midwives need to give them information during pregnancy and discuss their position preferences. Women should be prepared for the unpredictability of their feelings in labour and for obstetric factors that may interfere with their choice of position. Equipment for non-supine births should be more midwife-friendly. In addition, midwives and students need to be able to gain experience in assisting births in non-supine positions.

Keywords: birthing positions, empirical research report, focus groups, informed choice, labour, midwives, primary care

Introduction

Routine use of the supine position can be considered as an intervention in the natural course of labour, which was introduced in the western world without evidence of its advantage over other positions (Rossi & Lindell 1986, Walsh 2000, 2007). Women expect midwives to give professional advice on the use of positions, and this advice is a stronger influence than their personal preference (De Jonge & Lagro-Janssen 2004). Midwives make the final decision on choice of birthing position (Coppen 2005a).

As the influence of the midwife is so crucial, it is important to find out what midwives think about this aspect of care. Others have highlighted that the nature of the midwife–client dynamic in choice of position warrants further research (Hanson 1998a, Coppen 2005b).

Background

The limited research into midwives' views of birthing positions has been conducted mainly through questionnaire surveys (Hanson 1998a, 1998b, Coppen 2005c). In a study by Coppen (2005c), a 'dichotomy jigsaw' was identified among midwives: those who preferred the upright position were more in favour of providing comfort for women and giving them control over their own bodies, whereas those who preferred recumbent positions were more concerned about their own comfort and the importance of having control over the delivery. The author equated giving women control with encouraging them to use non-supine positions. However, the superiority of one particular type of position for feeling in control is not supported by evidence (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, De Jonge *et al.* 2004, Gupta & Hofmeyr 2004).

In quantitative studies, women have indicated that they preferred non-supine positions, and these positions resulted in greater satisfaction and less severe pain (Marttila *et al.* 1983, Waldenstrom & Gottvall 1991, De Jong *et al.* 1997). However, due to methodological weaknesses, these results should be interpreted with caution. We showed in our qualitative study that women vary in their experiences, with some preferring the supine position and others upright or lateral positions (De Jonge & Lagro-Janssen 2004).

Some authors recommend encouraging women to use positions that are most comfortable to them (Carlson *et al.* 1986, De Jong *et al.* 1997, Renfrew *et al.* 1998, Gupta & Hofmeyr 2004). Walsh argues that encouraging women to choose comfortable positions is a 'soft position' and is insufficient for rolling back recent centuries of birth posture

medicalization (Walsh 2007). He advocates informing women of the disadvantages of recumbent positions.

Indeed, women need information on birth options that are less common in order to be able to make choices (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, Lugina *et al.* 2004). But even if women are well informed, they may prefer supine positions. This can be uncomfortable for midwives who support the normality of birth (Thorstensen 2000).

How can midwives truly offer women choices about birthing positions within societies that are heavily biased towards the use of the supine position? If women choose supine positions, it can be argued that they do so because the culture in which they live has indoctrinated them with the idea that this is 'normal'. If we encourage them to use other positions, as some authors advocate (Coppen 2005b, Walsh 2007), we ignore the fact that some would choose the supine position, even if they were fully aware of other options. Thachuk's distinction between informed consent and informed choice may be of help in understanding this situation.

Informed consent vs. informed choice

Thachuk distinguishes two models of care that differ in the way women's autonomy is defined and therefore in the way women are involved in decision-making during childbirth (Thachuk 2007): the medical model of informed consent and the midwifery model of informed choice. These models are not static, and individual midwives and obstetricians operate on a continuum between these two models.

The medical model of informed consent is based on the right to relevant information and competent and non-coerced consent. The woman is a 'passive recipient' of the information and chooses the professional decides to give. Although a woman has the right to *opt out* of procedures, informed refusal is often interpreted as non-compliance and is rarely tolerated (Kitzinger 2005a, Thachuk 2007).

In the midwifery model of informed choice, the locus of power is shifted to the woman as the primary decision-maker who has a right to *opt for* procedures and who can present potential options herself. The relational aspect of autonomy is emphasized, and both the midwife and the woman actively participate in the process of informed choice. The midwife gives information that takes into consideration a woman's individual situation, including her values, goals and beliefs. Women are encouraged to participate in preparing a plan of care.

Based on the literature, we examined the hypothesis that midwives would either offer women informed consent or informed choice regarding positions during labour. By informed consent, we mean that the midwife decides which

information to give about positions and that she implicitly or explicitly asks women's consent for what she prefers. By informed choice, we mean that the midwife explores how women think about birthing positions, actively gives them appropriate information on various position options and assists them in making their own choices.

The study

Aim

The aim of this study was to explore the views of midwives on women's positions during the second stage of labour.

Design

We conducted a focus group study because we wanted to use group dynamics to stimulate discussion and generate ideas in order to pursue the topic of birthing positions in great depth (Bowling 1997). To prevent socially desirable comments and to encourage less-assertive participants, we emphasized that we did not believe in good or bad birthing positions and that the participants would help us by expressing their opinions as openly as possible.

Participants

A purposive sample of midwives was selected. They were invited to take part in the study through local groups of independent midwifery practices from rural, semi-urban and urban areas from different parts of the country. In each focus group, we included midwives from more than one midwifery practice. Each practice consists of one to six midwives and one to three of these took part in the study. It was thought that this would generate more ideas through the exchange of different approaches to dealing with birthing positions. Some of the midwives knew the interviewers.

Data collection

The study took place from May 2006 to March 2007 with independent primary care midwives in the Netherlands. These midwives assist women who have a spontaneous vaginal delivery at term with a single foetus in cephalic presentation and who can choose to give birth at home or in hospital. When risk factors occur, women are referred to obstetrician-led care.

Focus group interviews took place at one of the local midwifery practices or midwives' homes and lasted 1½ to 2 hours. Prior to each interview, a short questionnaire was

sent to participants to collect data on individual and practice characteristics.

Two midwife researchers (AJ and MB) conducted most of the focus groups and alternately were the moderator and assistant. In one focus group, a research psychologist (SP) was the assistant. The assistant took field notes and observed non-verbal communication. After each interview, the two researchers discussed their impressions. These observational data were included in the on-going analysis.

A topic guide was developed based on prior knowledge about the topic and on findings from our previous interview study (De Jonge & Lagro-Janssen 2004). The main topics were midwives' experience with birthing positions, the information they give to women about positions, factors that influence their use of positions, and knowledge and skills in assisting births in various positions.

Ethical considerations

In the Netherlands, ethics approval is not required for this type of study. Midwives in each focus group gave permission to tape-record the interview. They were reassured of the confidential handling of the research data. Participants received a voucher (€20.00 = £15 = US\$30 approximately) as a token of appreciation for their cooperation.

Data analysis

All interviews were transcribed. A software programme (Kwalitan 5.0) was used to aid the analysis (Peters 2000). One of the researchers who conducted the interviews (AJ) and a second researcher (DT) analysed the transcripts independently of each other. The second researcher (DT) was a general practitioner who had attended primary care births until recently. First, codes were allocated to fragments of the transcripts. The two researchers compared these and reached consensus about the set of codes to be used. When more data became available, these were compared to the codes that had been formulated and where necessary these codes were adjusted. The codes were grouped into categories, which were then developed into a more general analytic framework. To promote trustworthiness, we constantly compared all data fragments to our hypothesis that midwives would either offer women informed consent or informed choice regarding positions during labour, based on Thachuk's distinction between giving women informed consent or informed choice (Silverman 1993). During the course of the analysis, we added dimensions to this hypothesis, such as that even if midwives give informed choice, they need to give direction if women need it or it is necessary for obstetric reasons.

Memos were written during the process to aid the analysis. For example, we realized that it was not always clear from the transcripts whether midwives were talking about birthing positions during the first or second stage of labour or at the time of birth. When we asked them to be more specific, we realized that some used upright positions during the first and second stages but would ask women to lie down for the actual birth.

Findings

Six focus groups were conducted, with four to six midwives in each group and a total of 31 female participants (Table 1). After six interviews our data were saturated, as no new themes emerged during the last interview.

Table 1 Characteristics of participants (six groups with a total of 31 midwives)

	Sample population, <i>n</i> (%)*	National population† (%)*
Age group (years)		
< 25	5 (16)	9
25–39	17 (55)	53
40–54	6 (19)	31
≥55	3 (10)	8
Place of education		
Amsterdam/Groningen	10 (32)	27
Rotterdam	5 (16)	28
Limburg	9 (29)	27
Abroad	7 (23)	18
Type of practice		
Solo	2 (7)	5
Duo	2 (7)	11
Group	25 (87)	84
Independent locum midwife	2	
Practice population: urbanization‡		
City	15 (54)	
Suburb/small town	3 (11)	
Rural area	3 (11)	
Combination	7 (25)	
Number of midwives using non-supine positions		
Birthing stool	26 (84)	
Bath	11 (35)	
Lateral	24 (77)	
Other	25 (81)	
How many of last 10 births in supine position		
< 5	9 (29)	
5–7	8 (26)	
8–8	6 (19)	
10	8 (26)	

*Percentages may not add up to 100 because of rounding error.

†Muysken *et al.* (2006).

‡No practice details are given for the locum midwives and data are missing for one midwife.

The sample consisted of midwives of various ages and educational background who worked in practices consisting of one to six midwives. They were asked to write down in which position women had given birth during the last 10 births at which they assisted: the numbers in supine position (on the bed) varied from 2 to 10, although all midwives indicated that they used non-supine and supine positions. All but five stated that they used a birthing stool (on the floor), which is the most commonly used upright position in the Netherlands (De Jonge *et al.* 2007a).

The main themes that emerged during the analysis are discussed below and quotes (translated into English) are given to illustrate them. The following is the key to the quotes: Px = participant number x, I = interviewer, [] = explanation by the authors, [...] = text left out.

Informed choice vs. informed consent

Using Thachuk's models of care, aspects of giving informed consent were apparent in the behaviour of most midwives. Some midwives informed women about position options during an information evening, but most only gave information about these when women asked about them. The majority of midwives had a preference for using either the supine or an upright birthing position. Those who preferred the upright position most often used the birthing stool although other upright positions were mentioned.

Although several midwives confirmed that the supine position is very common, some commented on times in the past when the birthing stool was strongly advocated. In their view, this was not always to the benefit of women:

And then loads of them had to go on the birthing stool and then would not succeed. Well, people really felt that was terrible. Well, that was more or less the message in those days, if you only do that...then it [labour] will go well and that is no longer the case nowadays...

Women often gave birth in the position preferred by the midwife. Participants were very aware of the influence they had, and some were not always happy about this:

[...] Well, like we have been discussing in our practice, what the two of us noticed very much...I have a very strong preference for the birthing stool. And that you notice at times that YOUR preference for a birthing position is actually very influential

I: Yes?

And that we find that very awkward sometimes...eh...I can get a woman on a birthing stool, because I get them on it very frequently, but I can also easily get them off it...

Only one midwife said that she routinely discussed birthing positions with women in the antenatal clinic. Although most

participants did not actively offer women an informed choice, a few mentioned that they tried to help a woman find the position that was most appropriate for her. They would go along with the positions women adopted unless they appeared uncomfortable or there were obstetric factors that made a change of position necessary:

Yes, that you connect as much as possible with what someone can, what someone wants, what someone wishes...Well...and then you sometimes have to manoeuvre yourself in all kinds of different angles literally and figuratively...

I: And do you then see that people themselves try out positions?

Yes, of course. That's how you meet them when you arrive, yes, and you let that exist as much as possible...unless, what you [towards another participant] said, if from an obstetric point of view something else is needed or if it is inefficient...or even to be discouraged.

Based on these findings, we added a dimension to our definition of informed choice. Informed choice was defined as actively giving women a choice in birthing positions but taking control if obstetrically indicated, for example, in case of failure to progress, or if women can or will not make choices themselves.

Although most midwives showed that they started off with giving women informed consent, they very easily moved towards giving informed choice if women expressed particular wishes about birthing positions. Those who took part in this study were prepared to go a long way to try and meet a woman's request to give birth in a particular position. Some mentioned colleagues who were less flexible and who would not use non-supine positions. A few midwives in this study said that they would not use certain positions even if women asked about them. Water birth was mentioned most frequently as an option some midwives would not offer:

Yes,...actually I do not have many good experiences with water births. I have experience with a few in Great Britain and...I eh...I really do not like it at all...you cannot get to it very well and sometimes...I find it messy and I do not know what to think of it but I think it is so unnatural as well...

Midwives showed that they operated on a continuum between giving women informed consent and informed choice. For clarification, we now discuss these approaches as if they are two separate entities.

