

**Mesa do Colégio da
Especialidade de Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**

PARECER Nº 16 / 2011

**ASSUNTO: REALIZAÇÃO E POSICIONAMENTO DA GRÁVIDA DURANTE A MONITORIZAÇÃO/REGISTO CARDIOTOCOGRÁFICO
ELECTRÓNICO EXTERNO EM CONSULTA DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL**

Fundamentação

Nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (EOE) e nas suas atribuições, no nº1 do artigo 3º, pode ler-se: A Ordem tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional. Destas atribuições, no nº 2 do mesmo artigo salientam-se as alíneas: a) Zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros; b) Assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional; d) Definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros e regulamentar o exercício da profissão¹.

A mesma Lei contempla, no artigo 31º-A, no ponto 1 que os Colégios de Especialidade são órgãos profissionais que detêm competências atribuídas conforme o ponto n.º 4 alínea c), onde se lê: Definir as competências específicas da especialidade. No âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, estas competências foram aprovadas por maioria em Assembleia do Colégio a 11 de Setembro de 2010 e publicadas em DR, 2.ª série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011, no Regulamento n.º 127/2011.

Ainda, de acordo com o seu Código Deontológico, os enfermeiros devem actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma (...); trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; integrar a equipa, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços². Sempre que exigível, por força das condições do cliente, deve, o enfermeiro, referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde.

De acordo com Artigo 4º, ponto 2, Capítulo II do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro: o Enfermeiro Especialista é o Enfermeiro habilitado (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Consideram-se cuidados de enfermagem as intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

No mesmo documento, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, onde se estabelece o regime jurídico, no Artigo 9º, ponto 4, são enumeradas as intervenções de enfermagem, cuja concretização depende da área de prestação em causa, explicitando que ...em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais: a) Organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção; b) Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo (...); c) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade; d) Participam na coordenação e dinamização das actividades

¹ Artigo 91º, Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril e Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro

² Ibidem

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório (...); f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios (...); g) Procedem ao ensino do utente (...).

O mesmo artigo refere também no ponto 5 que os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso (...) da saúde em geral”.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) visa regular a certificação de competências específicas deste. Assim, o EEESMO (...) assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida da mulher³.

As competências específicas, necessárias ao exercício profissional dos EEESMO, são subjacentes aos conhecimentos e capacidades adquiridas na sua formação⁴. As competências científicas, técnicas e humanas adquiridas durante a formação (Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia ou equivalente) são as necessárias para obtenção do título que lhes confere o reconhecimento destas competências, o que permite ao EEESMO, assumir os cuidados de enfermagem a prestar à mulher nas seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar e pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, ginecologia e comunidade.

A cada competência corresponde um descritivo e a esse descritivo, três unidades de competência, operacionalizadas por critérios de avaliação, norteadores do desempenho do EEESMO.

Também a directiva n.º 36/2005/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, transposta para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de Agosto, Decreto-Lei n.º 333/87, de 1 de Outubro e Lei n.º 9/2009, de 4 de Março determina no seu artigo 39º, ponto 2, alínea b) que “Diagnosticar a gravidez, vigiar a gravidez normal e efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal;” é uma actividade inerente ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, clarificando os cuidados inerentes à prática de excelência na área de saúde da mulher.

A avaliação do bem-estar materno-fetal através da auscultação e/ou monitorização da frequência cardíaca fetal integra uma das competências específicas, fundamentada em conhecimentos científicos e técnicos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, descritos na competência H2. Cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, cujos critérios de avaliação correspondem à Unidade de Competência H2.2.: Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal⁵ (...)

De acordo com o ponto 1 do art.º 76º, Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, nas intervenções implementadas pelo enfermeiro, este deve observar todos os princípios inerentes à boa prática de enfermagem **devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional**, assumindo o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Salienta-se, no entanto, que essas competências não podem ser unicamente circunscritas aos conteúdos abordados na formação académica, sendo a formação contínua um recurso de similar importância e a mobilizar. Neste sentido, se o EEESMO mantém a sua actualização e aperfeiçoamento profissional, tal como previsto no

³ DR, 2ª série, n.º 35/18 Fevereiro 2011 - Regulamento n.º 127/2011

⁴ DR, 2ª série, n.º 35/18 Fevereiro 2011 - Regulamento n.º 127/2011

⁵ DR, 2ª série, n.º 35/18 Fevereiro 2011 - Regulamento n.º 127/2011

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

REPE, através de estratégias de auto-formação e formação contínua devidamente certificadas, detém para além das competências específicas, competências acrescidas que lhe permitem intervir nesta área específica

O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica (...) (alínea b) do Art.º 79º, Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterada pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, pelo que se espera que este profissional actue fundamentado na evidência científica actualizada.

