



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

**Contributos da dança na experiência de parto
positiva: cuidado do enfermeiro obstetra.**

Cátia Andreia dos Santos Lopes

**Lisboa
2022**



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

**Contributos da dança na experiência de parto
positiva: cuidado do enfermeiro obstetra.**

Cátia Andreia dos Santos Lopes



Orientador: Professora Doutora Maria João Freitas



**Lisboa
2022**

“The future belongs to those who believe in the beauty of their dreams.”

Eleanor Roosevelt

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Freitas...

Serão sempre poucas as palavras para agradecer, mais que a orientação, a dedicação, o tempo, a paciência, a motivação, o empenho, em todos os dias da semana e fora de horas. Serei eternamente grata! Este trabalho é nosso!

À minha família...

... filha por todo o amor e força incondicional, por compreenderes a minha ausência em alguns momentos e mesmo assim me dares a energia que precisava para continuar. Ao meu marido, o apoio, amor e compreensão nos momentos de ausência e incentivo nos momentos de maior cansaço. Mãe, sogros, avó e tia, por me ajudarem e motivarem em todo este percurso.

Aos meus amigos...

... por compreenderem a minha ausência em momentos de partilha e me trazerem ânimo e motivação em momentos de maior fragilidade. Durante este tempo a minha vida social reduziu-se, mas os poucos momentos convosco foram sempre recheados de muita energia positiva.

Aos meus colegas de trabalho...

... porque também me motivaram muito. Obrigada por toda a paciência, trocas frequentes e disponibilidade para ajudar em diversos momentos.

Aos meus colegas de curso...

... pela boa energia, partilha de conhecimentos, bons momentos e amparo, somos sem dúvida um grupo espetacular. À minha Patrícia Pimentel em especial, ela sabe porquê.

Aos orientadores clínicos...

... por toda a partilha de conhecimentos, experiência e sabedoria, pelo tempo dedicado, sempre com uma palavra de ânimo e incentivo.

A todos os que contribuíram de alguma forma para este percurso, tornando o sonho possível...

...Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

APEO - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT - Ameaça de parto pré-termo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CPPP- Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CPS – Cônjuge ou pessoa significativa

CTG - Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENFAD - Estratégias não farmacológicas de alívio da dor

ER – Estágio com relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação de Associações de Matronas de Espanha

FCF - Frequência cardíaca fetal

HPP - Hemorragia pós-parto

HPV - Vírus do Papiloma Humano

ICM - *International Confederation of Midwives*

ITP - Indução do trabalho de parto

ITU - Infecção do trato urinário

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LA - Líquido amniótico

LM – Leite materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada em evidência

PF – Planeamento Familiar

PFTP – Primeira fase do trabalho de parto

QESP - Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

RN – Recém-nascido

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SR – *Scoping Review*

TP – Trabalho de parto

RESUMO

O desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é um processo de aprendizagem que requer apropriação de conhecimento, tempo e prática clínica. O presente relatório vem explanar este percurso e tem como objetivos: descrever o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista nos vários contextos de aprendizagem, assim como, a relatar a investigação realizada relativamente aos contributos da dança para uma experiência de parto positiva.

A implementação de estratégias promotoras do alívio da dor e da satisfação, são cruciais para a progressão do trabalho de parto, para o bem-estar, conforto e autocontrole da parturiente, minimizando a perceção de uma experiência de parto menos positiva. Neste âmbito, o recurso à dança durante a fase de dilatação apresenta efeitos benéficos. Contudo, ainda se encontra pouco estudada enquanto estratégia terapêutica. Assim, numa primeira fase efetuou-se uma revisão *scoping* (Aromataris & Munn, 2020) que permitiu mapear o conhecimento existente sobre os efeitos da dançaterapia, durante a fase de dilatação. Na segunda fase da investigação desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo e correlacional, com os objetivos de explorar e descrever as relações entre a utilização da dança como estratégia terapêutica durante a fase de dilatação do trabalho de parto e a gestão da dor, a satisfação geral com a experiência de parto e a positividade da experiência de parto.

Os resultados evidenciaram que ao promover o uso da dança durante a fase de dilatação, o enfermeiro obstetra estimula a autonomia e o autocontrole da parturiente, promovendo o seu conforto e alívio da dor, através da liberdade de movimentos, com redução do medo e ansiedade, o que contribui para elevados índices de satisfação. A dança durante a fase de dilatação minimiza intervenções desnecessárias contribuindo para um parto normal e para uma experiência de parto mais positiva.

Palavras-chave: Dança; Parturiente; Trabalho de Parto; Primeira Fase do Trabalho de Parto

ABSTRACT

The development of Master's and Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health is a learning process that requires the appropriation of knowledge, time and clinical practice. This report explains this path and aims to: describe the development of common and specific skills of specialist nurses in the various learning contexts, as well, as reporting the research carried out regarding the contributions of dance to a positive birth experience.

The implementation of strategies that promote pain relief and satisfaction are crucial for the progression of labor and parturient's well-being, comfort and self-control, minimizing the perception of a poor birth experience. In this context, the use of dance during the dilation phase has beneficial effects. However, it is still poorly studied as a therapeutic strategy. Thus, in a first phase, a scoping review was carried out (Aromataris & Munn, 2020) that allowed mapping the existing knowledge about dance effects and dance therapy during the dilation phase. In the second phase of the investigation, an exploratory, descriptive and correlational study was developed, with the objective of exploring and describing the relationships between the use of dance as a therapeutic strategy during the dilatation phase of labor, pain management, satisfaction general with the childbirth experience and the positivity of the childbirth experience.

The results showed that by promoting the use of dance during the dilatation phase, the obstetric nurse stimulates the parturient's autonomy and self-control, promoting her comfort and pain relief, through freedom of movement, with reduced fear and anxiety, which contributes to high levels of satisfaction. Dancing during the dilation phase minimizes unnecessary interventions, that leads to a normal birth and a more positive birth experience.

Keywords: Dance; Expectant Mothers; Labour; First Stage of Labour

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1 Uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, enquanto um cuidado do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva	11
1.2 Teoria do cuidado de Kristen Swanson.....	14
2 OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	17
2.1 Primeira fase: Revisão da Literatura (<i>Scoping Review</i>)	17
2.2 Segunda fase: Desenvolvimento de Estudo Exploratório, descritivo e correlacional	19
2.3 Considerações éticas	21
3 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	23
3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planejamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré-natal	24
3.2 Cuidar a mulher/recém-nascido inseridos na família e comunidade durante o trabalho de parto, puerpério e período neonatal	33
3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	47
3.4 Cuidar a mulher e conjugue ou pessoa significativa, com recurso ao uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, para a promover uma experiência de parto positiva.	51
REFLEXÃO FINAL	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termos de pesquisa e descritores booleanos

APÊNDICE 2: Descrição da pesquisa na *EBSCOhost*

APÊNDICE 3: *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo as orientações da *JB*

APÊNDICE 4: *JB Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials & JB QARI Data Extraction Template for Qualitative Evidence*

APÊNDICE 5: *Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na SR*

APÊNDICE 6: Síntese dos resultados da SR em categorias: Efeitos da dança na parturiente durante PFTP

APÊNDICE 7: Instrumento de registo de interação

APÊNDICE 8: Minuta de consentimento informado

APÊNDICE 9: Síntese da análise de conteúdo segundo as orientações de Bardin

APÊNDICE 10: Desenvolvimento de competências para cuidar do RN com necessidades especiais

APÊNDICE 11: Sessão de educação para a saúde em contexto de Cuidados de Saúde Primários no âmbito do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (Planeamento, implementação e avaliação)

APÊNDICE 12: Sessão de formação à equipa de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica e Equipa dos Programas de Preparação para o Parto e Adaptação à Parentalidade do Contexto de Cuidados de Saúde Primários (Planeamento, implementação e avaliação)

APÊNDICE 13: Póster sobre os efeitos da dança na parturiente durante a PFTP (Para as grávidas)

APÊNDICE 14: Póster sobre os efeitos da dança na parturiente durante a PFTP (Para os profissionais)

APÊNDICE 15: Sessão de formação à equipa de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica do Internamento de Medicina Materno Fetal (Planeamento e implementação)

APÊNDICE 16: Síntese das tabelas, quadros e gráficos relativos à análise de dados

ANEXOS

ANEXO 1: Artigo: “Efeitos da dança na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto: uma *scoping review*.”, na Revista de Investigação em Enfermagem.

ANEXO 2: Certificado de participação nas Jornadas de Obstetrícia com uma comunicação livre e dois pósteres

ANEXO 3: Declarações de participação em formações

ANEXO 4: Autorização para utilização do Questionário de Avaliação da Satisfação com a Experiência do Parto de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais (2004)

ANEXO 5: Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo e colheita de dados

ANEXO 6: Síntese das atividades realizadas ao longo do ER

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é o culminar de um percurso de aprendizagens e desenvolvimento de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório (ER), inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), assentes na prática reflexiva, prática baseada em evidência (PBE) e resolução de problemas complexos (ESEL, 2020¹),

Ao longo deste percurso formativo, foi-nos solicitado a elaboração de um projeto onde estivesse patente as competências de Mestre e EEESMO a desenvolver, bem como, uma temática a explorar e aprofundar através da PBE. Lhotellier (1986) citado por Fernandes (1998) refere que, um projeto é uma intenção suscitada por uma motivação. É desta motivação que surge o tema do presente relatório. No curso da licenciatura em enfermagem o estágio de maior interesse e gosto pessoal foi o de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Aliado a este, surgiu a vivência da experiência da maternidade. O tema subjacente ao projeto, surge também da influência digital das redes sociais, através da visualização de vídeos em que o EEESMO dançava com as parturientes em trabalho de parto (TP), e sempre imaginei, enquanto futura EEESMO, replicar este modelo de intervenção. Neste sentido, o tema escolhido para desenvolver durante o ER foi: Contributos da dança na experiência de parto positiva: um cuidado do enfermeiro obstetra. Importa salientar que enfermeiro obstetra e EEESMO são utilizados neste trabalho como sinónimos, tendo-se optado pelo uso de enfermeiro obstetra no título por uma questão de limite de palavras.