Factors related to giving informed consent

The birthing positions midwives preferred depended on the exposure they had to various positions during their training and career, their knowledge and skills, which routines they had developed and their amount of experience as a midwife.

Many had limited experience with non-supine positions and, if they had, it was mainly with a birthing stool:

P1: and then I saw it [all fours position on a patient's video] but after that I have actually never again let somebody...yes...with a shoulder dystocia...but otherwise never put somebody...eh...on all fours...while it is actually just a very good position...

P2: Yes

P1: But that's because people themselves don't bring it up...

P3: But it's just not on my mind, because I am not used to it...

Some midwives said that the focus group discussion motivated them to try non-supine positions in the future.

Personal traits that influenced participants' preferences were how much they conformed to a medical model of care in which the supine position is the norm, which positions they considered to be 'natural', their self-confidence in trying out new practices and their own labour experience.

Working conditions emerged as very important factors for giving women informed consent rather than informed choice.

Working conditions

A midwife was more likely to give women informed consent if she was concerned about her own comfort or about the ease of carrying out midwifery procedures. However, in all groups, participants said that they were prepared to sacrifice their own comfort to a great extent if a woman expressed a strong desire to use a certain position:

But I always say that it does not satisfy proper working conditions, but I really conduct many birthing stool births and I notice that it is not so great for my own back. But that is secondary to the interest of the people themselves at the time.

Some midwives did not want to tell women that they had difficulty assisting them in certain positions, for example, because they themselves were pregnant. Some then used tricks to let women give birth on the bed, for instance, by asking them to lie down for a vaginal examination shortly before birth.

In most groups, participants mentioned that they preferred to perform an episiotomy or vaginal examination in supine position and, as a result, women often proceeded to have a supine birth. In five of the groups, some of the midwives said that they let women lie on their backs for the actual birth, even if they had been pushing in other positions, to have a better view of the perineum or because conducting the delivery in that position was easier. Some were more inclined to do so if they anticipated problems, such as blood loss or neonatal distress, which they found easier to deal with if the

woman was lying on her back. Some did not assist water births out of fear of shoulder dystocia or blood loss.

Many midwives pointed out that some equipment, such as a birthing pool, is not user-friendly. They improvised to improve their own working conditions. For example, one used a small stool to make assisting a birth on a birthing stool easier.

Factors related to giving informed choice

Participants mentioned many types of behaviour that could be classified as giving women an informed choice, for example, giving women information about position options, letting women's preferences prevail over their own, encouraging women to trust their own bodies in finding positions that are most comfortable and being prepared to try positions that women want to use.

Midwives said that not all women were equally likely to choose their own birthing positions. According to them, they were more likely to do so if they were actively looking for information about birth, felt in control of their birth, had confidence in their own body and did not feel embarrassed about less common positions.

Participants indicated that the characteristics of a woman affected her position preferences. Those in cities and highly educated women were more aware of position options. A particular good or bad experience with certain positions during a previous birth had consequences for a woman's choice next time. Many midwives commented that having a choice in positions was much more important during the first than during subsequent births. This was because the duration of the second stage of the first birth was usually longer and therefore had a greater influence on the birth experience. According to the midwives, some ethnic minority women originated from areas where non-supine positions are still very common, such as rural West Africa. However, they felt that the supine position is the norm in many countries, such as Turkey and Morocco, and women from these countries were most familiar with this position.

In four groups, midwives commented on women who had fixed expectations about birth and the positions in which they wanted to give birth. They highlighted the importance of preparing them that birth is unpredictable, that they might feel differently from how they anticipated and circumstances could necessitate the use of other positions:

But I also find that women can be extremely disappointed at times, that they can have the feeling that they have failed at times, if they are fixed on only one thing. And then you can even say beforehand, yes, but yes, there can be things that make things go a bit

differently, they know that also but yes...but then they still don't feel happy with it.

Many obstetric factors were mentioned that restricted women's choice.

Obstetric factors

Although most midwives were willing to sacrifice their own comfort to please a woman, they would override a woman's choice for obstetric reasons. By far the most frequently mentioned were labour progress and pain, discomfort or restlessness of the woman.

If labour progress was slow, midwives used upright positions as an intervention:

But you know, you can be very authoritative...and I find basically, I prefer it when it happens as the woman intends it [...] and if there is really no progress, and some women feel it themselves as well, like...this is not going well [...]...but if it really does not progress and that woman does not want to use the birthing stool, then you can sometimes overrule her a bit, [...] if you just put it a bit nicely and with good motivation, then they will go along with you after all, if they make themselves do it...

This intervention was also used if midwives felt that a woman was not pushing effectively. If labour proceeded very fast, they used the recumbent position to make the birth more controlled.

Pain, discomfort or restlessness might be a reason for a woman to change position, but midwives also advised women to adopt another position if they felt this might make them more comfortable.

In all groups, midwives discussed that prolonged pushing on a birthing stool could lead to oedema, and most would therefore suggest changing to a standing or recumbent position after some time.

Other reasons to change position were an unfavourable position of the foetal head, foetal heart rate abnormalities, a narrow pelvic outlet, shoulder dystocia or anticipated increased blood loss, perineal tears or foetal compromise due to the birthing position. However, participants did not agree on some obstetric factors. For example, some thought that an upright position would lead to increased blood loss, while others did not.

Discussion

This study had some limitations. No midwives in our sample were adamantly opposed to non-supine positions, although they commented on colleagues who were. Also, participants

may have made socially desirable comments because they knew that we had an interest in birthing positions. Nevertheless, many negative comments were made about non-supine positions during the course of the focus groups, and several midwives expressed a preference for the supine position. Also, a quarter of participants stated that all of the last 10 births they had assisted were in the supine position. Nevertheless, some bias may have occurred.

Thachuk's models of informed consent and informed choice were useful in distinguishing two different approaches of midwives to women's positions during labour. Our findings suggest that giving women an informed choice in birthing positions may assist them in using positions that are most appropriate. It became apparent during our analysis that informed choice constitutes more than letting women choose: our definition includes a dimension that is often missing in the international discourse. It explicates the need for midwives to give direction if women need it or for obstetric reasons. At first sight, this may not seem consistent with Thachuk's definition of informed choice, whereby the locus of power is shifted to the woman. However, a woman may still feel in control even if a midwife has to give direction.

Many studies have shown that control during childbirth is associated with birth satisfaction, but the concept of control has various aspects (Green *et al.* 1990, Green 1999, Goodman *et al.* 2004, Waldenstrom *et al.* 2004). Green *et al.* (1990) showed that making choices was only one aspect of control during labour. Feeling in control of what staff were doing was even more important to women, and related much more to the type of relationship they had with healthcare professionals.

In a previous focus group study, midwives said that women want them to take control as labour progressed (Davies & Iredale 2006). Although the authors questioned this view, Anderson (2000) showed that women expect midwives to give directions during the second stage of labour, for example, if they are losing control. In our previous qualitative study, women also expected midwives to give advice on birthing positions during labour (De Jonge & Lagro-Janssen 2004). Other studies have shown that women like to be reminded of position options during labour (Oliver *et al.* 1996, Coppén 2005d).

Midwives in the present study emphasized that women should be prepared for the fact that the process of birth is largely unpredictable.

Kitzinger also advised midwives to prepare women that 'you can no more control birth than you can control the tides of the sea' (Kitzinger 2005a, p. 65). Women may feel differently about positions during labour from what they

anticipated. Furthermore, the strength of labour may be so overwhelming that they are not able to decide which position is most appropriate. In addition, obstetric indications may arise that make a change of position necessary. Therefore, when discussing women's preferences, contingency plans should also be discussed (Kitzinger 2005b), whereby the midwife explains that she will suggest position options if she thinks this will benefit the woman.

Only a few authors have mentioned obstetric difficulties as a reason for changing position (Atwood 1976, Bruner *et al.* 1998, Roberts 2002, 2003). Midwives in our study mentioned a wide array of obstetric indications, some of which are supported by research evidence. For example, systematic reviews have shown that women in non-supine positions have fewer instrumental deliveries (De Jonge *et al.* 2004, Gupta & Hofmeyr 2004). Therefore, women should be informed about this and encouraged to use non-supine positions if progress in labour is slow (Altman & Lydon-Rochelle 2006).

Other obstetric complications may be prevented by simple measures. Many of our participants mentioned the risk of oedema due to the use of a birthing stool, which other authors have also mentioned (Waldenstrom & Gottvall 1991, De Jonge *et al.* 2007b). This can be prevented by alternating positions or offering alternative upright positions (De Jonge *et al.* 2007b).

Our participants disagreed on certain obstetric factors and some were not sure about their relevance. One example was whether an upright position leads to excess blood loss. In our recent study, we showed that an increase in blood loss occurred in the sitting position, probably due to oedema in combination with perineal damage (De Jonge *et al.* 2007b). Educating midwives about emerging evidence regarding birthing positions enables them to give accurate information to women.

Limited exposure to non-supine positions was an important reason for our participants not to use them, which is consistent with previous findings (Coppén 2005c). Students often only gain experience in assisting supine births. When they are qualified they themselves then supervise students, exposing them only to supine births too. This vicious circle maintains the dominance of supine positions. Teaching students and midwives the necessary skills for assisting births in other positions may change this (Walsh *et al.* 1999, Walsh 2007).

Surprisingly little has been written about the influence of midwives' working conditions on the use of birthing positions, although this emerged as an important factor in this study. If working conditions are mentioned, they are not considered a valid reason for influencing women's position (Walsh 2000, Coppén 2005c). In one trial, midwives who

What is already known about this topic

- The routine use of the supine position can be considered as an intervention in the natural course of labour, which was introduced without evidence of its advantages compared to other positions.
- To reverse the dominance of the supine position, some authors recommend letting women choose positions that are most comfortable to them, whereas others advocate encouraging upright positions.
- Midwives play a crucial role in the use of birthing positions, but little is known about their views on women's positions.

What this paper adds

- Midwives operate on a continuum between giving women informed consent and informed choice in birthing positions.
- A midwife may need to take control if obstetrically indicated or if a woman cannot make choices herself.
- There is a need to address the knowledge, skills and working conditions of midwives in order to achieve informed choice in birthing positions for all women.

looked after women who gave birth on a birthing stool were less satisfied with their own working postures than were those who cared for women in supine position (Waldenstrom & Gottvall 1991). In another study, midwives were asked if they were willing to assist a woman in a position that is uncomfortable for them (Coppén 2005c). Only 5% said that they would not, 58% would possibly and 37% would definitely do so. This is consistent with our finding that most midwives would go a long way to let a woman give birth in the position of her choice, even if it was inconvenient for them.

Nevertheless, the working conditions of midwives deserve attention. In Coppén's study, one of the reasons why many midwives had a strong preference for the semi-recumbent position was their own comfort (Coppén 2005c). Also, it was the convenience of birth attendants that led to the increasing popularity of the supine position in the past (Atwood 1976, Coppén 2005e). If this issue is not addressed, many women will be deprived of a choice in birthing positions in the future.

Working conditions can be addressed in various ways. First, equipment can be developed that is more midwife-friendly, such as birthing stools that can be placed on the bed.

Second, midwives can learn to let women give birth in various positions while looking after their own backs at the

same time (Walsh 2007). Finally, some positions may be too cumbersome for midwives at times. Midwives with back pain or who are pregnant will be more reluctant to assist a birth on a birthing stool or in a pool. Rather than having to manipulate women into other positions, these restrictions can be discussed with women during their pregnancy. They can then be offered care in another practice or choose alternative options, such as the all-fours or lateral positions.

Conclusion

Thachuk's models of informed consent and informed choice were useful in distinguishing two different approaches of midwives to women's positions during labour. Giving women an informed choice in birthing positions can be a good alternative either to letting women choose or encouraging them to use upright positions.

Informed choice was defined as actively giving women a choice in birthing positions, but taking control if obstetrically indicated or if women can or will not make choices themselves. This requires giving them individually tailored information during pregnancy and discussing their preferences about positions. A woman's preference will be the starting point, but a midwife will suggest other options if these are in the women's interests. Women should be prepared for the unpredictability of their feelings in labour, and for obstetric factors that may play a role.

To achieve informed choice about birthing positions for all women, midwives' working conditions need serious consideration. Equipment could be more midwife-friendly. In addition, students and midwives need to learn the skills to assist births in non-supine positions, while looking after their own backs at the same time.

Acknowledgements

The authors are grateful to the midwives who took part in this study and shared their experiences. Thanks are extended to Maaïke Broeke for organizing and conducting the focus groups. Thanks to Tineke de Graaf for typing one interview and Sylvia van der Pal for assisting at one focus group. Thanks to Dr Charles Agyemang for his useful comments on earlier drafts of the paper.