Embora a gravidez seja um evento biológico normal, é um período em que a saúde da mulher pode ser afectada, devido às alterações mesmo que ligeiras à fisiologia normal da mãe, podendo ameaçar o seu bem-estar e o do feto. Assim sendo, a assistência na consulta de vigilância pré-natal periódica é considerada essencial para identificar problemas, e potenciar a saúde materno-fetal.

Como resultado, durante os últimos 25 anos, a avaliação pré-natal do feto ganhou crescente atenção. Durante a vigilância pré-natal, a monitorização e registo cardiotocográfico (CTG) electrónico externo tornou-se uma ferramenta comum no diagnóstico de risco fetal. No entanto, o maior problema encontrado na interpretação do registo foi a obtenção errónea de resultados de não reactividade quando o feto, de fato, é saudável e a oxigenação é adequada (Pagana & Pagana, 1982; Inanc, et al., 1996, Londres et al., 2003).

Contrariamente, estima-se que metade das mortes fetais em todo o mundo ocorrem como resultado de mães não identificadas e de risco fetal. (Reeder et al., 1997, Gorrie et al., 1998, Gilbert & Harmon, 2002). Também a incidência de morbimortalidade decorrente de hipóxia perinatal é variável em todo o mundo, podendo atingir 33 por 1000 nados vivos nos países em desenvolvimento⁶. Segundo Souza e Amorim (2007) e Nelson KB et al. (1996) a maioria dos casos de morbimortalidade perinatal não podem ser prevenidos com a monitorização cardiotocográfica fetal intra-parto, mas a não identificação de padrões alterados de frequência cardíaca fetal e consequentes falhas em acções adequadas, são factores importantes a considerar (Boehm, 1999). Também vários estudos não evidenciaram acréscimo no prognóstico neonatal, comparando cardiocografia contínua e auscultação cardíaca fetal intermitente intra-parto^{7 8 9 10}.

Quanto à assistência pré natal, segundo a NICE (2007) a: Auscultação da frequência cardíaca fetal pode confirmar que o feto está vivo, mas é improvável que tenha algum valor preditivo^{11 12}, pelo que a auscultação por rotina não é recomendada. No entanto, quando solicitado pela mãe, a auscultação dos batimentos cardíacos do feto deverá ser realizada tendo como objectivo dar-lhe segurança.

A evidência científica também não suporta a utilização rotineira, de monitorização da frequência cardíaca fetal electrónica ou da cardiocografia para avaliação fetal, durante o período pré-natal, em mulheres com uma gravidez de baixo risco e/ou sem complicações. Pelo que, não deve ser oferecida¹³.

No entanto, a monitorização e registo cardiotocográfico/*non-stress test* (NST) são geralmente utilizados em alguns países, em gravidezes de alto risco, por exemplo, diabéticas, hipertensas, com anemia grave, com

⁶ Lawn J, Cousens S, Zupan J: 4 million neonatal deaths: when? where? why? *Lancet* 2005;365:891-900

⁷ Impey L, Reynolds M, Macquillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O: Admission cardiotocography: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:465-70

⁸ Macdonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I: The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:524-39

⁹ Vintzileos Am, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery JT: A randomised trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol* 1993;81:899-907.

¹⁰ Sousa AR, Amorim MR.: avaliação da vitalidade fetal intraparto in *Acta Médica Portuguesa* 2008; 21:229-240.

¹¹ Divanovic E, Buchmann EJ. Routine heart and lung auscultation in prenatal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999;64:247-51.

¹² Sharif K, Whittle M. Routine antenatal fetal heart rate auscultation: is it necessary? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993;13:111-3.