O objetivo geral desta Unidade Curricular centra-se no desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMO patentes nos Regulamento nº140/2019 e Regulamento nº391/2019 (OE,2019), assim como as competências plasmadas no *Essential Competencies for Midwifery Practice* da *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019) e as competências do grau de Mestre, com a finalidade de cuidar a mulher nas diferentes fases da sua vida reprodutiva e do recém-nascido (RN), inseridos na família e comunidade.

¹ Unidade Curricular de Opção II (Guia Orientador). Prof. Maria Santos; Helena Bértolo, Helena Presado, Isabel Serra, Luísa Sotto-Mayor, Maria João Freitas. ESEL,2020

Como objetivos específicos pretende-se:

- Desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do **planeamento familiar (PF), em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré-natal;**
- Desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher/recém-nascido (RN) inseridos na família e comunidade durante o **trabalho de parto, puerpério, período neonatal;**
- Desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher inserida na família e comunidade **durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;**
- Desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher e conjugue ou pessoa significativa (CPS), com recurso ao **uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto (PFTP), para a promover uma experiência de parto positiva.**

O ER decorreu em diversos contextos da prática clínica, sendo que, o tema de ER foi especificamente em contextos onde a parturiente se encontrava na PFTP e onde se realizaram os cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPPP).

O EEESMO é o profissional que tem o conhecimento e a competência para cuidar *“a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). Usando a dança como estratégia promotora de um parto normal, o EEESMO está a adotar em simultâneo um conjunto de estratégias, que associadas à presença do cônjuge/ pessoa significativa (CPS) num ambiente seguro e agradável de acordo com as preferências da parturiente, contribui para uma experiência de parto positiva. Experiências positivas durante o TP constituem a base de uma maternidade saudável (Parada, 2019), o EEESMO deverá proporcionar cuidados de qualidade centrados na pessoa, através da PBE, sendo que o uso da dança durante a PFTP, tem apresentado este efeito positivo (Akin & Saydam, 2020).

Para cuidar a parturiente, mantendo as suas crenças, respeitando-a, é necessário conhecê-la, compreender os seus sentimentos e expectativas. É essencial estar com ela, fazendo por ela o que necessita (confortar, aliviar a dor, preservar a dignidade), possibilitando um ambiente seguro, empoderando para a tomada de decisões que permitam o bem-estar. Perante o exposto, o referencial teórico de enfermagem que norteou os cuidados prestados foi a Teoria do Cuidado de Kristen Swanson, que define o cuidar como uma forma de arte no relacionamento, em que o enfermeiro especialista conhece a mulher, empatiza com a mesma, num compromisso assente na responsabilidade, sustentando a sua PBE, para lhe proporcionar o máximo de bem-estar (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Este trabalho está estruturado em três capítulos: O primeiro reporta-se ao enquadramento conceptual em que é apresentado o “estado da arte” sobre o uso da dança durante a PFTP, enquanto um cuidado do enfermeiro obstetra, para uma experiência de parto positiva; em seguida descrevem-se sumariamente os principais pressupostos da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson e o seu enquadramento ao tema em estudo. O segundo capítulo expõe as opções metodológicas para o desenvolvimento de competências de Mestre e EEESMO, bem como as relativas à investigação da temática selecionada, terminando com as considerações éticas. O terceiro capítulo reflete o percurso de aquisição de competências de Mestre e EEESMO desenvolvidas no ER, com ênfase no desenvolvimento da competência “Cuida a mulher e conjugue ou pessoa significativa, com recurso ao uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, para a promover uma experiência de parto positiva”.

Por último será apresentada uma reflexão final sobre os contributos do ER para o desenvolvimento académico, profissional e pessoal, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados na área da saúde da mulher.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 Uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, enquanto um cuidado do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva

A medicalização do TP tem sido descrita como um processo sociocultural, que tem levado a uma maior institucionalização das mulheres, o que influencia a vivência da experiência. O cuidado prestado à mulher sofreu modificações principalmente após a segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico (Leão, Riesco, Schneck & Angelo, 2013). Esta situação, não tem que ser vista como negativa, pois as intervenções práticas, tecnológicas e sofisticadas também contribuíram para a redução das taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis. No entanto, estas práticas levaram à destituição da mulher no seu papel ativo durante o TP (Ordem dos Enfermeiros (OE) & Associação Portuguesa do Enfermeiros Obstetras (APEO), 2010).

Sendo o EEESMO o profissional defensor de um parto normal, deve empoderar as mulheres, para uma consciente tomada de decisão. Deve também participar no planeamento estratégico dos serviços de maternidade, incentivando políticas de promoção de um parto normal (ICM, 2014), assentes no respeito pela cultura, dignidade e integridade física das parturientes (Direção Geral da Saúde (DGS), 2020).

O TP é *“o processo que tem como finalidade, expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto”* (Lowdermilk, 2008, p.344). É caracterizado por fenómenos fisiológicos, como a contratilidade uterina regular, que induz a dilatação cervical e progressão do feto através do canal de parto, culminando na sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, 2017). O TP é dividido em quatro fases: dilatação, período expulsivo, dequitação e puerpério imediato (Varela, Amaral, Santos, Madruga, Ferreira & Ferreira, 2020). A dilatação pode ainda subdividir-se em duas fases, a latente e a ativa. A fase latente dá-se desde o início das contrações até ao apagamento e dilatação do colo do útero, a fase ativa continua com contratilidade dolorosa e extinção substancial do colo do útero com dilatação cervical dos 5 aos 10 centímetros (cm) (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2018).

A OE e a APEO (2010) definem parto normal por:

Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (p.18).

Ao TP associa-se a dor, provocada por fortes contrações, que levam à libertação de oxitocina, que por mecanismo de bio feedback, estimula a libertação de mais oxitocina, logo, combater a dor que as contrações provocam, por movimentos de relaxamento e medidas de conforto, garante a libertação continuada da hormona e continuação da progressão do TP. Por sua vez, quando os níveis de oxitocina estão altos são libertadas as beta-endorfinas, que vão ajudar a parturiente a controlar melhor a dor. Contrariamente hormonas de stress, causadas por medo e ansiedade levam a um atraso na progressão do TP. Privacidade, segurança, proteção e apoio emocional ajudam a manter os níveis de catecolaminas baixos (Lothian, 2009), o que leva à redução do medo, ansiedade, dor, promovendo a satisfação (Akin & Saydam, 2020; Dikmen & Gonenç, 2020).

Conhecendo o processo fisiológico do TP, importa ao EEESMO garantir um parto normal e sem complicações, diminuindo o medo e ansiedade, tentando promover a satisfação para uma experiência de parto positiva. A experiência de parto positiva é aquela que vai ao encontro ou excede as expectativas da mulher. Inclui dar à luz um bebé saudável, num ambiente seguro, onde seja permitido o apoio físico, psíquico e emocional de um CPS, bem como ter ao dispor uma equipa clínica, que seja gentil e tecnicamente competente (OMS, 2018). Esta definição assenta na premissa de que a maioria das mulheres deseja um TP que lhes promova uma sensação de controlo e realização pessoal, através do seu envolvimento na tomada de decisões (Lothian, 2009; OMS, 2018).

As mulheres que usam posições verticais e se movimentam mais, têm TP mais curtos, com menos dor e referem maior satisfação com a sua experiência, diminuindo também o risco de complicações (Lothian, 2009; Ondeck, 2014). Segundo Abdollahian, Ghavi, Abdollahifard & Sheikhan (2014) existem várias estratégias promotoras de satisfação que podem ser utilizadas durante a PFTP, e que incluem o movimento pélvico, a posição vertical e o suporte emocional do parceiro. Para estes autores, a dança apresenta uma combinação dessas estratégias. Quando aplicadas estratégias promotoras de satisfação e alívio da dor, como a dança, as mulheres recorrem menos à analgesia (Simkin & O'hara, 2002;

Akin & Saydam, 2020), tornando a PFTP mais fisiológica, minimizando intervenções desnecessárias e promovendo um parto normal (ICM, 2015).