Author contributions

AdJ and TLJ were responsible for the study conception and design. AdJ and DT performed the data collection and analysis. AdJ was responsible for the drafting of the manuscript. DT, MvD, PS and TLJ made critical revisions to the

paper for important intellectual content. TLJ supervised the study.

References

- Altman M.R. & Lydon-Rochelle M.T. (2006) Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review. *Birth Issues in Perinatal Care* 33(4), 315–322.
- Anderson T. (2000) Feeling safe enough to let go: the relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour. In *The Midwife-Mother Relationship* (Kirkham M., ed.), Palgrave Macmillan, Houndmills, pp. 92–119.
- Atwood R.J. (1976) Parturitional posture and related birth behavior. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Supplement* 57, 1–25.
- Bowling A. (1997) Unstructured interviewing and focus groups. In *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services*. Open University Press, Buckingham, pp. 335–357.
- Bruner J.P., Drummond S.B., Meenan A.L. & Gaskin I.M. (1998) All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *Journal of Reproductive Medicine* 43(5), 439–443.
- Carlson J.M., Diehl J.A., Sachtleben-Murray M., McRae M., Fenwick L. & Friedman E.A. (1986) Maternal position during parturition in normal labor. *Obstetrics and Gynecology* 68(4), 443–447.
- Coppen R. (2005a) Results of the randomised controlled trial. In *Birthing Positions. Do Midwives Know Best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 125–142.
- Coppen R. (2005b) Collaborative decision-making. In *Birthing Positions. Do Midwives Know Best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 61–78.
- Coppen R. (2005c) Midwives' views on birthing positions. In *Birthing Positions: Do Midwives Know Best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 79–106.
- Coppen R. (2005d) Mothers' and midwives' post-delivery responses. In *Birthing Positions: Do Midwives Know Best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 143–155.
- Coppen R. (2005e) Historical perspective and the medicalisation of birthing positions. In *Birthing Positions. Do Midwives Know Best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 25–42.
- Davies J. & Iredale R. (2006) An exploration of midwives' perceptions about their role. *MIDIRS Midwifery Digest* 16(4), 455–460.
- De Jong P.R., Johanson R.B., Baxen P., Adrians V.D., van der Westhuisen S. & Jones P.W. (1997) Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104(5), 567–571.
- De Jonge A. & Lagro-Janssen A.L. (2004) Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 25(1), 47–55.
- De Jonge A., Teunissen T.A. & Lagro-Janssen A.L. (2004) Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 25(1), 35–45.
- De Jonge A., Rijnders M.E.B., Van Diem M.Th., Scheepers P.L.H. & Lagro-Janssen A.L.M. (2007a) Are there inequalities in choice of birthing positions? Socio-demographic and clinical factors associated with the supine position during the second stage of labour *Midwifery* 12 Dec [Epub ahead of print].
- De Jonge A., Van Diem M., Scheepers P., Van der Pal-de Bruin K.M. & Lagro-Janssen A.L.M. (2007b) Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 114(3), 349–355.
- Goodman P., Mackey M.C. & Tavakoli A.S. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46(2), 212–219.
- Green J.M. (1999) Commentary: what is this thing called 'control'? *Birth Issues in Perinatal Care* 26(1), 51–52.
- Green J.M., Coupland V.A. & Kitzinger J.V. (1990) Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth Issues in Perinatal Care* 17(1), 15–24.
- Gupta J.K. & Hofmeyr G.J. (2004) Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Systematic Reviews Issue 3*. Art. No.: CD002006.pub 2. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
- Hanson L. (1998a) Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 1: Position use and preferences. *Journal of Nurse-Midwifery* 43(5), 320–325.
- Hanson L. (1998b) Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *Journal of Nurse-Midwifery* 43(5), 326–330.
- Kitzinger S. (2005a) The language of birth. In *The Politics of Birth*. Elsevier Limited, Edinburgh, pp. 57–65.
- Kitzinger S. (2005b) Birth plans. In *The Politics of Birth*. Elsevier Limited, Edinburgh, pp. 89–96.
- Lugina H., Mlay R. & Smith H. (2004) Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy and Childbirth* 4(1), 3.
- Marttila M., Kajanoja P. & Ylikorkala O. (1983) Maternal half-sitting position in the second stage of labor. *Journal of Perinatal Medicine* 11(6), 286–289.
- Muysken J., Kenens R.J. & Hingstman L. (2006) *Figures from the registration of midwives-assessment 2006*. [Cijfers uit de registratie van verloskundigen-peiling 2006]. Nivel, Utrecht.
- Oliver S., Rajan L., Turner H. & Oakley A. (1996) *A Pilot Study of 'Informed Choice' Leaflets on Positions in Labour and Routine Ultrasound*. CRD Reports, No. 7, University of York, Centre for Reviews and Dissemination, York.
- Peters V. (2000) *Kwalitan 5.0*. Department of Research Methodology, University of Nijmegen, Nijmegen.
- Renfrew M.J., Hannah W., Albers L. & Floyd E. (1998) Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth Issues in Perinatal Care* 25(3), 143–160.
- Roberts J.E. (2002) The 'push' for evidence: management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health* 47(1), 2–15.
- Roberts J.E. (2003) A new understanding of the second stage of labor: implications for nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 32(6), 794–801.
- Rossi M.A. & Lindell S.G. (1986) Maternal positions and pushing techniques in a nonprescriptive environment. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 15(3), 203–208.
- Silverman D. (1993) Validity and Reliability. In *Interpreting Qualitative Data*, Sage Publications, London, pp. 144–170.

- Thachuk A. (2007) Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy: a relational approach. *Feminism & Psychology* 17(1), 39–56.
- Thorstensen K.A. (2000) Trusting women: essential to midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health* 45(5), 405–407.
- Waldenstrom U. & Gottvall K. (1991) A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth Issues in Perinatal Care* 18(1), 5–10.
- Waldenstrom U., Hildingsson I., Rubertsson C. & Radestad I. (2004) A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth Issues in Perinatal Care* 31(1), 17–27.
- Walsh D. (2000) Evidence-based care. Part Five: Why we should reject the 'bed birth' myth. *British Journal of Midwifery* 8(9), 554–558.
- Walsh D. (2007) Mobility and posture in labour. In *Evidence Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives*. Routledge, Oxon, pp. 79–92.
- Walsh D., Harris M. & Shuttlewood S. (1999) Changing midwifery birthing practice through audit. *British Journal of Midwifery* 7(7), 432–435.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.

Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association?

Barbara Soong, RM, IBCLC, MHA, and Margaret Barnes, RM, MA, PhD

ABSTRACT: Background: Most women will sustain some degree of trauma to the genital tract after vaginal birth. This study aimed to examine the association between maternal position at birth and perineal outcome in women who had a midwife-attended, spontaneous vaginal birth and an uncomplicated pregnancy at term. **Methods:** Data from 3,756 births in a major public tertiary teaching hospital were eligible for analysis. The need for sutures in perineal trauma was evaluated and compared for each major factor studied (maternal age, first vaginal delivery, induction of labor, not occipitoanterior, use of regional anesthesia, deflexed head and newborn birth-weight > 3,500 g). Birth positions were compared against each other. Subgroup analysis determined whether birth positions mattered more or less in each of the major factors studied. The chi-square test was used to compare categorical variables. **Results:** Most women (65.9%) gave birth in the semi-recumbent position. Of the 1,679 women (44.5%) who required perineal suturing, semi-recumbent position was associated with the need for perineal sutures, whereas all-fours was associated with reduced need for sutures; these associations were more marked in first vaginal births and newborn birth weight over 3,500 g. When regional anesthesia was used, semi-recumbent position was associated with a need for suturing, and lateral position associated with a reduced need for suturing. The four major factors significantly related to perineal trauma included first vaginal birth, use of regional anesthesia, deflexed head, and newborn weight more than 3,500 g. **Conclusions:** Women should be given the choice to give birth in whatever position they find comfortable. Maternity practitioners have a responsibility to inform women of the likelihood of perineal trauma in the preferred birth position. Ongoing audit of all clinicians attending births is encouraged to further determine effects of maternal birth position and perineal trauma, to investigate women's perception of comfortable positioning at birth, and to measure changes to midwifery practice resulting from this study. (BIRTH 32:3 September 2005)

Barbara Soong is a Clinical Midwife Consultant, Mater Mothers Hospital, Brisbane, and Margaret Barnes is a Senior Lecturer in the School of Nursing and Midwifery, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia.

The study was funded in part by the Australian Midwifery Scholarship Program, Australian College of Midwives, Canberra, Australian Capital Territory, Australia.

The views expressed here are those of the authors and do not necessarily reflect those of the Mater Health Services, Brisbane, Queensland, Australia.

Address correspondence to Barbara Soong, Department of Maternal Fetal Medicine, Mater Mothers Hospital, Raymond Terrace, South Brisbane, Queensland, 4101, Australia.

© 2005 Blackwell Publishing, Inc.

Childbirth should be a time for joy and celebration, but most women will sustain some degree of trauma to the genital tract after vaginal birth, with higher rates especially after first vaginal births and instrumental delivery (1). Short and long-term problems include perineal pain (1–3), difficulties with mobilization, and limitations in feeding positions in the postnatal period. Protracted pain can affect urinary, bowel, and sexual function over the long term (1,2).

Perineal trauma was the most frequently reported complication of labor and birth in the Queensland Perinatal Data Collection in 1996, with 46.6 percent of all public-accommodated mothers delivering in

Queensland reported to have some degree of perineal trauma (4). Brown and Lumley found that 65 percent of women who gave birth vaginally experienced perineal trauma that required suturing (5). McCandlish reported that health professionals are concerned about the impact of perineal trauma, and generally act to minimize or reduce the discomfort that may potentially occur during birth (2). Renfrew et al suggested that preventing perineal trauma would benefit a large number of birthing women (1).

The risk of perineal trauma is multifactorial, however, and some factors are beyond the control of the clinician, such as maternal body habitus, newborn weight, and previous perineal trauma. Nevertheless, some modifiable factors have the potential to improve perineal outcomes. Midwives have historically based management techniques on factors that they believe will reduce or minimize the incidence of perineal trauma, often with little or only empirical evidence to support such practices (6). Such techniques include flexing the fetal head, guarding or massaging the perineum, heat or cold application, and various maternal birthing positions (2,3,6). Several studies have compared specific categories of birth position on perineal outcomes. However, inconsistencies with definitions across studies (e.g., what constitutes upright position, horizontal position, or other alternative birth positions), and definitions used for perineal trauma have created difficulties in synthesizing data (7).

Categorically, upright positions usually include: sitting, kneeling, hands-and-knees/all-fours, squatting and standing; whereas horizontal positions usually include recumbent and/or semi-recumbent and/or lithotomy (1,10–16). Physiologically, advantages of the upright versus horizontal position include use of gravity to assist maternal effort, more efficient uterine contractions, and less autocal compression. On the other hand, it has also been associated with more perineal congestion and edema, increased blood loss (7,11,12,16,17), and more labial and third-degree tears (11,12,16). The high frequency of horizontal birth positions is probably related to the common use of continuous electronic fetal monitoring in labor, where minimal maternal movement is required to ensure a satisfactory fetal heart rate tracing (7,13).

Shorten et al concluded that the lateral position appears to be associated with an increase in likelihood of an intact perineum, whereas “alternative” birth positions (all-fours, kneeling, standing) did not perform any better than the “traditional” semi-recumbent position with respect to perineal outcomes (18). Eason et al (19) reported that maternal position during the second stage has little influence on

perineal trauma, whereas Olson et al (20) suggested that birthing position and perineal trauma are not related in primiparas, but a statistically significant association was present in multiparas. A systematic review of randomized controlled trials on the effect of different birthing positions during second stage of labor on perineal outcomes concluded that current evidence is inconclusive, and suggested that women should be encouraged to give birth in whichever position they choose (7).

Although midwives traditionally are advocates for women's choice, women may not always give birth in positions of their choice, particularly in the setting of a tertiary referral hospital, where electronic monitoring of the fetus is often performed. Women may be encouraged to use a semi-recumbent position more often to obtain a satisfactory monitor trace, and may also be favored by birth attendants to avoid back injuries, for easy access, and for visualization of the perineum (6).

In Queensland, Australia, since midwives attend more than one half of the public normal deliveries, they should be in a key position to influence practices at the time of birth. This study focused on births where a midwife was the primary caregiver, and its purpose was to assess women's birth positions and their effects on perineal trauma.

Methods

A data collection form was developed and piloted in January and February 1999. Data were prospectively collected on 5,814 women with spontaneous vaginal births at between 36 and 41 completed weeks of gestation, from 1 June 1999 to 31 March 2002 at a large public tertiary referral teaching hospital in Queensland.