¹³ *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009. London: ISBN978-1-904752-46-2

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

hemoglobinopatia, hipertireoidismo, nefropatia, pneumopatia, cardiopatia, entre outras^{14 15}, uma vez que regista a frequência cardíaca fetal (FCF) e a interacção entre os movimentos fetais e as contracções do útero, fornecendo portanto, informações sobre a saúde do feto (*Adamsons et al.*, 1990; *Valt et al.*, 1992; *Reeder et al.*, 1997; *Menihan & Zoottoli*, 2001; *Murray et al.*, 2002; *Alus et al.*, 2005). Também o aumento da FCF, durante os movimentos do feto, indica que a oxigenação e a coordenação, entre o sistema nervoso central e o coração, é satisfatória e que o feto responde aos estímulos, de acordo com o que é esperado.

Considera-se relevante explicitar o conceito de reactividade: a presença de pelo menos 2 movimentos fetais com aceleração de 15 batimentos (mínimo), durante pelo menos 15 segundos, durante 20 minutos de registo CTG¹⁶.

O registo CTG dura entre 20 e 40 minutos, tempo suficiente para provocar alterações na pressão arterial e respiração. No entanto, também origina algias dorso-lombares e desconforto¹⁷ na maioria das mães. Como resultado, é importante que o registo seja realizado correctamente e de forma mais confortável para a grávida, de modo a que os resultados possam ser avaliados com rigor para responder a situações com identificação de situações de risco potencial. No entanto, a posição materna durante o teste é o elemento mais importante que deve ser parte das orientações para a sua realização prática.

As evidências (*Rivlin et al.*, 1986, *Pernoll*, 1994; *Moffatt & Van den Hof*, 1997; *Menihan & Zoottoli*, 2001; *Littelton & Engebreston*, 2002; *Murray et al.*, 2002; *London et al.*, 2003; *Miller et al.*, 2003; *Alus et al.*, 2005) referem o fracasso dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos) na realização do CTG/NST em diferentes posições apropriadas, condicionando assim:

- prolongamento desnecessário da permanência da grávida a realizar o registo CTG;
- ansiedade das mães e familiares sobre o bem-estar do feto;
- desconforto da mãe (dor lombo-sagrada e dispneia);
- início de procedimentos desnecessários e testes (CTG e Doppler);
- decisões inadequadas quanto ao tipo e tempo da entrega do exame;
- intervenções desnecessárias realizadas por enfermeiros e médicos.

Durante o terceiro trimestre da gravidez, o nível do diafragma, sob pressão do útero aumentado, eleva-se cerca de 4 cm, diminuindo a capacidade pulmonar, originando dispneia. Sugerem que as mulheres grávidas, mesmo quando estão a descansar, devem deitar-se em posição *semi-fowler*. Considerando que NST dura, pelo menos, 20 minutos e que é realizado no terceiro trimestre da gravidez, é fisiologicamente consistente que as mulheres grávidas experienciem dispneia em decúbito dorsal. Além disso, o aumento do volume uterino também irá aumentar a curvatura vertebral lombo-sagrada, ocorrendo dores lombo-sagradas, que se intensificam e prolongam, especialmente quando a grávida está em pé ou em decúbito dorsal (*Dickason et al.*, 1990, *Pernoll*, 1994, *Novak & Brom*, 1999, *Murray et al.*, 2002, *Tas Kyn*, 2002, *London et al.*, 2003, *Alus et al.*, 2005). A posição de decúbito dorsal por longos períodos durante este trimestre da gravidez faz com que a pressão sobre as veias ilíacas se estenda ao útero por compressão da veia cava inferior (VCI). Essa pressão diminui o retorno venoso e o débito cardíaco, diminuindo a pressão arterial e originando síndrome hipotensivo. Como consequência, reduziu a perfusão uteroplacentária e a oxigenação fetal, podendo o registo CTG/ NST não apresentar reactividade fetal. No entanto, devido a variações anatómicas da mulher e ao fato da compressão poder ser insignificante, algumas grávidas posicionadas em decúbito dorsal não apresentam

¹⁴ ACOG Committee on Obstetric Practice: Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia, Committee opinion. Number 326. *Obstet Gynecol* 2005;106:1469-70

¹⁵ Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografia contínua (CTG) como forma de monitorização fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

¹⁶ Alus M, Okumus H, Mete S, Guçlu S. The effects of different maternal positions on non-stress test: an experimental study. *Journal of Clinical Nursing*. 2005.