Historicamente a dança surge nas tribos. Com o desenvolvimento da sociedade foi assumindo várias vertentes, sendo encarada como uma forma de expressão utilizada por diversas áreas, tornando-se numa “Dançaterapia” (Cunha, 2010). Assume também a definição de Dança/Movimento terapia, sendo definida pela *American Dance Therapy Association* (2020) como o uso psicoterapêutico do movimento e da dança para apoiar várias funções, destacando-se a emocional e motora. A utilização da dança durante a PFTP surge nas tribos africanas e árabes. Várias mulheres dançavam em torno da parturiente, levando a que esta dançasse, alternando os movimentos do corpo através da dança, com movimentos de descanso (Oeftering, 1999). À dança associa-se a musicoterapia, ou seja, o uso da música com intuito terapêutico, que promove bem-estar e relaxamento, de preferência a gosto da mulher, permitindo a libertação de endorfinas que aliviam a dor, reduzem a ansiedade e estimulam o humor e satisfação, melhorando também os parâmetros hemodinâmicos maternos e neonatais (Oeftering, 1999; Simavli, Gumus, Kaygusuz, Yildirim, Usluogullari & Kafali, 2014; Akin & Saydam, 2020). Envolvendo a música, a parturiente pode ainda cantar, que é igualmente favorecedor do TP, promove alívio da dor durante as contrações, através da respiração para as vocalizações rítmicas (Loman, 2016). A eficácia da intervenção, pode ser alcançada com o EEESMO ou com o CPS (Akin & Saydam, 2020). Abdolahian et al. (2014) e Toberna, Horter, Heslin, Forgie, Malloy & Kram (2020) corroboram estes efeitos, sendo a dança, uma estratégia com baixos riscos de complicações.

Akin & Saydam (2020), desenvolveram um estudo randomizado, em que concluíram que a dança reduz os níveis de dor durante a PFTP, apresentando os RN melhores scores de Apgar, sendo que os RN do grupo que dançou com o CPS apresentaram um score de Apgar superior aos dos restantes grupos, considerando os autores, que o vínculo entre a parturiente e o CPS afeta positivamente o RN. Referem ainda, que o uso da dança na PFTP se traduz em maior índice de satisfação no nascimento/parto.

Compreendendo o contributo da dança durante a PFTP, importa compreender de que forma o EEESMO vai utilizar a dança enquanto técnica terapêutica. O foco está na bacia materna, nos músculos, ligamentos e ossos que lhe conferem mobilidade e capacidade de acomodação do feto. Dikmen & Gonenç (2020)

identificam quatro movimentos essenciais na dança durante a PFTP: (1) o movimento circular da região pélvica e cintura; (2) lateralização da região pélvica e cintura para a esquerda e direita; (3) semi agachamento e (4) inclinação pélvica anterior (*pelvic tilts*). Os benefícios da dança são alcançáveis com 30 minutos de execução da técnica.

A liberdade de movimento da bacia materna e as posições verticais são características que promovem a progressão do TP, sendo também atributos inerentes à dança (Oeftering, 1999), podendo ser uma boa estratégia do EEESMO para promover o conforto da parturiente, facilitando o autocuidado no alívio da dor (Andrews & O'Neill, 1994; Akin, Türkmen, Dilcen & Sert, 2021), redução da ansiedade e promoção da satisfação (Dikmen & Gonenç, 2020; Akin & Saydam, 2020). As mudanças de posição, para posições verticais, associadas à rotação da bacia, com recurso ao uso da dança, induzem um melhor posicionamento do feto na bacia materna, promovendo a descida da apresentação fetal, associada ao processo fisiológico do TP, evitando o comprometimento vascular provocado pelas posições supinas e consequente hipotensão ou mesmo desaceleração cardíaca fetal, promovendo a progressão do TP (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2019; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013).

A OMS (2018) corrobora a importância da adoção por parte do EEESMO de técnicas de relaxamento, em parturientes saudáveis, para gestão e alívio da dor, como o relaxamento muscular e a música, sendo também incentivada a adoção de posturas verticais e a liberdade de movimentos, que são particularidades presentes na dança. Estas recomendações, aliadas a um cuidado mais humanizado, centrado na mulher, através da promoção do suporte emocional, comunicação eficaz, competência na prestação de cuidados através da PBE, são fundamentais e são competências do EEESMO descritas na *Essential Competencies for Midwifery Practice* (ICM, 2019). O EEESMO pode tornar a experiência do TP positiva, indo ao encontro das expectativas pessoais e socioculturais da mulher, promovendo um ambiente seguro, onde é permitida a presença do CPS, culminando numa sensação de realização pessoal, autocontrolo e envolvimento nas tomadas de decisão.

1.2 Teoria do cuidado de Kristen Swanson

Para nortear os cuidados durante o ER foi utilizada a Teoria do Cuidado de Kristen Swanson que se sustenta na premissa de que, enfermagem é cuidar do

bem-estar dos outros (Swanson, 1993), tendo como **principais pilares**: a **pessoa**, um ser único em desenvolvimento, que se manifesta na forma de pensamentos, sentimentos e comportamentos. É influenciada pela genética, espiritualidade, com vontade própria e capacidade de decisão, o que exige aos enfermeiros que estes honrem a sua individualidade. A pessoa pode ser um indivíduo ou famílias, grupos ou sociedade, ou mesmo, outros enfermeiros, para o bem-estar da enfermagem; o **ambiente** é o contexto que influencia e é influenciado pela pessoa, no domínio cultural, político, económico, social, biofísico, psicológico e espiritual; a **saúde/bem-estar** é a ausência de doença e capacidade de desempenhar as próprias funções de adaptação para o bem-estar. O enfoque do enfermeiro é ajudar a pessoa a atingir, manter ou recuperar o seu bem-estar, usando para tal os recursos pessoais e ambientais. Experienciar o bem-estar, é viver a experiência na sua totalidade (espiritual, pensamentos, sentimentos, relacionamento, sexualidade, etc); o **cuidado de enfermagem** é um cuidado informado para o bem-estar. Diagnostica e trata respostas humanas a problemas de saúde. O cuidado de enfermagem tem implícito um compromisso, para com a profissão e para com a preservação da dignidade humana, melhorando o bem-estar de ambos. O enfermeiro especialista, para Swanson, tem um conhecimento mais profundo de como a própria pessoa poderá otimizar e alcançar o seu bem-estar. O processo de cuidado envolve cinco categorias: manter a crença, conhecer; estar com; fazer por e possibilitar, para alcançar o bem-estar. A construção deste processo, está ligada à atitude do enfermeiro para com a pessoa, neste caso a parturiente, no sentido de promover um cuidado informado, usando intervenções terapêuticas que alcancem o bem-estar (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Adaptando o processo de cuidado de Swanson ao uso da dança durante a PFTP, contribuindo para uma experiência de parto positiva, importa, enquanto futura EEESMO e durante a prática de cuidados ao longo do ER: **Manter a crença** através do reforço positivo; **Conhecer** a parturiente, as suas vontades, gostos musicais, crenças, expectativas relativas à PFTP, conhecer igualmente o seu CPS, promovendo o seu envolvimento em toda a estratégia do uso da dança; **Estar com** a parturiente, oferecer disponibilidade, mostrar competência através do ensino, treino e instrução dos movimentos da bacia que promovam bem-estar, conforto e alívio da dor durante a PFTP, ser empática, envolver o CPS (partilhar/ garantir apoio emocional); **Fazer por** a parturiente o que ela faria por si mesma, se conseguisse,

tendo em conta as suas necessidades, como por exemplo ensinar estratégias para alívio da dor, como a dança, ou outras que se possam combinar, como a música, promovendo o conforto. Defender a dignidade, salvaguardando as intervenções às estritamente necessárias; **Possibilitar** apoio, ambiente seguro, cuidado satisfatório, para proporcionar uma experiência de parto positiva, através do uso da técnica da dança, isolada ou combinada com outras estratégias, incentivando-a a adotar as melhores posições e liberdade de movimentos durante a dança, para alcançar o autocontrolo no alívio de dor, no sentido de garantir o seu máximo **Bem-estar** através da satisfação e experiência de parto positiva (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

2 OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências de EEESMO e Mestre foram-se desenvolvendo ao longo do ER, nos diferentes contextos da prática clínica (Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Grávidas, Bloco de Partos, Internamento de Puérperas, Internamento de Ginecologia e Internamento de RN com Necessidades Especiais).

A prática baseada em evidências é uma metodologia que consiste na utilização de evidências científicas produzidas por estudos rigorosos para sustentar a tomada de decisão, relativamente à intervenção mais adequada para cada situação específica de cuidado. Ancorada nesta metodologia, foi uma constante ao longo deste percurso formativo a pesquisa bibliográfica para alavancar o processo reflexivo, que foi essencial para a resolução de problemas e necessidades das mulheres/casais. Em todos os contextos procurou-se discutir e analisar os casos com as orientadoras clínicas de forma a favorecer o processo de aprendizagem e raciocínio para a tomada de decisão. Os trabalhos realizados, foram instrumentos que auxiliaram o desenvolvimento de competências. No Capítulo 3 apresenta-se a descrição reflexiva das aprendizagens e competências de EEESMO e de Mestre, ancoradas na Teoria do Cuidado de Kristen Swanson, dando especial relevo ao desenvolvimento da competência: Cuida a mulher e CPS, com recurso ao uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, para promover uma experiência de parto positiva.

Numa primeira fase optou-se por efetuar a revisão da literatura, selecionando-se como método de pesquisa a *Scoping Review* (SR) e numa segunda fase integrando os resultados obtidos na fase anterior, desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo e correlacional.

Neste capítulo serão descritas as opções metodológicas inerentes às fases mencionadas e tecer de algumas considerações éticas relativas ao percurso de ER.

2.1 Primeira fase: Revisão da Literatura (*Scoping Review*)

Com o intuito de dar resposta ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher e o CPS, através do uso da dança durante a PFTP, enquanto um cuidado do enfermeiro obstetra no sentido de

contribuir para uma experiência de parto positiva, recorreu-se à metodologia da SR, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Godfrey, McInerney, Munn, Tricco & Khalil, 2020).