Extra fields were added to the “Obstetric and Midwifery Database,” which is the main hospital database on pregnancy, labor, delivery, and the puerperium. The midwife was responsible for entering and collecting data on all births in the hospital, and the birthing suite midwife entered birth data before maternal transfer to the postnatal unit.

Study variables included age, parity, maternal position at the time of birth, accoucheur, flexion of the head, analgesia use, previous perineal trauma, birthweight, type and degree of perineal trauma, need for suture of the trauma, and estimated blood loss. Birth position was defined as position of the woman at time of birth (regardless of position during first stage of labor). The attending midwife encouraged women to give birth in positions with which they felt most comfortable. Perineal trauma was

defined as trauma requiring suturing; tears not requiring suturing were excluded. Multiple births and malpresentations were also excluded. Ethical approval was obtained from the Human Research and Ethics Committee of the Hospital.

Statistical Analysis

Statistical analyses were performed using Statistical Package for Social Science software (21). Chi-square

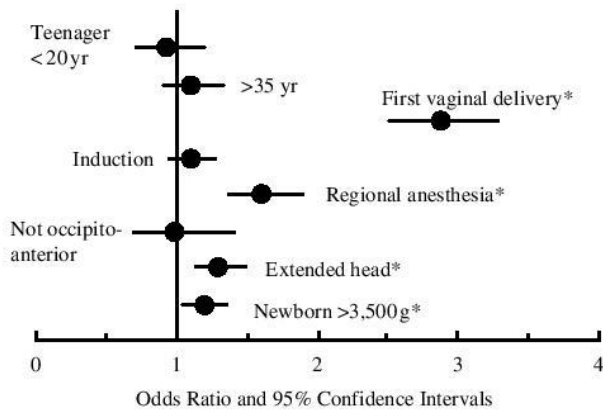


Fig. 1. Major factors related to perineal trauma (* statistically significant).

test was used to compare categorical variables, and *p* values of <0.05 were considered statistically significant; odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated.

The need for suture in perineal trauma was evaluated for each major factor studied (maternal age, first vaginal birth, induction of labor, use of regional anesthesia, not occipitoanterior, deflexed head, birthweight > 3,500 g), comparing the need for suture when each factor was present versus absent. Birth positions were compared against each other. We did not combine the positions into larger groups, since we believe that each birth position is unique and combining them into upright or horizontal groups would reduce the chance of finding significant results for individual positions.

Results

Of the 5,814 vaginal births during the study period, 3,756 were eligible for inclusion in this study, and 1,472 women (39%) experienced their first vaginal birth, including those who had a previous cesarean section. The median gravity and parity was 2 and 1, respectively. Overall, 6.7 percent were teenagers (< 20 yr), 80.5 percent were age 20 to 35 years, and 12.8 percent were over 35 years. Induction was used

Table 1. Major Factors Associated with Need To Suture Perineal Trauma

Factor	Total	Sutured No. (%)	OR	95% CI	p
Total	3,756	1,679 (44.5)			
Teenage mother (< 20 yr)	252	107 (42.5)	0.92	0.71-1.19	ns
Mature mother (> 35 yr)	479	223 (46.6)	1.10	0.91-1.33	ns
First vaginal birth	1,472	885 (60.1)	2.88	2.51-3.29	0.05
Induction of labor	956	443 (46.3)	1.11	0.95-1.28	ns
Use of regional anesthesia	826	444 (53.8)	1.61	1.38-1.89	0.05
Not occipitoanterior	131	58 (44.3)	0.99	0.70-1.41	ns
Deflexed head	1,481	717 (48.4)	1.30	1.14-1.48	0.05
Newborn birthweight > 3,500 g	1,861	868 (46.6)	1.19	1.05-1.35	0.05

Table 2. Birth Position and Need To Suture Perineal Trauma

Factor	Total	Sutured No. (%)	OR	95% CI	p
Total	3,756	1,679 (44.5)			
Semi-recumbent	2,476	1,132 (45.7)	1.16	1.01-1.33	0.05
Lateral	550	232 (44.2)	0.90	0.75-1.08	ns
Supine	50	18 (36.0)	0.70	0.39-1.25	ns
Lithotomy	27	15 (55.6)	1.57	0.73-3.35	ns
Kneeling	54	25 (46.3)	1.08	0.63-1.85	ns
All-fours	371	144 (38.8)	0.77	0.62-0.96	0.05
Squatting	47	23 (48.9)	1.20	0.67-2.13	ns
Sitting	28	13 (46.4)	1.08	0.51-2.28	ns
Standing	153	69 (45.1)	1.03	0.74-1.42	ns

in 25.4 percent of labors were induced, and regional anesthesia in 22 percent (epidural and/or spinal). At delivery 96.5 percent of babies were in the occipito-anterior position, and 39.4 percent had a deflexed (or extended) head. The mean newborn birthweight was 3,500 g, and the median Apgar scores at 1 and 5 minutes were 9.

Most women (65.9%) gave birth in the semi-recumbent position, and 14.6 percent in the lateral position, 1.3 percent supine, 0.7 percent lithotomy, 1.4 percent kneeling, 9.9 percent all-fours, 1.3 percent squatting, 0.8 percent sitting, and 4.1 percent standing.

Of the total cohort of 3,756 women, 1,679 (44.5%) required perineal suturing. Major factors analyzed in relation to perineal trauma included maternal age, first vaginal birth, induced labor, regional anesthesia, deflexed (extended) head, and newborn weight 3,500 g (Table 1).

Maternal age was not associated with perineal trauma. In the teenage group (< 20 yr), 42.5 percent experienced perineal trauma, whereas 46.6 percent of women over age 35 years sustained trauma. Induction of labor and fetal position also were not associated with perineal trauma, with 46.3 percent of women sustaining trauma when labor was induced, and 44.3 percent when the fetal position was not occipitoanterior (Table 1).

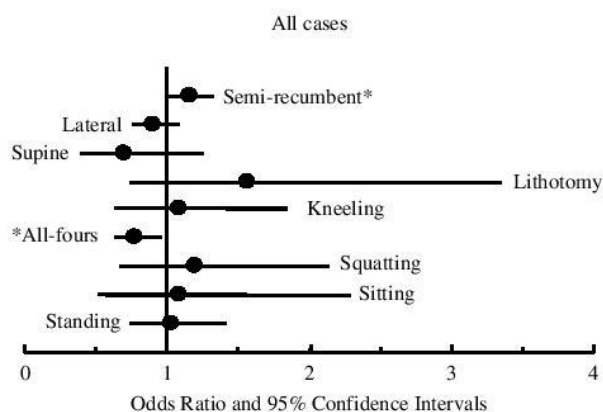


Fig. 2. Relationship between birth position and perineal trauma (* statistically significant).

Four major factors were significantly associated with perineal trauma (Fig. 1), including first vaginal birth (60.1% required suture, OR 2.88, 95% CI 2.51–3.29, $p < 0.05$); regional anesthesia (53.8% required suture, OR 1.61, 95% CI 1.38–1.89, $p < 0.05$); deflexed fetal head (48.4% required suture, OR 1.30, 95% CI 1.14–1.48, $p < 0.05$); and a newborn weighing > 3,500 g (46.6% required suture, OR 1.19, 95% CI 1.05–1.35, $p < 0.05$).

Table 2 shows the relationship between birth position and perineal trauma. Semi-recumbent position was significantly associated with more perineal trauma (OR 1.16, 95% CI 1.01–1.33, $p < 0.05$); whereas women delivering on all-fours were significantly less likely to sustain perineal trauma requiring sutures (OR 0.77, 95% CI 0.62–0.96, $p < 0.05$). Other birthing positions did not have significant associations with perineal trauma, although for some positions (sitting, squatting, kneeling, lithotomy, supine) the numbers were probably too small to reach statistical significance (Fig. 2).

To determine whether the effect of birth position was accentuated or reduced in the major groups studied (first vaginal birth, use of regional anesthesia, deflexed head, newborn birthweight > 3,500 g), further subgroup analyses were performed. The risk for sutures was increased in the semi-recumbent position, and was reduced for all-fours position in women having their first vaginal birth (OR 1.26, 95% CI 1.0–1.56 and OR 0.66, 95% CI 0.47–0.93); and for women whose newborn birthweights were > 3,500 g (OR 1.22, 95% CI 1.01–1.47 and OR 0.67, 95% CI 0.5–0.9). When regional anesthesia was used, semi-recumbent position was associated with a higher incidence of sutures (OR 1.50, 95% CI 1.06–2.12), whereas lateral position was associated with a decreased need for sutures (OR 0.43, 95% CI 0.43–0.89) (Table 3).

Discussion and Conclusions

Overall, 1,679 (44.5%) of the 3,756 study women required perineal suturing after spontaneous vaginal delivery. This incidence is similar to the findings of

Table 3. Subgroup Analysis of Factors That Determine Need To Suture Perineal Trauma

Category	Birth Position	OR	95% CI	p
First vaginal birth	Semi-recumbent	1.26	1.01–1.56	0.04
	All-fours	0.66	0.47–0.93	0.02
Use of regional anesthesia	Semi-recumbent	1.50	1.06–2.12	0.02
	Lateral	0.43	0.43–0.89	0.01
Newborn birthweight > 3,500 g	Semi-recumbent	1.22	1.01–1.47	0.04
	All-fours	0.67	0.50–0.90	0.01

Shorten et al, who reported an incidence of perineal trauma of 44.6 percent (18), and also to the rate of 46.6 percent reported in the Queensland Perinatal Data Collection (4).

The major variables assessed with respect to perineal suturing were first vaginal birth, induced labor, regional anesthesia, extended head, and a newborn birthweight over 3,500 g. First vaginal birth had the most significant influence on the rate of perineal trauma, a finding congruent with other reports (1,16). Deflexed head and newborn weight over 3,500 g were also significantly associated with more perineal trauma, which is not unexpected, since both conditions are associated with a large head size at crowning. On the other hand, the position of the fetal head (whether or not it is occipitoanterior) was not associated with perineal trauma. Surprisingly, the use of regional anesthesia was associated with perineal trauma, whereas in other studies it was not significant risk factor (6,16,18). One might conclude in this study that the use of regional anesthesia results in confinement to the bed and, hence, limited mobility and frequent adoption of the semi-recumbent position.

In the current study, 65.9 percent of women delivered in the semi-recumbent position, a rate consistent with the 65 percent reported by Lydon-Rochelle et al (15). The explanations usually given for a high percentage of women delivering in the semi-recumbent position include use of electronic fetal monitoring or easier access by birth attendants (6,7,13). Despite clinicians advocating choice for women to give birth in positions of their preference, it seems that a significant proportion of women still deliver in the semi-recumbent position. Perhaps modern Western women do not have the appropriate muscular fitness and endurance to remain in other positions, such as squatting, kneeling, or all-fours, for a lengthy time period (7,13). Unfortunately, this study showed that the semi-recumbent position was also the position significantly associated with more perineal trauma, whereas women on all-fours were significantly less likely to sustain trauma. The effect of these positions on perineal trauma was more marked in first vaginal births, and when the newborn weight was over 3,500 g.

Our results vary when compared with those of other studies. Shorten et al suggested that the lateral position (side-lying) appeared to have a protective effect on the perineum, whereas other "alternative" positions were no better than the semi-recumbent position (18). A systematic review reported that the sitting, semi-sitting and lateral positions seemed to reduce trauma to the genital tract, when compared with standing, upright or lithotomy positions (1). Conversely, another systematic review concluded

that the effectiveness of various birth positions and perineal trauma was inconclusive, and recommended that women should be supported in whatever birth position is comfortable for them (7).

This study has several limitations. The numbers in different birth categories are disparate, and since birth positions were not randomly assigned, an association could exist between birth positions and other obstetric factors that may affect perineal status. The lack of statistical significance in other birth positions cannot be taken as proof of no difference, since it may be because the numbers are too few in some groups. It is also well recognised that women change positions often during labor. The positions analyzed in our study were those of mothers at the time of birth. Whether or not the position during labor affects perineal outcome has not been explored. Other aspects of perineal management, such as perineal massage and guarding the perineum, have also not been considered.

It is well documented that perineal trauma can lead to significant short- and long-term morbidity. Evidence that demonstrates an association between particular birth positions and possible perineal trauma will assist women to make informed decisions about a birth position and contribute to changes in midwifery practice. In this study the findings suggest that when the primary birth attendant is a midwife, two thirds of women give birth in the semi-recumbent position, which is significantly associated with perineal trauma requiring sutures.