¹⁷ Garcia J, Corry M, MacDonald D, Elbourne D, Grant A. Mothers' views of continuous electronic fetal heart monitoring and intermittent auscultation in a randomized controlled trial. *Birth* 1985;12: 79-86.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

síndrome hipotensivo (*Kostenbauder, 1989, Dickason et al., 1990, Ekizer & Ery.Imaz, 1994; Kinsella & Lohman, 1994; Inanc C. et al., 1996; Cos C. & Karanisog kun lu, 1999; Alus et al., 2005*).

Também *Milsom e Forssman (1984)* compararam as posições supina com as posições laterais durante o registo CTG em mulheres grávidas e identificaram que na posição de decúbito dorsal houve diminuição do débito cardíaco em cerca de 20%. *Abitbol et al. (1986)* estudou o efeitos das posições supina e lateral na NST e constatou que das 53 grávidas cujos resultados de NST foram não reactivos em decúbito dorsal. Em 21 delas (40%), ocorreu reactividade fetal depois das grávidas serem colocadas em posição de decúbito lateral. Da mesma forma, *Nathan et al. (2000)* estudaram os efeitos da posição materna no NST e revelaram que a posição *semi-fowler* era mais adequada para detectar reactividade e para realização do teste durante um período mais curto em comparação com a posição de decúbito dorsal.

Moffatt e Van den Hof (1997) pesquisaram, os resultados da variabilidade posicional nos NST e o tempo de reactividade em posições de: *semi-fowler*, lateral esquerdo e lateral direito e constataram não haver diferenças estatística significativa entre os três grupos quanto à reactividade e ao tempo de reacção necessário para detectar reactividade.

Também *Alus et al. (2005)* estudaram os efeitos das posições de sentada, *semi-fowler*, decúbito dorsal (DD) e decúbito lateral esquerdo (DLE) sobre a reactividade fetal e tempo de reactividade em NST nos quatro grupos entre as 33 e as 42 semanas de idade gestacional.

Segundo *Creary & Resnik (1989), Novak & Brom (1999), Murray et al., (2002)*, O sistema nervoso simpático e o parassimpático do feto amadurecem cerca da 30.^a semana da gravidez, que, conjuntamente com os movimentos fetais, faz acelerar a FCF. Assim, o CTG/NST é realizado a partir da semana 32.^a/33.^a semanas de gestação.

No estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao desconforto manifestado pelas grávidas nas diferentes posições, sendo que 64,7% das mulheres referiram dispneia e dor lombo-sagrada em decúbito dorsal, 3,9% em posição *semi-fowler*, 2,9% em posição sentada e 1% em decúbito lateral esquerdo. Quanto aos sinais de síndrome de hipotensão só estiveram presentes em 3 grávidas cujo CTG foi realizado em decúbito dorsal.

Também a reactividade revelou resultados estatisticamente significativos. A reactividade mais elevada ocorreu em posição *semi-fowler* (85,3%), seguida da posição sentada (84,3%), em DLE 83,3% e a mais baixa em DD 69,6%, sendo que 30,4% não apresentou reactividade. Quanto ao tempo de reactividade não identificaram diferenças significativas nos quatro grupos, no entanto o tempo de reacção foi superior nos fetos cujas grávidas realizaram o teste em posição DD, 10,01 minutos após o início da monitorização CTG.

Conclusão

Quanto à solicitação colocada a parecer, salientamos que:

Apesar de presentemente, a monitorização cardiotocográfica fetal externa ser um exame complementar de diagnóstico, que é previsto realizar na consulta de vigilância da gravidez a partir da 36.^a semana de idade gestacional, com o objectivo de avaliar, identificar e monitorizar a saúde materno-fetal durante a gravidez, podendo eventualmente constituir um elemento subsidiário à formulação de diagnósticos de enfermagem e intervenções, quando se detete uma FCF não tranquilizadora¹⁸, por rotina não se recomenda a sua realização.

Face ao anteriormente exposto, a evidência científica revela que a monitorização/registo cardiofetal electrónico externo, após as 32 semanas de idade gestacional, não tem valor preditivo para as situações de

¹⁸ ACOG Committee on Obstetric Practice: Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia, Committee opinion. Number 326. *Obstet Gynecol* 2005;106:1469-70

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

morbimortalidade perinatal, pelo que não é aconselhado por rotina pela comunidade científica. Recomenda-se, no entanto, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, nas consultas de vigilância pré-natal durante a realização do exame obstétrico ou quando a mulher grávida o solicite, bem como a auscultação cardíaca fetal intermitente intra-parto, com uma periodicidade regular de 30 e 15 minutos durante o 1.º estágio de trabalho de parto (TP) e de 15 e 5 minutos no segundo estágio nas gestações de baixo risco e alto risco, respectivamente^{19 20}.