A **questão de investigação** foi: Quais os efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto? O contexto foi considerado irrelevante para o objetivo da pesquisa. O **objetivo** foi mapear os efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto. A revisão integrou artigos publicados consoante os **critérios de inclusão** definidos: referentes aos efeitos da dança (conceito) na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto (população), em idioma inglês ou português, com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista, não tendo sido aplicado qualquer limite temporal. Como **critérios de exclusão** foram considerados estudos que não estavam disponíveis para consulta em texto integral, fora do âmbito do tema ou realizados com outra população.

A pesquisa bibliográfica da evidência científica realizou-se nas bases de dados *MEDLINE Complete* e *CINAHL Complete*, através da plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, utilizando-se palavras naturais (*Parturient OR Labor OR Childbirth, AND Dance*) e termos indexados (*Parturition OR Pregnant women OR Expectant Mothers OR Labor Stage First OR Natural Childbirth OR Term Birth, AND Dancing OR Dance Therapy*), dentro de cada termo da questão, as palavras foram unidas com o operador booleano “OR” e entre termos da questão foi aplicado o operador booleano “AND”. A tabela com os termos de pesquisa e descritores é apresentada no Apêndice 1. Esta pesquisa foi realizada entre dia 01/10/2020 e 10/10/2020 e otimizada em novembro de 2021, para o presente relatório, de forma abranger a evidência mais recente. Toda a pesquisa detalhada, em ambas as bases de dados, é apresentada no Apêndice 2.

Após aplicação de todos os critérios, foram obtidos na *CINHAL Complete* 36 artigos e na *MEDLINE Complete* 41 artigos, foi efetuada a remoção de duplicados em cada uma das bases de dados, tendo sido eliminados 2 artigos na *CINHAL Complete*, dos restantes foi realizada a triagem pelos títulos, sendo selecionados nesta fase 7 artigos, seguiu-se a análise dos resumos, tendo sido excluídos 2 artigos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Na leitura integral selecionaram-se 5 artigos pertinentes. O diagrama com o resumo da pesquisa, adaptado do *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo as orientações da JBI (Godfrey et al., 2020) é apresentado no Apêndice 3.

Os estudos selecionados foram submetidos à validação metodológica segundo o instrumento “*JB1 QARI– JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*” constatando-se que os estudos apresentam uma boa qualidade metodológica (Aromataris & Munn, 2020). Uma vez selecionados os artigos, de forma a extrair dos mesmos todas as informações consideradas pertinentes, de forma objetiva e organizada, recorreu-se ao instrumento “*JB1 QARI - Data Extraction Template for Qualitative Evidence*” (Aromataris & Munn, 2020), sendo a análise apresentada no Apêndice 4. Posteriormente elaborou-se uma tabela, segundo as recomendações da *JB1* (Godfrey et al., 2020), encontrando-se a mesma no Apêndice 5. Dos principais resultados da *SR*, foi elaborada uma tabela síntese em categorias que se apresenta no Apêndice 6.

O relatório da *SR* foi publicado em formato de artigo na Revista de Investigação em Enfermagem (Lopes & Freitas, 2021) que consta no Anexo 1.

Os resultados obtidos na *SR* serão mobilizados para a discussão dos resultados obtidos na segunda fase desta investigação (subcapítulo 3.4).

2.2 Segunda fase: Desenvolvimento de Estudo Exploratório, descritivo e correlacional

Conhecendo os resultados da evidência científica obtidos através da *SR*, importou durante o ER, aplicar a evidência na prática, pelo que se desenvolveu um estudo com os objetivos de explorar e descrever as relações entre a utilização da dançaterapia, durante a PFTP e a gestão da dor, a satisfação geral com a experiência de parto e a positividade da experiência de parto. Para homogeneizar o mais possível a amostra definiram-se os seguintes critérios de inclusão: Gravidez de baixo risco, com feto único em apresentação cefálica e que se encontrassem na PFTP. Todas as participantes tiveram acesso ao mesmo tipo de cuidados/intervenções, incluindo a experiência da dança, realizada pela mesma pessoa (o investigador), utilizaram-se quatro tipos de movimentos específicos de dança descritos por Dikmen & Gonenç (2020), em associação com música selecionada pelas participantes, com a duração mínima de 30 minutos.

Para colher os dados que permitiriam avaliar o impacto da intervenção da dança foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados: O “Instrumento de Registo de Interação”, elaborado para caracterizar a amostra quanto ao padrão de vigilância da gravidez e TP (incluindo monitorização da dor e vigilância materno-

fetal); quanto às expectativas e gostos pessoais com o uso da dança; envolvimento do CPS na dança e condição fetal após o nascimento (Índice de *Apgar*), entre outros e que se encontra no Apêndice 7. Para caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e avaliar a satisfação com a intervenção dança e experiência de parto, foi utilizado um questionário *online* (*Google Forms*) adaptado do “Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto” (QESP) de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais (2004), tendo sido previamente solicitado autorização à autora para o efeito mencionado (Anexo 4). O QUESP é constituído por 8 subescalas, porém neste estudo utilizou-se somente a subescala “Experiência Positiva” constituída por 22 itens que permitem a avaliação da confirmação de expectativas, do autocontrolo, da autoconfiança, do conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto. As questões relativas à experiência, satisfação e dor são do tipo *Lickert* numa escala que varia entre 1 e 4 (nada, um pouco, bastante e muito) e as que são relativas às expectativas variam entre 1 e 5 (muito pior, pior, de acordo com as expectativas, melhor, muito melhor).

Para analisar a consistência interna da subescala “Experiência Positiva” integrada no QESP, recorreu-se ao indicador *Alpha de Cronbach* que permite estimar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos da satisfação com a experiência de parto e varia entre 0 e 1, sendo a consistência interna tanto maior/melhor quanto mais próximos de 1 estiver (Maroco, 2014). Obteve-se um α de *Cronbach*=0,937, o que é considerado muito bom e mais elevado do que o valor obtido no estudo de avaliação psicométrica efetuado pelos autores (α de *Cronbach*=0,87).

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva, com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0. para caracterizar as variáveis em estudo em função da sua escala de medida, recorreu-se ao cálculo de frequências, medidas de tendência central e medidas de associação/correlação.

Para a análise de dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo segundo as orientações de Bardin (2016). Neste processo, realizou-se uma leitura atenta de todos os documentos em duas fases, uma mais flutuante e outra mais exaustiva onde se transcreveu todo o material em análise para um documento informático em Excel (preparação do material), criando o corpus do texto em análise. Após a preparação do material, iniciou-se o processo de exploração através de

operações de codificação. Os dados recolhidos através dos questionários foram codificados em “GQ”, seguido do número de identificação da pessoa singular em estudo (exemplo: GQ1), já os dados obtidos através das verbalizações no registo de interações foram codificados em “GI1” na mesma lógica. Seguidamente realizou-se a análise das características do conteúdo seguindo as três etapas recomendadas por Bardin (2016): o recorte em unidades de registo (frases), a enumeração e classificação (exemplo: GQ1; GI1), e a agregação em categorias e subcategorias, bem como as respetivas frequências de aparição, que se apresentam nas tabelas do Apêndice 9.

Os resultados da análise dos dados e a sua discussão serão apresentados no subcapítulo 3.4.

2.3 Considerações éticas

A profissão de enfermagem é regulada por princípios éticos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, assentes nos princípios dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. A preocupação com todas as questões éticas inerentes ao presente ER foi salvaguardada tendo em conta os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013), garantindo o *“respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (OE, 2015, p.35).

Foi assumido como primordial a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido das parturientes (Apêndice 8), sendo informadas dos objetivos do estudo, prestada toda a informação e esclarecimento de dúvidas. Foi salvaguardada e garantida a confidencialidade, anonimato e proteção de dados (Nunes, 2013), obtidos através do documento de Registo de Interação, pois o seu preenchimento não carece de identificação, apenas de codificação, bem como pela aplicação do questionário. Este instrumento será de autopreenchimento pela puérpera e terá o mesmo código que for atribuído ao “Instrumento de Registo de Interação”. Informou-se sempre a parturiente e seu CPS do seu o direito para a não participação/desistência no estudo, em qualquer etapa do mesmo.

Foi ainda realizado um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital onde se aplicou o estudo, tendo sido deferido (Anexo 5).

No decorrer do ER toda conduta e prática de cuidados foi baseada em evidência científica, nos princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, salvaguardando os direitos e dignidade humana, protegendo a vida e garantindo o consentimento livre e esclarecido em todas as atividades que contribuam para o desenvolvimento de competências específicas de Mestre e EEESMO.

3 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Para a prestação de cuidados de qualidade que respondam às reais necessidades das mulheres ao longo do seu ciclo de vida, inseridas nas famílias e comunidades, bem como aos RN's, numa perspetiva de promoção da saúde e bem-estar, com impacto na redução das taxas de morbilidade/mortalidade materna e fetal, são de extrema importância os cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Estes, são prestados pelo EEESMO, em diversos contextos, desde os Cuidados de Saúde Primários, aos hospitalares, adequando as suas intervenções às necessidades individuais e socioculturais de cada mulher/família/RN.