Women should be given the choice to deliver in whatever position they find comfortable. However, all clinicians working in maternity services have a responsibility to inform women of the likelihood of perineal trauma in the preferred birth position. Birth position is influenced by many factors, and research investigating women's perceptions of comfortable positioning, and the extent to which women are influenced in relation to birth position, would contribute to knowledge and literature on the topic. Until more evidence is available, an ongoing audit of midwife-attended births should continue to further determine the effects of maternal birth position and perineal trauma, and to measure any changes to midwifery practice as a result of this study.

Acknowledgments

We wish to thank the midwifery staff in Birthing Suites, Liz Hollingshead, Information Management, Mater Mothers Hospital, and Dr. Jane Jacobs, Queensland Health.

We sincerely thank Professor Fung Yee Chan and Professor Allan Chang, Mater Mothers Hospital for performing the data analyses and for their valued feedback and comments.

References

1. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth* 1998;25:143–160.
2. McCandlish R. Perineal trauma: Prevention and treatment. *J Midwifery Women Health* 2001;46:396–401.
3. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 1999;26:11–15.
4. Soong B, Grimes K, Baade P. The development of clinical indicators—the impact on midwifery practice in Queensland in the future. *Aust Coll Midwives J* 1999;12:26–31.
5. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: Results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:156–161.
6. Soong B, Jacobs J, Barnes M. Reducing perineal trauma—a study of midwives' practices at the time of birth. *Birth Issues* 2001;10:5–11.
7. Gupta JK, Nikodem VC. Position for women during second stage of labour (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
8. Albers L, Anderson D, Cragin L, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery* 1996;41:269–276.
9. Boyle M. Childbirth in bed: The historical perspective. *Practising Midwife* 2000;3:21–24.
10. Flynn P, Franiek J, Janssen P, et al. How can second-stage management prevent perineal trauma? Critical review. *Can Fam Physician* 1997;43:73–84.
11. Gareberg B, Magnusson B, Sultan B, et al. Birth in standing position: A high frequency of third degree tears. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:630–633.
12. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, et al. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labor. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:567–571.
13. Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: Moving back to basics. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:727–734.
14. Enkin M, Keirse M, Neilson J, et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2000.
15. Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. *J Nurse Midwifery* 1995;40:13–17.
16. Jander C, Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears: Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:229–234.
17. Waldenström U, Gottvall K. A randomized controlled trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second stage of labor. *Birth* 1991;18:5–10.
18. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth* 2002;29:18–27.
19. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2000;95:464–471.
20. Olson R, Olson C, Smith Cox N. Maternal birthing positions and perineal injury. *J Fam Pract* 1990;30:553–557.
21. *SPSS Inc. SPSS 11.5 for Windows*. Chicago, 2002. Access at: <http://www.spss.com>.

Copyright of Birth: Issues in Perinatal Care is the property of Blackwell Publishing Limited. The copyright in an individual article may be maintained by the author in certain cases. Content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning

Joyce Roberts, CNM, PhD, and Lisa Hanson, CNM, PhD

Despite evidence of adverse fetal and maternal outcomes from the use of sustained Valsalva bearing down efforts, current second-stage care practices are still characterized by uniform directions to "push" forcefully upon complete dilatation of the cervix while the woman is in a supine position. Directed pushing might slightly shorten the duration of second stage labor, but can also contribute to deoxygenation of the fetus; cause damage to urinary, pelvic, and perineal structures; and challenge a woman's confidence in her body. Research on the second stage of labor care is reviewed, with a focus on recent literature on maternal bearing down efforts, the "laboring down" approach to care, second-stage duration, and maternal position. Clinicians can apply the scientific evidence regarding the detrimental effects of sustained Valsalva bearing down efforts and supine positioning by individualizing second stage labor care and supporting women's involuntary bearing down sensations that can serve to guide her behaviors. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:238-245 © 2007 by the American College of Nurse-Midwives.

keywords: bearing-down efforts, childbirth, expulsive phase, laboring down, position for childbirth, second-stage pushing

INTRODUCTION

In the United States, cesarean births are performed during the second stage of labor at a rate higher than noted in other countries.¹ Second-stage care practices can have an adverse impact on fetal oxygenation, pelvic floor dysfunction, urinary or fecal incontinence, and sexual dysfunction, as well as cesarean birth rates. Evidence-based second-stage management approaches might lead to a reduction in cesareans and operative vaginal births and improve maternal pelvic floor outcomes. This article contains an update of the current literature concerning second stage labor management. Specifically, closed versus open glottis pushing and delayed versus immediate pushing are addressed. Current literature concerning maternal positions, limits on second stage duration, and laboring down will also be reviewed. Implications for applying this evidence in clinical practice as well as further research that is needed will be addressed.

BACKGROUND: SPONTANEOUS PUSHING EFFORTS

Care provider directions to laboring women to bear down with each contraction immediately upon complete dilatation of the cervix continue to be common during the management of the second stage of labor.²⁻⁵ The use of sustained Valsalva bearing down efforts results in adverse fetal acidemia or deoxygenation,⁶⁻⁹ fatigue,¹⁰ more perineal tears,¹¹ and decreased urogynecologic function, including decreased bladder capacity and an increase in the incidence of urodynamic stress incontinence postpar-

tum.^{12,13} Directed pushing might also challenge a woman's confidence in her body.¹⁴

The spontaneous bearing down efforts that women experience in the second stage of labor when not directed to push in a certain way have been observed and studied.^{8,15-17} Women push an average duration of 5 seconds, followed by several breaths for approximately 2 seconds each, and push approximately 3 to 5 times per contraction. Further, women generally wait for the contraction to build to a threshold uterine pressure (initially at least 30 mm Hg^{8,15}) before beginning to push. They bear down with varying intensity, and often do not bear down with each contraction.^{8,15,17} A deep cleansing breath at the beginning of the contraction before the commencement of bearing down, often included in directions to women about how to push, is not seen in undirected physiologic pushing behavior.^{15,17} Instead, spontaneous bearing down efforts begin at a resting respiratory volume,¹⁸ are generally accompanied by a release of air, and become progressively more forceful with fetal descent.¹⁵ Bearing down efforts early in the second stage occur at the peak of contractions and are of low amplitude.¹⁵ As second stage progresses, the frequency and force of bearing down efforts per contraction increase. A pattern in the progression of second stage has been observed when women have not been arbitrarily directed to push upon achieving complete dilatation.¹⁹ The biphasic nature of the second stage has been documented by European investigators. They have described an early (latent) phase of second stage during passive fetal descent and an "active" ("final"²⁰) stage called the "pressperiode,"²¹ characterized by more forceful pushing when the fetal head is on the perineum.

Recognition of the pattern of progression of normal second stage is an essential prerequisite to eliminate arbitrary direction to women to begin pushing upon

Address correspondence to Joyce Roberts, CNM, PhD, FACNM, FAAN, 400 North Ingalls, Room 3320A, Ann Arbor, MI 48109. E-mail: joycecnm@umich.edu

complete dilatation of the cervix. It is also vital to recognize the importance of women's involuntary urges to bear down and the abilities they have to push effectively and spontaneously, with caregiver support rather than direction.

SUSTAINED VALSALVA VERSUS SPONTANEOUS PUSHING EFFORTS

Recent clinical trials indicate that the use of spontaneous or involuntary pushing prevents fetal hypoxic effects⁹ that are associated with sustained strenuous pushing, deleterious urinary¹³ and perineal trauma,¹¹ and without risk of adverse maternal, fetal, or neonatal outcomes.¹²

Effect on the Fetus

Research findings consistently indicate that sustained strenuous bearing down efforts maintained longer than 5 to 6 seconds results in alterations in maternal and fetal hemodynamics. Specifically, sustained bearing down efforts result in lower maternal blood pressure and placental blood flow, lower fetal pH and PO₂, higher PCO₂, more frequent occurrence of nonreassuring fetal heart rate (FHR) patterns, delayed recovery of FHR decelerations and subsequent newborn acidemia, and lower Apgar scores.⁶⁻⁹

Effect on the Pelvic Floor

Sustained strenuous bearing down efforts can cause structural and/or neurologic injury to the pelvic floor.^{3,11,18} It has been proposed that when strenuous bearing down efforts are instituted before the urge to push occurs, this early pushing causes part of the vaginal wall, bladder, and support structures to be forced down in front of the fetal head, not only obstructing fetal descent but possibly contributing to the development of urinary stress incontinence. Bloom et al.^{12,13} recently published urodynamic outcomes of 320 low risk, nulliparas between 36 and 41 weeks' gestation, who were in labor without analgesia. The women were randomized to coached (N = 163) or uncoached (N = 157) pushing. Women in both groups were cared for by certified nurse-midwives (CNMs) and positioned with the head of the bed up 30 degrees at the onset of the second stage (as defined by complete cervical dilatation). Women in the coached pushing group were instructed to bear down during the peak of

the contraction for 10 seconds. The uncoached pushing group was told to "do what comes naturally" in which-ever position the women felt comfortable. A comparison of maternal (mode of delivery and perineal condition) and immediate neonatal birth outcomes (Apgar score, arterial cord pH, and need for resuscitation) between the two groups failed to reveal significant differences except for significant alterations in urodynamic testing that were reported by Schaffer et al.¹³ in a separate article. The pelvic floor and urogynecologic outcomes of a subgroup (67 coached, 61 uncoached) of the larger study were examined. All of the 128 subjects underwent testing for urodynamics and pelvic floor structure and functioning at 3 months postpartum.¹³ The practice of coached, sustained pushing during the second stage of labor resulted in decreased bladder capacity (427 mL vs. 482 mL; $P = .051$) and decreased initial urge to void (160 mL vs. 202 mL; $P = .25$), a two-fold increase in detrusor overactivity (16% vs. 8%; $P = .17$), and a nonsignificant trend towards stress incontinence (16% vs. 12%; $P = .42$). Subjects in the coached group experienced an average 13-minute shortening of the second stage. The authors concluded that coached pushing offers only the slight advantage of shortening the second stage, at the risk of long-term deleterious urodynamic and pelvic floor outcomes. These recent findings of Bloom and Schaffer et al.,^{12,13} as well as the earlier reports of Yeates and Roberts¹⁸ and Sampelle and Hines¹¹—who compared perineal outcomes between women who used strenuous, directed pushing or pushed in response to their involuntary urges—all indicated that the practice of routine sustained strenuous bearing down during the second stage of labor increases pressure on the pelvic floor, which is associated with adverse pelvic floor and perineal outcomes.

Maternal Effects

In addition to maternal and newborn birth outcomes, use of sustained strenuous bearing down results in maternal stress, lactic acidosis, and fatigue. More recently, increased maternal and fetal levels of lactate have been associated with: 1) longer maternal pushing time,^{22,23} 2) dysfunctional labor,²⁴ and 3) myometrial lactic acidosis.²⁴ With diminished uterine contractility, the need for oxytocin augmentation and epidural anesthesia increases, followed by a greater likelihood of operative vaginal delivery and the associated risk of maternal pelvic and perineal and fetal trauma. As women become fatigued, the likelihood of operative vaginal delivery increases.^{10,25,26} Therefore there can be a disruption in labor progress from lactic acidosis that occurs during sustained strenuous pushing, resulting in maternal fatigue and the need for interventions to sustain labor progress and achieve birth.

Joyce Roberts, CNM, PhD, FACNM, FAAN, is Professor of Nursing and Director of the Nursing Midwifery Program at The University of Michigan and member of the faculty in the School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

Lisa Hanson, CNM, PhD, is an Associate Professor and member of the faculty in the Nurse-Midwifery Program at Marquette University, Milwaukee, WI, and maintains a full-scope midwifery practice position at the Aurora Midwifery and Wellness Center in Milwaukee.

Coached non-Valsalva bearing down techniques that have been described and studied as alternatives to sustained bearing down include "exhale"²⁷ and "mini"²⁸ pushing. Although these techniques prevent the consequences of sustained Valsalva pushing, none has served to fully replace it in contemporary practice because they still impose external direction upon the woman's bearing down efforts that may not be in synchrony with her internal involuntary urges to push.

Support of the woman's spontaneous pushing efforts is an appropriate, evidence-based approach to care that avoids the adverse outcomes of sustained strenuous pushing.^{11,13,18,29} In the absence of some difficulty in the laboring woman's ability to push effectively, women should primarily be supported in their involuntary pushing efforts and not directed by the caregiver. In response to the potential need for more explicit information about how to support women with involuntary bearing down, Sampsel et al.³⁰ addressed the communication strategies that facilitate maternal involuntary bearing down efforts and that are supportive and encouraging of spontaneous pushing. These researchers conducted a secondary analysis of videotaped births of 20 primigravidas. Their analysis documented the positive responses of laboring women as well as the absence of adverse effects on the duration of second stage or active pushing associated with spontaneous pushing. Their report includes helpful examples of communication phrases, such as "You're doing well," and giving encouraging information, such as, "You're moving the baby down," and "You're probably feeling a lot of burning and stretching." Offering this information and encouragement as the woman was experiencing the urge to push with forceful contractions was more helpful than arbitrary direction when the caregiver noted the occurrence of a contraction.