Os resultados de revisões da literatura apenas recomendam a monitorização cardiotocográfica contínua em situações de elevado risco de comprometimento fetal durante o TP. No TP outros métodos têm sido utilizados, nomeadamente os testes de estimulação, a espectroscopia de luz próxima ao infra-vermelho, oximetria fetal de pulso, a electrocardiografia fetal e a microanálise de sangue fetal, ainda a carecerem de verificação ou reveladores de aprofundamento na interpretação dos resultados^{21 22}.

Quanto às posições recomendadas para a realização da monitorização/registo CTG/NST destacam-se a posição *semi-fowler* por ser a que melhor responde à reatividade fetal, apresentando bons níveis de conforto e assegurando a oxigenação da mulher grávida e do feto. A posição sentada também revelou ser adequada bem como a posição em decúbito lateral esquerdo.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica estão habilitados a tomar decisões no pleno exercício da autonomia dos cuidados de enfermagem especializados, sendo estes os que, pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização da monitorização/registo cardiotocográfica electrónica externa, e auscultação cardiotocográfica, como intervenções inseridas no plano de cuidados de cada mulher, assistida durante a gravidez e preferencialmente no período intra-parto em situação de elevado risco fetal.

As mulheres que recorrem a esta consulta devem ser esclarecidas sobre o tipo de procedimentos envolvidos, as vantagens, os riscos e as eventuais complicações das diferentes posições, o tempo previsível de duração do teste e as estratégias e métodos que respondem melhor à prossecução da monitorização CTG/NST e da gravidez.

No entanto, defendemos que a consulta realizada pelo EEESMO, onde se insere a realização da entrevista e o exame obstétrico, deve ser utilizada como momento privilegiado na identificação do conforto e preferências de posicionamento da grávida, bem como, das alterações e necessidades que requeiram outro tipo de suporte para a tomada de decisão consciente e fundamentada, promotora do bem estar materno-fetal, sendo esta também, por inerência da sua formação uma das competências, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A monitorização da frequência cardíaca fetal envolve actividades inerentes à Competência H2. *Cuida da Mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal* que entre outras intervenções e de acordo com os Critérios de Avaliação, inserem-se na Unidade de Competência H2.2 *Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde das mulheres durante o período pré-natal (...)*, identificando, monitorizando e avaliando o bem-estar *materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados* ao longo da gestação, de acordo com os critérios de avaliação H 2.2.1. a H 2.2.8. Esta actuação tem como finalidade documentar as mudanças fisiológicas de acordo com a evolução da gravidez, facilitando a identificação de desvios à normalidade que configurem risco para a grávida e para o feto, suportando a tomada de decisão em conhecimentos e técnicas específicas no âmbito da formação académica da área clínica desta especialidade e da evidência científica.

Neste sentido o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica como membro da equipa de saúde assume o dever de actuar responsabilmente nas suas áreas de competências específicas, definidas e

¹⁹ ACOG Technical Bulletin: Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation, and management. Number 207. July 1995 (replaces No. 132, September 1989). Int J Gynaecol Obstet 1995;51:65-74

²⁰ Organização Mundial da Saúde: Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID; 1996 [OMS/SRF/MSM/96.24]

²¹ Sousa AR, Amorim MR.; avaliação da vitalidade fetal intraparto in Acta Médica Portuguesa 2008; 21:229-240.

²² Alfrevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografia continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

legisladas, sendo a vigilância da gravidez de baixo risco da sua responsabilidade, uma vez que envolve conhecimentos a mobilizar em contexto da acção e implica a tomada de decisão em situações novas e complexas, não se resumindo à execução de tarefas descontextualizadas.

As competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais bem como as competências específicas do EEESMO constituem o enquadramento legal que permite aos enfermeiros actuarem, no âmbito das suas competências.

Relatores(as)	MCEESMO
Aprovado na reunião de 05 de Dezembro de 2011	

A MCEE de Saúde Materna e Obstétrica
Enf.^a Irene Cerejeira
(Presidente)