Ao longo deste percurso académico de desenvolvimento de competências, integramos diferentes contextos clínicos de aprendizagem, foram realizadas formações e translação de conhecimentos, competências de mestre e especialista essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, os resultados da SR foram partilhados através de um artigo publicado na Revista de Investigação em Enfermagem (Anexo 1) e participação com dois pósteres e uma comunicação oral nas XIV Jornadas Obstetrícia Internacionais, tendo sido comunicado de forma clara o estudo realizado e o seu impacto benéfico na prestação de cuidados especializados. Também foram divulgados os trabalhos realizados ao longo do 1ºano de curso (Anexo 2). Foram frequentadas várias formações no sentido de adquirir conhecimentos para a prática de cuidados especializados: “Webinar: Mobilidade e Verticalidade. Contributos para uma experiência de parto positiva”; “Webinar: Uma nova era da contraceção oral”; “Contraceção e métodos contraceptivos disponíveis em Portugal”; “Movimento em trabalho de Parto” (Anexo 3).

Este capítulo descreve o caminho percorrido para a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais, para cuidar a mulher e família. Integra quatro subcapítulos, em que apresenta a descrição crítica e reflexiva sobre as atividades que potenciaram o desenvolvimento das seguintes competências: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré natal; Cuidar a

mulher/RN inseridos na família e comunidade durante o trabalho de parto, puerpério, período neonatal e período pós-natal; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e por fim cuidar a mulher e conjugue ou pessoa significativa, com recurso ao uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, para a promover uma experiência de parto positiva (Regulamento n.º 391/2019).

Todo o percurso formativo alicerçou-se na prática reflexiva e capacidade para resolução de problemas complexos, sustentados em evidência científica, assim como na Teoria do Cuidado de Kristen Swanson, sendo estas, competências necessárias para a aquisição do grau de Mestre e de EEESMO.

A síntese do registo das atividades realizadas ao longo do ER é apresentada no Anexo 6.

3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré-natal

O contexto Cuidados de Saúde Primários, foi onde realizamos a primeira abordagem à mulher/grávida/casal no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados. Nas consultas de enfermagem era realizado o acolhimento, apresentávamo-nos, solicitando a autorização para realização da consulta e quaisquer procedimentos de adinham da mesma, mantendo o respeito, dignidade e privacidade de todos os intervenientes, de forma a estabelecer uma relação de empatia e confiança, promovendo um ambiente seguro e propício, para conhecer a grávida/casal, as suas necessidades de cuidados, planeando as melhores intervenções especializadas. Era realizada a avaliação inicial detalhada, conhecendo os antecedentes de saúde, de doença individuais e familiares, antecedentes cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, culminando na avaliação física.

Neste contexto cuidámos a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da consulta de Planeamento Familiar (PF) (Regulamento n.º 391/2019). Nestas consultas as mulheres apresentavam muitas dúvidas relativamente ao método anticoncepcional mais adequado à situação de saúde/doença, assim, a nossa intervenção direcionava-se para a informação e orientação, através de um planeamento de consulta centrado no cuidado, de forma individualizada.

Exemplificando, prestámos cuidados a uma mulher com excesso de peso e períodos de cefaleias, que utilizava como método anticoncepcional a pilula combinada. Foi explicado à senhora, que perante os seus antecedentes pessoais e avaliação física e segundo os critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos orais, a pilula combinada, nestas circunstâncias encontra-se na categoria 3 *“em que os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens de utilizar o método”* (DGS, 2001, p.11). Foram apresentadas as diversas alternativas e a mulher decidiu alterar para uma pilula apenas com progestagénio, efetivando uma *“decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13561). Refletindo sobre a situação de cuidados descrita, emerge a importância do cuidado especializado do EEESMO alicerçado no seu conhecimento diferenciado para o ensino, educação, supervisão e avaliação no campo de intervenção da saúde reprodutiva.

Ainda no âmbito das consultas de PF tivemos a oportunidade de realizar de forma autónoma a colocação de outros métodos de contraceção nomeadamente implantes subcutâneos e dispositivos intrauterinos, estando com a mulher, mostrando competência e fazendo por ela, o melhor no sentido da promoção e proteção da sua dignidade, informando de todos os procedimentos, proporcionando conforto e salvaguardando o seu consentimento (Swanson 1991; Swanson 1993).

Para além destas, executámos intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher (Regulamento n.º 391/2019), através da realização de consultas para rastreio do cancro do colo do útero, realizando de forma autónoma, o ensino sobre o exame e procedimento, a observação ginecológica e colpocitologia. Segundo o Parecer n.º 141/2009, os EEESMO's são os profissionais que *“pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização da citologia como uma intervenção inserida no plano de cuidados de cada mulher”* (OE, 2009, p.4). Destaco a importância do EEESMO, para a oportunidade, de nas consultas de enfermagem, seja ao nível da preconceção, controlo da fertilidade, ou vigilância da gravidez, realizarem a avaliação e planeamento deste rastreio com as mulheres, contribuindo para a saúde e bem-estar das mesmas, com melhoria dos indicadores de saúde nesta área. Ainda neste âmbito, preparámos e apresentámos uma sessão de formação para a equipa de EEESMO sobre o rastreio do cancro do colo do útero, e a sua, cada vez maior pertinência no contexto da pandemia por Covid-19, pois

durante a pandemia, as mulheres recorreram menos aos cuidados de saúde, o que levou ao atraso do diagnóstico e tratamento o mais precoce possível. Assim, foram desenvolvidas competências de especialista e mestre, através da formação oportuna em contexto de trabalho e favorecimento de aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019).

Tivemos ainda oportunidade de prestar cuidados à mulher durante o período pré-natal (Regulamento n.º 391/2019) de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. O período pré-natal é segundo Corbett (2006) um período de preparação física e psicológica para o nascimento e parentalidade. Neste sentido, é importante assegurar a vigilância da gravidez, estando com a grávida/casal e família, informando sobre as alterações da gravidez, ajudando-os na adaptação a esta fase com redução dos desconfortos (Machado, 2017). A vigilância da gravidez através de cuidados especializados permite a redução da morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (Almeida et al., 2015).

Neste contexto avaliámos e monitorizámos a evolução e adaptação à gravidez nas consultas enfermagem de saúde materna. Nas primeiras consultas conhecíamos a grávida/casal, realizávamos, para além da história detalhada de antecedentes pessoais e familiares já descritos no início do capítulo, a história obstétrica, bem como avaliávamos comportamentos e estilos de vida, registando todas as informações pertinentes no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), foi possível também realizar ações de educação para a saúde acerca de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Uma das grávidas a quem prestámos cuidados soube que estava grávida numa fase mais avançada da gestação, foi à primeira consulta de enfermagem com 18 semanas e 3 dias, não tinha exames ainda realizados, e desde logo, após toda a avaliação inicial, preenchimento do BSG e avaliação obstétrica, houve necessidade de informar a grávida acerca dos cuidados com a alimentação, dado não saber se era ou não imune à toxoplasmose. A infeção por toxoplasmose advém da ingestão de alimentos contaminados por oócitos (geralmente presentes nas fezes de gatos), ou carne mal confecionada contendo quistos de *Toxoplasma gondii*. À grávida não imune, ou que ainda desconhece a sua imunidade, é importante o ensino/educação acerca de cuidados com a alimentação, tais como: *“ingerir alimentos bem cozinhados, em particular carne e ovos; lavar cuidadosamente as frutas e verduras”* (DGS, 2000, p.10). Cuidados também com a

ingesta de alimentos açucarados, dado ainda não ter realizado análises. Foi sugerido fazer as análises do primeiro trimestre de gravidez e obter o valor da glicemia em jejum, antes de realizar a prova de tolerância à glicose oral, pois não seria de todo prudente prescrever esta análise a realizar entre as 24-28 semanas, sem antes compreender se a grávida já teria desenvolvido diabetes gestacional (DG), pois *“um valor da glicemia plasmática em jejum ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/L) e < 126 mg/dl (7,0 mmol/L) faz o diagnóstico de DG, não sendo necessário a realização de prova de tolerância à glicose oral com 75g de glicose às 24-28 semanas de gestação”* (DGS, 2011, p.2).

Neste contexto, realizaram-se um total de 23 consultas de enfermagem de vigilância da gravidez de baixo risco, tivemos oportunidade, para além do acolhimento e avaliação inicial detalhada, de poder realizar a avaliação física e obstétrica, através da avaliação da tensão arterial, peso, cálculo de índice de massa corporal e avaliação ponderal ao longo da gravidez, salientando o aumento de peso recomendado pela DGS, avaliação do fundo do útero, estimando a evolução normal da gravidez, realização das Manobras de Leopold para averiguar a estática fetal e poder auscultar os batimentos cardíacos fetais através do doppler, avaliação em todas as consultas do risco presente na gravidez com recurso à Escala de Goodwin modificada, minimizando complicações e encaminhando se necessário para cuidados diferenciados no hospital de referência. Aplicamos também no terceiro trimestre a Escala de Edimburgo de forma a identificar o risco de depressão pós-parto. Numa das consultas, pudemos validar a pertinência deste instrumento para diagnosticar e fundamentar a necessidade de referência de uma grávida para o psicólogo da Unidade de Cuidados na Comunidade, pela sua ansiedade e score de 12 pontos na escala de Edimburgo. As consultas de vigilância de gravidez neste contexto clínico eram realizadas pelo EEESMO e pelo médico, com funções diferenciadas que se complementavam, sendo que nenhum destes profissionais substituíria o outro. Trabalhavam em articulação para uma correta vigilância da grávida, solicitando e avaliando exames laboratoriais e ecográficos, realizando ensinamentos e aconselhamento, promovendo uma vivência positiva da gravidez, aproveitando todas as oportunidades, para intervenção e mudança, em prol da melhoria da saúde das grávidas/casais. Algumas das consultas que realizámos foram no âmbito da consulta prévia à frequência dos “Programas de preparação para o parto e adaptação à parentalidade” e dado o contexto pandémico, foram possibilitadas alternativas, para que, em segurança o casal, pudesse estar presente

nas consultas e em todo o processo. Só assim é possível intervir e apoiar na preparação e adaptação à parentalidade.