IMMEDIATE VERSUS DELAYED PUSHING

Not all women experience an urge to bear down upon complete dilatation of the cervix. The involuntary urge to push can occur slightly before or after complete cervical dilatation when the presenting part is at an advanced station.¹⁵

"Laboring down" was first suggested by Maresh³¹ as a means of protecting the pelvic floor by allowing passive descent of the fetal head in women who were experiencing the second stage of labor with epidural anesthesia. Although the causal role of epidurals in influencing fetal position and the duration of labor is disputed, there is an association between the use of epidural analgesia and a longer length of second-stage labor as well as an increased incidence of operative delivery.³² The action of an epidural to block both sensory and motor nerve pathways results in perineal muscle relaxation, a possible delay or failure of fetal head internal rotation, reduced perception of the urge to push, and reduced efficiency of

bearing down efforts, all of which result in a longer duration of the second stage of labor and the need for operative delivery.^{33,34} When using the laboring down approach, women who reach complete dilatation are not instructed to begin bearing down immediately; instead, they are encouraged to rest until they perceive an urge to bear down or the fetal head becomes visible at the vaginal introitus.^{10,34,35}

The maternal and fetal outcomes of laboring down have been studied in a meta-analysis that included nine randomized controlled trials.³⁵ Individual trial outcomes of delayed pushing included longer second stage duration, fewer FHR decelerations, improved perineal outcomes, fewer lacerations (RR, 0.90; 95% CI, 0.70–1.17), and fewer episiotomies (RR, 0.97; 95% CI, 0.88–1.06), diminished fatigue in primigravidas,¹⁰ and less time spent actively bearing down. The main benefits were less perineal damage for the women and, in the Hansen trial,¹⁰ less fatigue for the nulliparous women. The meta-analysis revealed that the duration of second stage was lengthened by an average of 58 minutes. The time spent pushing was shorter in all of the groups who delayed until a strong urge occurred. The shorter period of active pushing was statistically significant in three of nine randomized, controlled trials but it was nonsignificant in the larger meta-analysis. There was a nonsignificant decrease in the overall incidence of cesarean births and a nonsignificant reduction in second stage cesareans, but a significant increase in spontaneous vaginal births (RR, 1.22; 95% CI, 1.05–1.42). More significant in this meta-analysis was the overall 31% reduction in rotational or mid-pelvic instrument deliveries (RR, 0.79; 95% CI, 0.55–0.95). No other differences between early versus delayed pushing groups reached statistical significance in the meta-analysis, including newborn outcomes, Apgar scores, cord blood gases, or neonatal intensive care unit admissions. Most importantly, no adverse outcomes were reported with the use of laboring down even with the prolongation of the passive phase of the second stage.

In the multi-site Pushing Early or Pushing Late with Epidural clinical trial (PEOPLE), Petrou et al.³⁶ evaluated the cost-effectiveness of delayed pushing and found that although the laboring down approach significantly reduced the incidence of difficult delivery (RR, 0.79; 95% CI, 0.66–0.95), especially rotational and mid-forceps, it was also associated with an increase in intrapartum and postnatal costs. The delayed pushing group required more clinical resources, such as nursing care, epidural boluses, oxytocin infusion, and other consumables. The cesarean deliveries and difficult deliveries required by the early pushing group required a different kind of resources, such as a pediatrician in the operating room, but the overall all costs of extended labor care for the delayed pushing group increased the cost by \$68.

Delay in maternal bearing down has advantages for the fetus. There is evidence that there is less of a decline in fetal/newborn pH when maternal pushing efforts are delayed until there is a strong maternal urge or the head is visible at the introitus.²⁰ Piquard et al.²⁰ documented that the decline in fetal pH and increases in PCO₂ and lactic acid measured from fetal scalp blood samples did not occur after complete dilatation until the women began involuntary bearing down. There was no decline or change in the fetal blood gas values during the early portion of second stage prior to maternal pushing efforts.

A recent clinical trial by Simpson and James⁹ included the measurement of fetal oxygen saturation FSpO₂ throughout second stage using a fetal oximeter probe. They randomized 45 healthy women with singleton vertex pregnancies who were admitted for induction of labor to closed glottis (Valsalva) immediate pushing at complete dilation or open-glottis delayed pushing when the participant felt an urge to push. All participants were gestational age >37 weeks' gestation, and had adequate pain relief via epidural analgesia at the onset of the second stage. The women in the closed glottis early pushing group had more episodes of fetal oxygen desaturation (FSpO₂ < 30% > 2 min) compared to the women in the open-glottis delayed group (mean 7.9 events vs. 2.7 events, respectively; *P* = .02).⁹ These results are consistent with the earlier report by Piquard²⁰ and studies that have documented the hypoxic effects of sustained strenuous bearing down efforts based on cord blood gases and FHR patterns.⁷

DURATION OF SECOND STAGE

The adoption of delayed pushing or laboring down has raised new questions about the duration of the second stage of labor. The American College of Obstetricians and Gynecologists³⁷ (ACOG) currently recommends that the duration of second stage not exceed 2 hours for a primiparae and 1 hour for a multipara without an epidural and not exceed 3 hours or 2 hours for a primiparae or multipara, respectively, with an epidural. However, there have been several large cohort studies over the past 10 years that document the lack of association between adverse infant outcomes and the duration of second stage.^{38,39} Zhang³⁹ noted that nulliparas can take up to 3 hours for the fetus to descend from +1 station to +3 station (-3 to +3 scale of descent), and then require an additional 30 minutes before the birth occurs. As indicated above, the critical factor impacting fetal and maternal outcomes is duration of active bearing down rather than duration of the second stage.^{9,13,20,35} The duration of the second stage, from complete cervical dilatation to birth, needs to be differentiated from the period of active pushing. As mentioned above, there is a time interval between the diagnosis of complete cervical dilatation and the beginning of active pushing, the period

of delay or waiting for an involuntary urge to occur. Thus, the duration of the second stage is not necessarily represented by a single time period if one considers outcomes that are associated with the occurrence or quality of maternal pushing efforts, that is, active pushing.

The randomized trials^{9,35} and other studies^{31,40} of delayed pushing, all with women with epidural analgesia, have allowed delay intervals from 60 minutes,³⁵ 90 minutes,⁴¹ 2 hours^{9,40} to 3 hours,⁴² or when the fetal head became visible at the introitus. Hansen¹⁰ allowed a 1-hour delay before active pushing for multiparas and 2 hours for nulliparas. The duration of active pushing in most of the studies was limited to 60 minutes,³⁵ but ranged from an allowance of 35 minutes⁴⁰ to 2 hours.⁴² Overall, the duration of the second stage was longer in the delayed pushing groups, reflecting the longer passive period and the shortening of active bearing down when delayed pushing is used. Despite these findings, there are no clear parameters for optimal periods of delay before bearing down or active pushing.

Other aspects of the second stage that have not been consistently addressed in considering the period of delay before encouraging active pushing are fetal position and station. While these parameters are sometimes provided in the descriptive data of a clinical trial, and they are the key criteria for assessing second stage progress in a second-stage partogram,⁴³ they have not been used in deciding when the women should start pushing. It has been recognized that fetal station is associated not only with the urge to push (Ferguson's reflex) but that lower fetal station (at least +2) is associated with more effective bearing down.⁵ The large multicenter, randomized, controlled trial by Fraser et al.^{42,44} documented that the women who benefit most from delayed pushing are those whose fetal station was higher than a +2 at complete dilatation. Fetal malposition, particularly occiput posterior, is also associated with adverse maternal and perinatal outcomes.^{33,44,45} Women whose fetuses are transverse or posterior might also benefit from delayed pushing, thereby allowing for fetal head rotation.^{33,44,46} The positional strategies that might facilitate anterior rotation merit consideration during the early phase of the second stage before directing a parturient in active pushing.

MATERNAL POSITIONS

Maternal positions used by and recommended for laboring women are an essential component of the process of second-stage labor care. Although most women in the United States continue to experience the second stage in the lithotomy position, use of the supine position is associated with negative maternal, fetal, and neonatal hemodynamic outcomes.^{29,47} Even in nonprescriptive environments there appears to be a cultural preference to give birth in bed.¹⁶ Despite the persistence of the use of

recumbent positions for birth, the evidence supports the merit of upright positions. Although the quality of 20 trials in the 2004 Cochrane analysis of position in the second stage of labor for women without epidural anesthesia is variable, upright positions were associated with a slight reduction in second stage duration (4.28 min; 95% CI, 2.93–5.63 min), a small reduction in assisted deliveries (RR, 0.80; 95% CI, 0.69–0.92), a reduction in episiotomies (RR, 0.83; 95% CI, 0.75–0.92), an increase in second-degree perineal tears (RR, 1.63; 95% CI, 1.29–2.05), fewer abnormal FHR patterns (RR, 0.31; 95% CI, 0.08–0.98), and less severe pain (RR, 0.73; 95% CI, 0.60–0.90).⁴⁷ For women with epidural anesthesia, the use of upright positions was associated with significantly less maternal pain, fewer operative vaginal and cesareans births, and a reduction in second stage duration.⁴⁸

Postural changes have been suggested as an intervention to rectify asynclitism or malposition of the fetal head.⁴⁹ Position change has also been recommended as a potential way to prevent lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries associated with sustained strenuous bearing down for women who have epidural analgesia.⁴ The prolonged use of a dorsal position with exaggerated flexion of the legs was associated with these postpartum neurologic injuries.⁴ Thus, change of position, the avoidance of prolonged use of supine position, or exaggerated flexion of the legs as well as the use of upright positions have been used to prevent adverse maternal and fetal outcomes. When maternal preference or satisfaction has been considered, women indicate that they prefer the position they used, recumbent or upright, and in which they are the most comfortable.⁴⁸

DISCUSSION

Previous reviews^{51,52} of second-stage labor have stressed the adverse effects of sustained strenuous pushing and recumbent positions. In addition the progression of second stage in phases was proposed as the basis for making decisions about interventions, including direction or encouragement to women to push.⁵² This review of current research has provided further evidence that supports spontaneous bearing down to improve maternal and fetal birth outcomes rather than arbitrary direction to push upon cervical dilatation. The consideration of maternal urodynamic¹³ and perineal outcomes¹¹ and fetal oxygenation⁹ using new or additional measures has yielded evidence that is not only consistent with earlier research advocating the support of involuntary maternal efforts^{7,11,15,17,18} but also supports the laboring down approach. Delaying direction in pushing until the woman has an involuntary urge or the fetal head is visible on the perineum has been shown to reduce the incidence of forceps-assisted births by a third, lessens the need for a cesarean birth, and shortens the active bearing down

phase of the second stage. These benefits are especially evident for women with epidural analgesia and whose fetus is higher than a +2 station when complete dilatation is detected. However, there is not explicit, published, evidence of the benefits of delayed pushing for women without an epidural. The evidence presented supports that unanesthetized women would also benefit from strategies that would shorten the phase of active pushing.

Anecdotally, bedside providers have occasionally delayed the identification of “second stage” until the woman exhibited an urge to push in order to avoid the imposition of arbitrary time limits for the duration. They essentially reconceptualize second stage as being accompanied by bearing down.⁵³ Time spent in the phase of active bearing down is the more critical time interval than the total duration of the second stage in regards to the decline in fetal pH (the development of hypoxia and acidosis²⁰ and the occurrence of maternal perineal or denervation injury).³ However, failure to identify or acknowledge complete cervical dilatation might result in a delay in recognizing failure of descent in the second stage and delay necessary intervention. An approach where passive descent is supported until obstetric conditions (advancing station and anterior fetal rotation) are optimal for further descent, and where the duration of the phase of active pushing is shortened by encouraging effective maternal bearing down is consistent with the evidence presented. This involves awaiting an involuntary urge to push and considering fetal position and station before directing a woman to push. The clinical questions should be “What station is the presenting part and does she have an urge to push?” and, in reference to duration, “How long has she been pushing effectively?” rather than “How long has she been complete?”