Durante a gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério e transição para a parentalidade é do domínio de competências do EEESMO, o desafio de estar com as grávidas/casais, empoderando-os, implementando, colaborando e gerindo programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019), dos quais se destacam os Programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (Regulamento n.º 391/2019), que levam a que a grávida/casal possam vivenciar este percurso de uma forma mais positiva. Estes programas/cursos, incluem várias temáticas, que no contexto da educação para a saúde, são ferramentas importantes que o EEESMO tem ao seu dispor para dar resposta a dúvidas, preocupações e interesses da grávida/casal. Possibilitam o estabelecimento de uma relação terapêutica, dando espaço à oportunidade de ensino. O conhecimento dos receios, dúvidas e expectativas é fulcral para o diagnóstico de situação, seleção e implementação das melhores intervenções. A participação nestes cursos, foi sem dúvida uma aprendizagem muito enriquecedora e desafiante, na medida em que tivemos de contornar os constrangimentos impostos pela pandemia, o que contribuiu para, enquanto futura EEESMO, conseguir planear, organizar, executar e avaliar sessões de educação para a saúde no âmbito dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) (Regulamento n.º 391/2019), que serão um veículo de empoderamento das grávidas/casais para o seu autocontrolo e tomadas de decisão relativas à sua saúde e bem-estar.

No entanto, durante o processo de gravidez, por vezes, podem ocorrer desvios da normalidade, o que exige aos profissionais de saúde, em específico aos EEESMO uma maior intervenção na monitorização e vigilância da gravidez, intervindo na promoção da saúde e prevenção de complicações. A gravidez pode tornar-se de alto risco sendo *“aquela em que a saúde da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez”* (Lowdermilk (b), 2006, p.682) e nesse sentido o EEESMO deve ser capaz de cuidar *“a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”* através do diagnóstico precoce e prevenção de complicações

na saúde durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

Durante o ER em contexto de Internamento Medicina Materno-fetal, prestámos cuidados a várias grávidas com patologia, sendo os motivos que levavam ao internamento de várias etiologias, desde hemorragias nos diferentes trimestres, síndrome de pré-eclampsia, síndrome de hellp, colestase gravídica, entre outros. Estas patologias frequentemente estavam associadas a restrições do crescimento fetal, o que exigia ao EEESMO a capacidade de uma cuidada vigilância materna e fetal bem como de suporte emocional.

Sempre que iniciávamos o turno e nos eram atribuídas as grávidas, dirigíamo-nos às mesmas, apresentando-nos e solicitando autorização para a sua vigilância e prestação de cuidados. Assente na Teoria do Cuidado (Swanson 1991; Swanson 1993) conhecíamos a mulher através de uma anamnese detalhada, identificando as suas crenças e necessidades, a fim de, definir os principais diagnósticos de enfermagem. Conhecendo a grávida, importava fazer por ela o que esta faria, através de um planeamento das melhores intervenções de enfermagem especializadas, sustentadas em evidência científica, com o objetivo de esta poder alcançar o seu bem-estar (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Umas das senhoras a quem prestámos cuidados especializados foi internada com o diagnóstico de Hemorragia do 3ºtrimestre, com descolamento de placenta baixamente inserida, para vigilância de perdas hemáticas. A hemorragia anteparto é definida por Areia (2017) como aquela que ocorre após as 24 semanas de gestação e que não esta relacionada nem como o TP, nem o parto, surge da *“perda da relação adequada entre a superfície da placenta e a área do leito decidual, culminando numa rotura da parte da placenta com abertura de vasos e consequente hemorragia”* (Areia, 2017, p.316), assim é um sinal de alarme, pois constitui uma das principais causas de morbilidade de mortalidade perinatais. Perante este caso, tornou-se importante definir a causa da hemorragia. O toque vaginal nestas situações é contraindicado, pelo que se deve realizar a observação do colo do útero com um espéculo de forma a excluir como possíveis causas a lesão do colo ou do canal vaginal, e suspeitar que a lesão é supra cervical. Após a inspeção da vagina e colo do útero, recomenda-se a avaliação ecográfica transvaginal, identificando a localização da placenta em relação ao orifício interno do colo do útero e a ecografia transabdominal (Areia, 2017). A grávida em causa, tinha uma placenta prévia

marginal. Em latim, prévia significa “ir antes”, ou seja, a placenta prévia entra no canal de parto antes do feto (Cunningham et al., 2016). Os vários fatores de risco associados à placenta prévia são: placenta prévia em gravidez anterior, cesariana anterior, gestação múltipla, idade materna avançada, multiparidade, aborto anterior, procedimentos intrauterinos anteriores, tabaco, etc... (Areia, 2017).

Perante o exposto, pudemos diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal (Regulamento n.º 391/2019), tomando conhecimento de toda a história clínica da mulher através de uma adequada anamnese e posterior elaboração do processo de enfermagem. Perante os diagnósticos de enfermagem e consoante as crenças e necessidades da grávida, foram estabelecidas prioridades nas intervenções, identificando-se e monitorizando-se a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, realizando-se a observação física céfalo-caudal da grávida, monitorizando os seus parâmetros vitais, realizando as Manobras de Leopold para identificar a estática fetal e auxiliar na identificação do foco para monitorizar os batimentos cardíacos fetais com recurso ao doppler, avaliando o fundo do útero e a presença de contratilidade uterina, identificando e monitorizando desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da nossa área de atuação (Regulamento n.º 391/2019).

O EEESMO, na sua prática, deve ter em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados na área da saúde materna, respondendo aos enunciados descritivos: satisfação da utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, autocuidado e autocontrolo da grávida, e readaptação a uma nova condição de vida (Barradas et al., 2015). Assim, realizamos ensinamentos durante o internamento, a fim de preparar a alta desde o primeiro dia, esclarecendo dúvidas, assegurando a continuidade dos cuidados e prevenindo complicações (Barradas et al., 2015; Pompeo, Pinto, Cesarino, Rosa, Ferreira, Antonia & Poletti, 2007), através da orientação sobre os sinais e sintomas de risco e a atuação face à sua presença (Regulamento n.º 391/2019).

Também cooperamos com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez (Regulamento n.º 391/2019) preparando e apoiando a grávida na realização de meios auxiliares de diagnóstico tais como ecografia, procurando aprofundar conhecimentos sobre o exame através da pesquisa de evidência científica. Foi importante compreender e identificar desvios à normalidade

nas ecografias, tais como a restrição do crescimento fetal. Esta situação é definida por Beune et al. (2020) como a falha do feto em atingir o seu potencial de crescimento intrauterino, a causa pode ter origem em patologia placentária, genética, infecciosa, entre outras. Também realizámos a colheita de sangue e urina para diagnóstico/estudo da pré-eclampsia e síndrome de hellp compreendendo a importância da identificação de desvios no resultado das mesmas.

No Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), acompanhamos a grávida/casal por diversos motivos, destacando-se a hemorragia nos diferentes trimestres, ameaça de parto pré-termo (APPT), contratilidade uterina e encurtamento do colo do útero, diminuição de movimentos fetais, contratilidade uterina dolorosa nas fases latente e ativa do TP, algias pélvicas, normalmente associadas a infeção do trato urinário (ITU), rutura prematura de membranas pré-termo e de termo e doença hipertensiva pré existente ou associada à gravidez com risco de pré-eclampsia. Nestas circunstâncias observámos e prestámos cuidados de conforto e bem-estar, vigilância hemodinâmica, preparação e administração de medicamentos tocolíticos (Atosibano e Salbutamol endovenoso), para induzir a maturação pulmonar fetal (Dexametasona ou Betametasona), a neuroprotecção fetal (Sulfato de Magnésio) e Labetalol para estabilização hemodinâmica, entre outros cuidados.

Por vezes, seja por motivo de patologia materna ou fetal, a gravidez não evolui, podendo ocorrer aborto. O Aborto espontâneo consiste na interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência accidental ou natural. A maioria dos abortos espontâneos tem origem numa incorreta replicação dos cromossomas e/ou em fatores ambientais. O aborto espontâneo pode ser precoce (até às 12 semanas de gestação) ou tardio (após 12 semanas de gestação) (Associação para o planeamento da família, 2021).