Recommendations for Research

Laboring women are offered instrumental vaginal birth or cesareans when the total duration of the second stage of labor duration exceeds specified time limits. More study of the average duration and biologic parameters specific to the passive and active phases of second stage is needed. Specifically, the optimal “delay” between complete dilatation and the encouragement of active bearing down has yet to be determined. This might serve to establish more useful criteria for intervention that would not be based on total second-stage duration alone, but rather on the duration of active pushing. Translational research might provide the means to discontinue uniform instructions to use sustained Valsalva pushing. Future research needs to address delayed pushing for women with and without anesthesia, identify the indicators that could serve to guide caregivers in deciding when to offer direction in pushing, and inform the use of maternal positioning and other strategies that might facilitate second stage progress. Finally, longitudinal outcome

studies are needed to determine the impact sustained strenuous bearing down has on genital prolapse later in life.

Maternal position for birth remains a topic of continued research, particularly for women with epidural analgesia for whom position change is more difficult. The meta-analyses of second stage position for women with and without an epidural identified many benefits for upright position, including a shortened second stage duration, fewer operative vaginal deliveries, and less maternal pain and perineal damage from episiotomy and forceps births.^{47,48} Lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries have been identified a result of the use of exaggerated dorsal position where the legs are flexed for a prolonged periods.⁴ These injuries might be avoided by encouraging position changes. Further research is needed addressing ways to assist women with effective epidurals to push effectively and avoid injury.

Laboring women most often assume the position the care provider recommends to them.^{50,54} Thus, clinicians play a significant role in translating research findings into practice and preventing adverse birth outcomes. It has been noted that research findings about maternal positioning and bearing down have not yet been fully implemented in maternity care settings, even when a multicenter research utilization protocol was initiated.^{55,56} The contemporary emphasis on safe care practices might influence a review of best practices and avoidance of approaches to care that incur adverse outcomes, such as discouraging prolonged breath holding with bearing down and allowing a delay in directing women with an epidural to push until the urge to push is felt (for up to 2 hours for nulliparous women and up to 1 hour for multiparous women).^{10,56} Sampselle et al.³⁰ speculated that labor nurses might not know how to offer supportive care and provided examples of the language and strategies that can be used as an alternative to uniform directions to use sustained Valsalva pushing. They also found that women in labor changed their position more often when the caregiver encouraged spontaneous pushing. Therefore, encouraging women to respond to their involuntary urge to push and to achieve comfort might enable favorable positional variation.

The autonomy of the attending midwife also appears to impact the context and management of the second stage of labor. Thomson¹⁷ found that more assertive midwives were the most successful in achieving maternal position changes that improved the effectiveness of bearing down efforts. Increased autonomy in midwifery practice was also associated with use of non-lithotomy maternal positions.⁵⁴ While there is a paucity of research in this area, optimal second stage progression, improved outcomes, and practitioner autonomy appear to be inextricably linked.

Key Points For Management Of The Second Stage Of Labor

- Bearing down should be delayed until the urge to push is felt, especially for women with an epidural.³⁵
- Prolonging the early, passive, phase of second stage carries no risk to the mother or fetus.^{12,17,20}
- Shortening the phase of active pushing and avoiding breath-holding to minimize hypoxic stress for the fetus^{9,20} and pelvic or perineal damage for the woman.^{3,11,13,18}
- Bearing down efforts maintained for less than 6 seconds appear to be safe for the fetus.^{8,15}
- If periods of fetal bradycardia occur, Valsalva-type bearing down efforts can produce more harm than benefit to an already compromised fetus.^{6,9}
- Women should be discouraged from prolonged breath holding.⁹
- When maternal preference or satisfaction has been considered women prefer being upright because of comfort.^{47,57}
- An environment where women feel free to choose positions that provide comfort might also facilitate labor progress.

In addition to supportive communication, the guidelines listed above will serve to modify provider and client approaches and promote the transition of this evidence into practice.

CONCLUSION

Ideally, management of the second stage of labor is determined by the laboring woman herself; however, care practices are ultimately guided by or negotiated with the provider and intrapartum nurses. The impact midwives have on second-stage care is a function of their philosophy, beliefs, and behaviors, as well as their physical proximity to the laboring woman.⁵⁷ Tailoring second-stage labor practice to meet the needs of individual women and to follow their own intuitive pattern of behavior is superior to following a blueprint of arbitrary care. When women identify, respond to, and are supported in their own pattern of bearing down in self-selected non-lithotomy positions, optimal fetal, maternal, and neonatal outcomes might result. Midwives who remain present during active labor can help prepare women and the environment for physiologic management of the second stage. Further, midwives balance their own knowledge, beliefs, and intuitions while limiting unnecessary interference. They respond to the individual woman's needs at a time of intense physical sensations and heightened emotional vulnerability. The application of scientific evidence at each birth is an avenue for change. Broader transformation is needed so that every woman giving birth has an opportunity to experience second-stage management that is not only evidence-based but also individualized to her personalized needs. Placing women at the center of second-stage management is congruent with the evidence and the hallmarks of midwifery practice.

REFERENCES

1. Frigoletto FD Jr, Lieberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995;333:745-50.
2. Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. Normal labor: Mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32:145-64.
3. Handa V, Harris T, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: Obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996;88:470-8.
4. Wong CA, Scavone BM, Dugan S, Smith JC, Prather H, Ganchiff JN, et al. Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries. *Obstet Gynecol* 2003;101:279-88.
5. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Kopelman JN, Weiner CP. Pushing in labor: Performance and not endurance. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1339-44.
6. Aldrich C, D'Antona D, Spencer J, Wyatt J, Peebles D, Deply D, et al. The effect of maternal pushing on fetal cerebral oxygenation and blood volume during the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:448-53.
7. Barnett MM, Humenick SS. Infant outcomes in relation to second stage labor pushing method. *Birth* 1982;9:221-8.
8. Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseiro JJ, Lafaurie N, Kettenhuber K, et al. The bearing-down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation and acid-base balance. *J Perinat Med* 1981;9:63-7.
9. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being. *Nurs Res* 2005;54:149-57.
10. Hansen S, Clark S, Foster J. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2002;99:29-34.
11. Sampsel C, Hines S. Spontaneous pushing during birth: Relationship to perineal outcomes. *J Nurse Midwifery* 1999;44:36-9.
12. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JJ, McIntire SS, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:10-3.
13. Schaffer JJ, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized control trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second-stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1692-6.
14. Lothian J. Pushing: Coping with conflicting or negative feedback during birth. *J Perinat Educ* 1995;4:7-8.
15. Roberts J, Goldstein S, Gruener J, Maggio M, Mendez-Bauer C. A descriptive analysis of involuntary bearing-down efforts during the expulsive phase of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1987;16:48-55.
16. Rossi MA, Lindell SG. Maternal positions in a non-prescriptive environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1986;15:203-8.
17. Thomson A. Maternal behavior during spontaneous and directed pushing in the second-stage of labour. *J Adv Nurs* 1995;22:1027-34.
18. Yeates D, Roberts J. A comparison of two bearing-down techniques during second stage of labor. *J Nurse Midwifery* 1984;29:3-11.
19. Aderhold KJ, Roberts JE. Phases of second stage labor—Four descriptive case studies. *J Nurse Midwifery* 1991;36:267-75.
20. Piquard R, Schaefer A, Hsiung R, Dellenbach P, Haberey P. Are there two biological parts in the second stage of labor? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:713-8.
21. Roemer VM, Harms K, Buess H, Horvath TJ. Response of fetal acid-base balance to duration of second stage labour. *Int J Gynecol Obstet* 1976;14:455-71.
22. Nordstrom L, Malcus P, Chua S, Shimojo N, Arulkumaran S. Lactate and acid-base balance at delivery in relation to cardiocography and T/QRS ratios in the second state of labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;76:157-60.
23. Nordstrom L, Achanna S, Kaka K, Arulkumaran S. Fetal and maternal lactate increase during active second stage of labour. *BJOG* 2001;108:263-8.
24. Quenby S, Pierce SJ, Brigham S, Wray S. Dysfunctional labor and myometrial lactic acidosis. *Obstet Gynecol* 2004;103:718-23.
25. Chalk A. Limits on second stage pushing and time. *Br J Midwifery* 2004;12:568-72.
26. Mayberry L, Gennaro S, Strange L, De A. Maternal fatigue: Implications of second-stage labor nursing care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999;28:175-81.
27. McKay SR. Second stage labor—Has tradition replaced safety? *Am J Nurs* 1981;81:1016-9.
28. Woolley D, Roberts J. Second stage pushing: A comparison of Valsalva-style with "mini" pushing. *J Perinat Educ* 1995;4:37-44.
29. Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second-stage of labour. In: Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al, editors. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press, 2000. pp. 290-8.
30. Sampsel CM, Miller JM, Luecha Y, Fischer K, Rosten L. Provider support of spontaneous pushing during the second-stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:695-702.
31. Maresh M, Choong KH, Beard RW. Delayed pushing with lumbar epidural analgesia in labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90:623-7.
32. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol* 2005;105:974-82.
33. Senecal J, Xu X, Fraser WD, for the PEOPLE (Pushing Early Or Pushing Late with Epidural) study group. Effect of fetal position on second stage duration and labor outcome. *Obstet Gynecol* 2005;105:763-72.
34. Mayberry LJ, Hammer R, Kelly C, True-Driver B, De A. Use of delayed pushing with epidural anesthesia: findings from a randomized, controlled trial. *J Perinatol* 1999;19:26-30.
35. Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: A system-

atic review and meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:1333-40.

36. Petrou S, Coyle D, Fraser WD. Cost-effectiveness of a delayed pushing policy for patients with epidural anesthesia. The PEOPLE (pushing early or pushing late with epidural) study group. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1158-6.

37. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dystocia and augmentation of labor. ACOG practice bulletin no. 49. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2003.

38. Myles TD, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:52-8.

39. Zhang J, Troendle J, Vancey M. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:824-8.

40. Manyonda I, Shaw DE, Drife JO. The effect of delayed pushing in the second stage of labor with continuous lumbar epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69:291-5.

41. Plunkett BA, Lin A, Wong CA, Grobman WA, Peaceman AM. Management of the second stage of labor in nulliparas with continuous epidural analgesia. *Obstet Gynecol* 2003;102:109-14.

42. Fraser WD, Marcoux S, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second state of labor with continuous epidural analgesia: The PEOPLE (pushing early or pushing late with epidural) study group. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1165-72.

43. Sizer AR, Evans J, Bailey SM, Viener J. A second stage partogram. *Obstet Gynecol* 2000;96:678-83.

44. Fraser WD, Cayer M, Soeder BM, Turcot L, Marcoux S, for the PEOPLE (Pushing Early Or Pushing Late with Epidural) study group. Risk factors for difficult delivery in nulliparas with epidural analgesia in second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2002;99:409-18.

45. Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2003;101(5 Pt 1):915-20.

46. Ness A, Goldberg J, Berghella V. Abnormalities of the first and second stages of labor. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32:201-20.

47. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1, Art No: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.

48. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural anesthesia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:794-8.

49. Simkin P, Ancheta R. *The labor progress handbook*. Oxford: Blackwell Science, 2005.

50. DeJonge A, Lagro-Janssen ALM. Birthing positions: A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:47-55.

51. Roberts JE. The "push" for evidence: Management of the second stage. *J Midwifery Womens Health* 2002;47:2-15.

52. Roberts JE. A new understanding of the second stage of labor: Implications for nursing care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:794-801.

53. Rothman BK. Midwives in transition: The structure of a clinical revolution. In: Conrad P, editor. *The sociology of health & illness: Critical perspectives*, 5th ed. New York: St. Martin's Press, 1997. pp. 339-47.

54. Hanson L. Second-stage positioning in midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *J Nurse Midwifery* 1998;43:326-30.

55. Niesen KM, Quirk AG. The process for initiating nursing practice changes in the intrapartum: Findings from a multisite research utilization project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:709-17.

56. Simpson KR. The context and clinical evidence for common nursing practices during labor. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005;30:356-63.

57. Kennedy HP, Shannon MT. Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:554-60.

Copyright of Journal of Midwifery & Women's Health is the property of Wiley-Blackwell and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

ANEXO XII – QUADROS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Análise do artigo “The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor”

Título	The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor.
Autores	Marianne J. Nieuwenhuijze (Chefe de um centro de investigação em ciência obstétrica na Holanda), Lisa Kane Low (Diretora do programa de educação obstétrica e professora universitária nos Estados Unidos da América), Irene Korstjens (Conferencista e investigadora num centro de investigação em ciência obstétrica na Holanda) e Toine Lagro-Janssen (Professor universitário na Holanda).
País/Ano	Estados Unidos da América, Maio/Junho de 2014.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo, exploratório.
Nível de Evidência	VI
Objetivos	Explorar a comunicação entre os prestadores de cuidados na maternidade e as mulheres durante o 2º estágio do TP, tendo em conta a tomada de decisão sobre a posição de parto.
Participantes	41 Nulíparas com idade igual ou superior a 18 anos, durante o 2º estágio do TP, entre 2000 e 2006, com gravidezes de termo e de baixo risco que pariram num hospital universitário da região centro oeste dos Estados Unidos da América. Seus prestadores de cuidados na maternidade, durante o 2º estágio do TP.
Intervenções	Analisadas e transcritas na íntegra 41 cassetes áudio de mulheres e seus prestadores de cuidados na maternidade, durante o 2º estágio do TP.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • As mudanças de posições de parto foram mencionadas mais frequentemente quando o 2º estágio do TP se prolongava mais e os enfermeiros obstetras eram os responsáveis pelos cuidados. • Os enfermeiros obstetras foram ouvidos a oferecer uma maior variedade de posições de parto. • Quase todas as mulheres mudaram várias vezes de diferentes posições de parto tendo em conta o seu conforto, o progresso do TP e o sofrimento fetal. • O papel dos prestadores de cuidados na maternidade foi significativo para permitir às mulheres a escolha das várias posições de parto e, assim obter a sua participação na tomada de decisão. A escolha da posição de parto teve em consideração a avaliação clínica, as preferências da mulher e as suas respostas. • As posições de parto mais oferecidas às mulheres foram as posições de cócoras e de gatas. As posições de sentada, supina ou laterais foram menos oferecidas. Posições em pé foram oferecidas ocasionalmente. • As posições mais frequentemente usadas pelas mulheres foram a supina, sentada, de cócoras e as laterais. • Várias vezes, as posições foram alteradas para atender à solicitação da mulher. Quando as mulheres pediam uma posição de parto específica, foi principalmente a posição vertical. As mulheres nunca pediram para usar uma posição supina. • De uma forma global, neste estudo verificou-se que foi dada informação limitada à mulher e ao seu companheiro sobre as posições de parto, e em alguns casos, as posições de parto só foram discutidas quando o 2º estágio do TP se tornou mais longo ou o seu progresso foi limitado. Este achado foi considerado surpreendente tendo em conta que a mulher tinha acesso à informação sobre as posições de parto durante a gravidez e a discussão sobre as posições de parto podia ocorrer antes do TP.

- Foram constatadas as seguintes categorias de comunicação nos cuidados tendo em conta o envolvimento ativo das mulheres na tomada de decisão sobre as posições de parto: ouvir as mulheres, proporcionar encorajamento, dar informação, oferecer opções, proporcionar apoio, empatia e interação.

Conclusões:

- A tomada de decisão partilhada requer tempo, conversa e oportunidade para perceber as preferências e desejos das mulheres.
- A dor no parto, a urgência de determinadas decisões, as ideias pré existentes das mulheres e os seus desejos influenciam o processo de tomada de decisão partilhada.
- A tomada de decisão partilhada relativa às posições de parto é um processo complexo, não é um processo linear com uma abordagem correta.
- O processo tem que ser adaptado aos desejos das mulheres, conforto e também tem que considerar as circunstâncias clínicas.
- A tomada de decisão partilhada entre as mulheres e os seus prestadores de cuidados na maternidade pode ter um efeito positivo sobre a perceção do parto e pode melhorar os resultados relacionados com o 2º estadio do TP.

Análise do artigo “Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives”

Título	Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives.
Autores	Ank de Jonge (Parteira e investigadora na holanda), Doroth A. M. Teunissen (Médica na holanda), Mariet Th. van Diem (Parteira e investigadora na holanda), Peer L H. Scheepers (Professor na holanda) e Antoine L. M. Lagro-Janssen (Médico e professor na holanda).
País/Ano	Inglaterra, Agosto de 2008.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo, grupos focais.
Nível de Evidência	VI
Objetivos	Explorar as opiniões das parteiras sobre as posições das mulheres durante o 2º estadio do TP.
Participantes	6 Grupos focais com uma amostra intencional de 31 parteiras de diferentes locais de trabalho. Cada grupo com 4 a 6 parteiras. Estudo realizado entre maio de 2006 a março de 2007, com parteiras de cuidados primários na Holanda. Estas parteiras realizaram partos vaginais espontâneos, de termo, com fetos únicos em apresentação cefálica e de baixo risco.
Intervenções	Questionário e entrevistas às parteiras em grupos focais com discussão de ideias sobre as posições de parto (experiência com as posições de parto, informações que elas dão às mulheres sobre as posições, fatores que influenciam o uso das posições e conhecimentos e competências para assistir os partos nas várias posições).
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas parteiras informaram as mulheres sobre as opções de posição durante uma sessão de informação, mas a maioria só deu informações quando as mulheres questionaram sobre as posições de parto. • Apenas uma parteira referiu que rotineiramente discute as posições de parto com as mulheres na clínica pré-natal. • A maioria das parteiras tanto preferiam a posição supina como a posição de parto vertical. As que preferiam as posições verticais usam frequentemente o banco de parto. • Embora várias parteiras tivessem referido que a posição supina é muito comum, algumas comentaram que nem sempre é benéfica para as mulheres. • Muitas vezes as mulheres pariram na posição de parto preferida da parteira e as parteiras referiram estar bastante conscientes da sua influência e nem sempre se sentiram felizes por isso. • A preferência da mulher era o ponto de partida para a escolha da posição de parto, mas as parteiras podiam sugerir outras opções, se isso fosse do interesse da mulher. • Fatores obstétricos (progresso do TP, sofrimento fetal, perda hemática, dor, cansaço) e condições de trabalho (conforto dos profissionais, material) seriam razões para se desviarem das preferências das mulheres. • Algumas parteiras eram menos flexíveis e não usavam posições não supinas, mesmo que as mulheres quisessem. • Algumas parteiras não proporcionavam às mulheres determinadas posições que lhes proporcionavam dificuldades na assistência ao parto e usavam truques para que a mulher parisse na cama, por exemplo, pediam-lhes para se deitarem para um exame vaginal momentos antes do parto.

- Na maioria dos grupos as parteiras referiram que preferiam realizar uma episiotomia ou um exame vaginal na posição supina e como resultado muitas vezes as mulheres passaram a ter um parto numa posição supina.
- Em 5 grupos, as parteiras referiram que para o momento do parto colocavam a mulher em posição supina para ter uma melhor visão do períneo ou porque conduzir o parto nesta posição era mais fácil.
- Algumas parteiras inclinavam-se mais para a posição supina em caso de deteção de problemas como perda hemática aumentada ou sofrimento fetal, por acharem que nessa posição é mais fácil lidar com os problemas detetados.
- Um quarto das parteiras indicou que os últimos 10 partos a que tinha assistido foram todos em posição supina.
- Se o progresso do TP estava a ser lento ou os puxos não efetivos, as parteiras usavam posições verticais. Se o TP estava a ser rápido de mais usavam a posição supina para que fosse mais controlado.
- A exposição limitada às posições não supinas foi uma razão importante para que as participantes não as usassem. Os alunos muitas vezes só adquirem experiência na assistência aos partos em posição supina e depois enquanto profissionais a supervisionar outros alunos também lhes vão ensinar só as posições supinas, criando-se assim um ciclo vicioso que explica a dominância desta posição de parto.
- As posições de parto que as parteiras preferiam dependiam da exposição que elas tiveram às várias posições durante a sua formação académica e profissional, dos seus conhecimentos e competências, das rotinas que tinham desenvolvido e da sua experiência enquanto parteiras. Muitas parteiras tinham uma experiência muito limitada com posições não supinas.
- Algumas parteiras referiram que o grupo de discussão as motivou a tentar posições não supinas no futuro.

Conclusões:

- Para dar às mulheres uma escolha informada sobre as posições de parto, as parteiras precisam de lhes dar informações durante a gravidez e discutir as suas preferências de posicionamento.
- Porém, as mulheres devem estar preparadas para a imprevisibilidade dos seus sentimentos durante o TP e para os fatores obstétricos que podem interferir com a escolha da sua posição.
- As parteiras e os alunos de obstetrícia precisam de ganhar experiência na assistência a partos em posições não supina.

Análise do artigo “Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?”

Título	Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?
Autores	Barbara Soong (Parteira num hospital na Austrália) e Margaret Barnes (Professora numa escola de enfermagem obstétrica na Austrália).
País/Ano	Inglaterra, Setembro de 2005.
Tipo de Estudo	Estudo quantitativo, teste de qui-quadrado.
Nível de Evidência	III
Objetivos	Examinar a associação entre a posição de parto materna (posição no 2º estadio do TP) e o resultado perineal.
Participantes	Mulheres que tiveram um parto vaginal (com um gravidez de baixo risco, de termo e com feto único) assistido por uma parteira.
Intervenções	Análise do banco de dados de 3756 partos de um hospital público australiano (avaliação da necessidade de sutura perineal e comparação entre as diversas posições de parto). Os partos analisados ocorreram entre 01 de junho de 1999 e 31 de Março de 2002. As parteiras incentivaram as mulheres a parir nas posições em que elas se sentiram mais confortáveis. Variáveis incluídas no estudo: idade, paridade, posição de parto, flexão da cabeça fetal, uso de analgesia, trauma perineal prévio, peso ao nascer, tipo e grau do trauma perineal, necessidade de sutura do trauma perineal e perda hemática.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria das mulheres (65,9%) pariu na posição semi recostada (semi reclinada). As explicações dadas pelos autores para este facto incluem: monitorização fetal, acesso mais fácil por parte das parteiras, escolha das mulheres e o facto das mulheres não terem uma musculatura adequada e resistência para permanecerem em posições como de cócoras, de joelhos ou de gatas por um período de tempo longo. • Do total, 17,4% das mulheres pariu numa posição vertical. • A posição semi recostada (semi reclinada) foi associada a maior necessidade de sutura perineal. • A posição de gatas foi associada a menor necessidade de sutura perineal. <p>Conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Às mulheres deve ser dada a opção de poderem parir em qualquer posição que achem confortável. • Os profissionais têm a responsabilidade de informar as mulheres sobre a probabilidade de trauma perineal no nascimento tendo em conta a posição eleita, para que as mulheres tomem decisões conscientes. • Devem ser encorajadas auditorias aos partos para determinar os efeitos da posição de parto no trauma perineal, para investigar a percepção das mulheres sobre as posições de parto confortáveis e para avaliar que mudanças são necessárias para a prática das parteiras.

Análise do artigo “Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning”

Título	Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning.
Autores	Joyce Roberts (Professor de enfermagem e diretor do programa de enfermagem obstétrica numa universidade dos estados unidos da américa) e Lisa Hanson (Professora e parteira nos estados unidos da américa).
País/Ano	Estados Unidos da América, Maio/Junho de 2007.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo, revisão sistemática da literatura.
Nível de Evidência	V
Objetivos	Estudar os esforços expulsivos maternos e as posições de parto, durante o 2º estadio do TP.
Participantes	Parturientes e parteiras presentes na literatura referentes ao 2º estadio do TP.
Intervenções	Revisão sistemática da literatura.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • As posições maternas são um componente essencial do processo do 2º estadio do TP. • A maioria das mulheres nos estados unidos continuam a usar a posição de litotomia durante o 2º estadio do TP apesar desta posição estar associada a resultados hemodinâmicos maternos, fetais e neonatais negativos. • A evidência suporta o mérito das posições verticais, que têm várias vantagens, tais como: redução da duração do 2º estadio do TP, redução dos partos instrumentados, redução de episiotomias, menos sofrimento fetal e menos dor severa. • As mudanças das posições de parto têm sido sugeridas como uma intervenção para corrigir o assinclitismo ou o mau posicionamento da cabeça fetal. • Quando a preferência materna ou a sua satisfação é considerada, as mulheres preferem estar na posição vertical tendo em conta o conforto. • Um ambiente onde as mulheres se sentem livres para escolher as posições que proporcionam conforto também pode facilitar o progresso do TP. • Na maioria das vezes a parturiente assume a posição que o prestador de cuidados lhe recomenda. • Tem-se observado que os resultados da investigação sobre o posicionamento materno ainda não foram totalmente implementados nas maternidades, nem mesmo quando já foi iniciado um protocolo. • A maior autonomia na prática das parteiras foi associada ao uso de posições maternas não supinas. • É necessário promover a transição da evidência para a prática. <p>Conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A aplicação das evidências científicas em cada nascimento é um caminho para a mudança. • Os cuidados prestados durante o 2º estadio do TP, para além de terem por base as evidências, também têm que ser individualizados e personalizadas, conforme as necessidades de cada parturiente.