Um aborto espontâneo é dispensado de certificado médico de morte fetal, quando este ocorre até às 24 semanas (Artigo 209.º-A, Decreto-Lei n.º 131/95, 1995). Não obstante a este certificado e consequente dispensa de realização de funeral, o sofrimento, perda e luto, estão presentes na grávida/casal, como pudemos constatar numa situação de cuidados, em que ocorreu morte fetal às 23 semanas de gestação. Providenciámos cuidados à mulher, facilitado a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Regulamento n.º 391/2019) através da vigilância do seu estado de saúde físico e emocional, monitorização hemodinâmica, vigilância de perdas hemáticas vaginais, expulsão do feto e placenta,

controle da dor física e controle da “dor da alma” tal como referiu. Assim o EEESMO deve ser capaz de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, durante o período de luto em caso de abortamento (Regulamento n.º 391/2019). Este apoio emocional à mulher, exige ao EEESMO uma grande capacidade de gestão das suas emoções. Segundo Homer & Hoope-Bender (2016) a formação e preparação académica dos EEESMOS no cuidado à mulher com perda gestacional é de extrema importância para minimizar dificuldades. A grávida a quem prestámos cuidados soube do diagnóstico de morte fetal na consulta de vigilância da gravidez do hospital, onde já era seguida por patologia fetal, com mau prognóstico. Acabou por ficar internada para indução da expulsão do feto e placenta. Assim enquanto futura EEESMO devo, para cuidar das mulheres que sofrem de uma perda gestacional, cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto (Regulamento n.º 391/2019) através da administração de terapêutica e vigilância de complicações, bem como, através do estar presente (Swanson, 1991; Swanson, 1993), mostrando disponibilidade, sensibilidade, respeito e empatia, fornecendo informações claras, que respondam às necessidades da mulher, orientando-a, fazendo por ela aquilo que ela faria, caso tivesse no momento essa capacidade (Peters, Lisy, Riitano, Jordan & Aromataris, 2015). Nestas situações também é importante a continuidade de cuidados, informando sobre sinais e sintomas de alerta que implicam recorrer a cuidados de saúde após a perda gestacional, bem como a orientação para grupos de apoio (Sotto-Mayor, 2016). A mulher/casal podem necessitar de algum ritual que facilite o luto, como poder ter uma fotografia do feto, estar com o feto após a expulsão ou recolher impressões digitais do mesmo, sendo que estes rituais devem ser apoiados, promovidos e acompanhados pelo EEESMO (Sotto-Mayor, 2016).

Ao longo deste ER, foi-nos também possível cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro (Regulamento n.º 391/2019), através da observação e participação na consulta de infertilidade, bem como análise e discussão de casos e resultados dos meios complementares de diagnóstico. A infertilidade, segundo a OMS (1992) citada por Vilar, Nogueira e Carnapete (2012, p.5) é a *“incapacidade de engravidar ou de levar uma gravidez a termo após um ano de relacionamento sexual, se a mulher tiver menos de 35 anos e seis meses ou se tiver mais de 35 anos, sem a utilização de contraceptivos”*. Uma em cada quatro

mulheres poder ter dificuldades em engravidar, estimando-se que 10 a 15% dos casais em idade reprodutiva se enquadram nesta definição (Vilar et al., 2012).

Assim enquanto futura EEESMO, é importante que identifique problemas de fertilidade nos casais, encaminhando-os para cuidados diferenciados, de forma a prevenir problemas de saúde relacionados a reprodução (ICM, 2019), pois as listas de espera para tratamentos tais como a fertilização in vitro ou recurso a óvulos de dadora, são longas e o acesso a estes procedimentos pode demorar anos. Para além deste encaminhamento é importante realizar os ensinamentos sobre procedimentos e exames necessários ao diagnóstico e tratamento.

3.2 Cuidar a mulher/recém-nascido inseridos na família e comunidade durante o trabalho de parto, puerpério e período neonatal

No SUOG foi realizada de forma autónoma o acolhimento das mulheres grávidas na triagem, tendo-se efetuado uma adequada anamnese, consulta do BSG e exames complementares de diagnóstico. Esta análise foi fundamental para avaliar o risco gravídico e planear os cuidados, garantindo o bem-estar materno-fetal, que se realizava com recurso à auscultação dos batimentos cardíacos fetais, monitorização e interpretação de cardiografia (CTG), avaliação do colo do útero através de toque vaginal, observação de perda hemática via vaginal, observação do líquido amniótico (LA), entre outras. Quando a grávida ficava internada, assegurava-se a transferência e cuidados durante o transporte, nomeadamente até ao Bloco de Partos (BP). No BP acompanhámos a mulher/casal em todas as fases do TP, parto e puerpério imediato, bem como prestámos cuidados ao RN otimizando a sua adaptação à vida extrauterina.

O início do TP normal ocorre entre as 37 e 42 semanas de idade gestacional (Varela, Amaral, Santos, Madruga, Ferreira & Ferreira, 2020), pode durar até 20h nas nulíparas e 14h nas múltíparas (Orientação nº 001/2015), a fase ativa continua com contratilidade regular e extinção substancial do colo do útero com dilatação cervical dos 5 aos 10 cm, não demorando mais de 12h nas nulíparas e 10h nas múltíparas, devendo a mulher ser informada da variabilidade prevista da duração da primeira fase do trabalho de parto (OMS, 2018). No BP foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados à mulher em TP, acompanhando 75 parturientes, nas diferentes fases do TP, das quais assistimos no parto a 45.

O EEESMO é o profissional que tem o conhecimento e a competência para cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). Durante o TP procurávamos conhecer a mulher, apresentando-nos e avaliando as suas crenças e expectativas relativamente ao TP. “A forma como o enfermeiro comunica com a mulher, este primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva” (Lowdermilk (c), 2006, p.415). Foi proporcionado um ambiente tranquilo, acolhedor e confortável, com otimização da luminosidade do ambiente ao gosto da parturiente, bem como a presença, apoio emocional e envolvimento prático do acompanhante, favorecendo a evolução do TP (OMS, 2018; APEO & Federação de Associações de Matronas de Espanha (FAME), 2009). Procurava-se obter o máximo de informação sobre a parturiente, recorrendo às informações provenientes da passagem de turno, à consulta do processo clínico, a exames complementares de diagnóstico e ao BSG. Questionávamos se tinha Plano de Parto, sendo que nenhuma das 75 parturientes que acompanhámos tinham expressado nesse formato os seus desejos e intenções para esse momento tão importante nas suas vidas. Constatamos que apenas 6 parturientes tinham idealizado alguns aspetos a ter em conta no seu parto, tal como, a não realização de episiotomia por rotina, a liberdade de movimentos e a clampagem tardia do cordão. Assim, procurávamos integrar estas informações e individualizar o planeamento de cuidados.

Prestámos também cuidados a grávidas durante a indução do trabalho (ITP), por patologia materna e situações de idade gestacional avançada. A ITP acarreta riscos para a mãe e o feto, pelo que deve ser criteriosamente avaliada a sua necessidade. São indicações para a ITP “as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez” (Orientação nº 002/2015, 2015, p.2) por exemplo o oligoâmnios, restrições graves do crescimento fetal, com alterações de fluxos útero-placentar, a morte fetal, rutura prematura de membranas, corioamnionite e gravidezes não complicadas que atingem as 41 semanas (Orientação nº 002/2015, 2015; Fonseca, 2016). Sendo contra-indicações à ITP, a cirurgia uterina complicada anterior, antecedentes de rutura uterina, infeção ativa vaginal por herpes, placenta ou vasa prévia, antecedentes de hipersensibilidade às prostaglandinas, estado fetal não tranquilizador, entre outras (Fonseca, 2016; Campos & Montenegro, 2005).

Às grávidas que acolhemos para ITP, salvaguardámos o seu conforto, apresentando o serviço, explicando procedimentos, fornecendo ou verificando o consentimento informado e garantindo um ambiente seguro durante o TP (Regulamento n.º 391/2019). Garantimos a monitorização hemodinâmica materna e fetal com recurso ao CTG, avaliando o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (Regulamento n.º 391/2019). Tendo em conta o resultado do CTG era necessário realizar a avaliação do índice de *Bishop* (posição, consistência, dilatação e comprimento do colo uterino associado à altura da apresentação fetal em relação às espinhas isquiáticas) (Fonseca, 2016), normalmente esta primeira avaliação era realizada pelo médico obstetra, que consoante o *score* resultante, prescrevia a terapêutica para indução do trabalho de parto. Posteriormente registávamos de forma estruturada o resultado da monitorização hemodinâmica materna, do CTG, motivo da indução, características do colo uterino, estado das membranas, bem como a hora e terapêutica de indução. Identificávamos também o resultado laboratorial da pesquisa de *Streptococcus* do grupo B, pela necessidade de iniciar antibiótico quando a grávida entrava em TP se fosse positiva, ou em caso de rutura espontânea de membranas superior a 18h, para prevenção da sepsis no neonato, pois é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade perinatal (Baptista, 2016; Pinto & Passo, 2017; Félix, Amaral & Palma, 2017).

Quando a grávida apresentava contrações regulares, com apagamento do colo uterino e já estava em TP, avaliávamos e monitorizávamos a evolução do TP (Regulamento n.º 391/2019) através da observação geral à grávida, observação da postura e fâcies, questionando a frequência, intensidade e duração das contrações, tolerância à dor, realizavam-se as Manobras de Leopold identificando a apresentação fetal relativamente ao eixo materno, observação obstétrica através do toque vaginal bem como a posição fetal na bacia no que concerne aos planos de *Lee* ou *Hogde* e avaliação do CTG. Durante esta vigilância era possível identificar desvios ao padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações desviantes (Regulamento n.º 391/2019) ao médico obstetra, tais como desacelerações ou taquicardias fetais, contratilidade frequente e dolorosa sem apagamento do colo uterino, sugerindo indução do trabalho de parto falhada e taquissístolia em grávida com cesariana anterior.

Foi sempre incentivada a liberdade de movimentos e posturas mais verticalizadas, a fim de otimizar a descida da apresentação fetal favorecida pela

força da gravidade, contratilidade uterina e otimização da bacia materna (Cardoso et al., 2020; OMS 2018). Durante a gravidez a bacia adquire mobilidade, durante o TP esta torna-se mais evidente. Existem dois tipos de movimentos da bacia, os intrínsecos, aqueles que ocorrem entre os próprios ossos da bacia e os extrínsecos que ocorrem devido aos movimentos dos ossos, músculos e ligamentos adjacentes. As coordenações destes dois tipos de movimentos auxiliam no movimento e orientação da cabeça fetal ao longo da escavação pélvica (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Muito importante nesta fase as técnicas de relaxamento muscular e posições maternas que facilitem a progressão fetal pela bacia materna, pelo que, promoveu-se o relaxamento muscular, ligamentar e fascial através da realização de massagem e da técnica de Rebozo, que me foi ensinada pela orientadora clínica que tem formação específica nesta técnica. Utilizamos também técnicas de *Spinning Babies®* (2021), tais como a *Side-lying Release* no relaxamento muscular e libertação de espaço para maior mobilidade e rotação fetal e a posição de *Walcher* quando necessário otimizar o encaixe fetal na bacia materna. O sucesso do TP depende destes pormenores de avaliação e habilidade na condução do TP por parte do EEESMO, com recurso à utilização de diferentes técnicas (Cardoso et al., 2020). Para além destas intervenções promotoras da progressão do TP, proporcionámos às parturientes o uso de outras estratégias como a bola de pilates, dançaterapia, liberdade de movimentos, musicoterapia, pano suspenso, massagem, hidroterapia, bem como acompanhamento constante. Estas intervenções são estratégias não farmacológicas para alívio da dor e técnicas que promovem o relaxamento, recomendadas pela OMS (2018), diminuem o recurso a fármacos analgésicos e contribuem para a satisfação com a experiência de parto (Lothian, 2009; Ondeck, 2014; FAME & APEO, 2009). Quando a dor se tornava um fator de desconforto, informava-se a parturiente da possibilidade de realização de analgesia endovenosa, loco-regional ou inalatória, entregando-se o consentimento informado escrito, para que esta pudesse ler e esclarecer todas as dúvidas. Após decisão livre e esclarecida, cooperávamos com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (Regulamento n.º 391/2019).

Ainda durante o TP incentivou-se à alimentação da parturiente e após a realização de analgesia loco-regional reforçamos a importância da ingestão de líquidos, rebuçados e frutas com maior concentração de água (melancia, melão,

entre outros) e gelatina, sendo esta uma prática recomendada por diversas entidades de saúde (OMS, 2018; FAME & APEO, 2009).

Procurámos sempre respeitar o tempo do TP fisiológico, minimizando e restringindo a observação através de toque vaginal ao mínimo, sendo este recomendado pela OMS (2018) de 4/4 horas, a partir da fase ativa do primeiro estado do TP, ou seja, com início aos 5cm de dilatação. Tivemos também a oportunidade durante o TP de realizar as técnicas de colocação de monitorização interna da frequência cardíaca fetal (FCF), em situações de perda frequente do sinal da FCF em que a bolsa de águas estava rota. Executamos também a amniotomia, que consiste na rutura artificial de bolsa de águas através de um instrumento esterilizado (amniótomo) e segundo Andrees e Rankin (2007) citado por Sequeira et al. (2020) *“tem como principais objetivos aumentar a dinâmica uterina, promover a diminuição do trabalho de parto, permitir a visualização das características do líquido amniótico, quando há suspeita de sofrimento fetal, e permitir a monitorização interna fetal”* (p.81). Após a realização destas técnicas tivemos em maior atenção o risco de infeção, mantendo a vigilância das características do LA, da temperatura timpânica materna e da FCF. Não obstante à importância da execução de técnicas no desenvolvimento de competências de EEESMO, importa a análise da individualidade de cada parturiente e CPS, respeitando as suas características pessoais, culturais, espirituais, prestando cuidados de forma holística e personalizada, otimizando o ambiente de forma a proporcionar uma experiência positiva.

Quando a utente manifestava vontade em realizar esforços expulsivos involuntários, sentindo pressão na região anal e/ou perineal, realizávamos a avaliação através da manifestação das suas verbalizações, se a vontade de “fazer força” era apenas no pico da contração ou constante, e/ou através da observação pelo toque vaginal percebendo se a dilatação cervical era completa e se a apresentação se encontrava no plano de Lee zero ou já abaixo das espinhas isquiáticas. Consoante o resultado da avaliação sugeria-se a realização de exercícios de otimização do estreito interior da bacia, com assimetria dos membros inferiores de forma a aumentar o diâmetro interespinhoso permitindo a progressão da apresentação fetal pela escavação pélvica. Caso a apresentação estivesse abaixo das espinhas auxiliávamos a parturiente na adoção da posição que lhe fosse mais confortável ou a idealizada para o período expulsivo.

Em período expulsivo e com a apresentação fetal a coroar, foi possibilitada à parturiente a alternância de posições e liberdade de movimentos. Preparávamos a mesa e o ambiente com todo o material necessário para a realização do parto em segurança e tendo em conta o grupo de sangue da parturiente, a fim de preparar o material para a colheita de tipagem e teste de coombs do sangue do RN.

Dos 45 partos eutócicos assistidos, durante o período expulsivo, 29% parturientes optaram pela posição de litotomia, 24% pela posição de gatas, 20% pela posição de litotomia modificada (semi-sentada), 11% posição de lado, 11% sentadas no banco de parto e 5% em pé. A descida fetal foi de forma natural com auxílio dos exercícios de assimetria, da contratilidade uterina e os esforços expulsivos involuntários da parturiente. Nas parturientes que se encontravam com analgesia loco-regional, orientávamos os esforços expulsivos em expiração, evitando a Manobra de Valsava, tendo em conta que esta os realizasse apenas quando sentisse essa vontade. Promovemos sempre o reforço positivo, envolvendo o CPS, tornando ambos ativos e elementos centrais nas diversas fases do TP.

Durante a coroação da apresentação fetal foi realizada a proteção do períneo com recurso a compressas mornas, que têm como objetivo relaxar os tecidos do períneo e evitar lacerações, embora ensaios randomizados, indiquem que a aplicação de compressas mornas não apresentaram diferenças significativas nas lacerações de grau I e II, no entanto evitam as de graus III e IV (Aasheim, Nilsen, Reinart & Lukasse, 2017). Também se recorreu à manobra de Ritgen modificada, dando apenas algum suporte ao períneo com a compressa morna na mão, e com a mão oposta apoiando a descida fetal e ao mesmo tempo evitando a deflexão rápida da cabeça durante a exteriorização (Jansova, Kalis, Rusavy, Räsäne, Lobovsky & Laine, 2017). Nos 45 partos eutócicos assistidos, apenas se realizou uma episiotomia, devido à orientação clínica que foi dada no momento, com a justificação que a parturiente apresentava um tecido perineal “rijo” (sic) e pouco distensível, (Wu, Malhotra, Allen, Lie, Tan & Ostbay, 2013). Esta prática já não é recomendada por rotina, aliás a evidência não corrobora esta necessidade, apenas revela a necessidade desta técnica em situações de emergência obstétrica (OMS, 2018).

Também observámos e colaborámos com a equipa em partos distócicos, assistindo a partos por fórceps (1), ventosa (5) e cesariana (10), assistindo ao procedimento, recebendo e prestando cuidados ao RN. Também observámos e

participámos na prestação de cuidados em situação de emergência obstétrica, assistindo à reanimação neonatal, descrita no Apêndice 10.

Após o nascimento do RN, com uma compressa removia-se o líquido das vias aéreas superiores, estimulando o RN e secando-o bem de forma a promover a sua adaptação à vida extrauterina. Em seguida, colocava-se em contacto pele a pele com a puérpera e vestia-se um gorro de forma a prevenir a perda de calor, realizávamos a avaliação do índice de Apgar e uma avaliação física sumária. Possibilitámos em todos os partos o corte tardio do cordão umbilical apenas quando este parou de pulsar, pelo pai do RN ou pessoa significativa que acompanhou o parto, ou mesmo pela puérpera. O corte tardio do cordão revela vantagens para o RN ao nível da prevenção de anemia, redução de hemorragia intraventricular, menor taxa de enterocolite necrosante, menos sepsis infantil e consequentemente menor necessidade de transfusões sanguíneas (WHO, USAID & CHIP, 2013). Nos RN que apresentavam circular cervical do cordão após a exteriorização da cabeça, de forma a evitar a sua clampagem, realizávamos a Manobra de *Somersault*. Também auxiliávamos a adaptação à mama na primeira hora de vida.

No que diz respeito à dequitação, aguardava-se que a mesma ocorresse de forma natural e completa, auxiliando a sua extração com a Manobra de *Brandt-Andrews*, após os sinais de descolamento da mesma (palpação do fundo uterino e descida do cordão umbilical pela vagina, com presença de sangue à vulva), por vezes utilizávamos esta manobra de forma mais ativa e que consiste na cuidada tração do cordão com uma mão, sendo que a outra mão fazia ligeira pressão sobre o útero. Após a dequitação verificava-se o globo de segurança de *Pinard* se encontrava bem formado, a presença e quantidade de perdas hemáticas por via vaginal, iniciando a impregnação endovenosa ou administração intramuscular de ocitocina segundo o protocolo da instituição, de forma a minimizar o risco de hemorragia pós-parto. Verificava-se ainda a integridade da placenta e membranas, questionando o casal se queriam ver a placenta, mostrando e esclarecendo dúvidas.

Após a dequitação, realizávamos a higienização do períneo, avaliando-o, bem como o introito vaginal, identificando se havia presença de lacerações e realizando a respetiva reparação, através de sutura contínua, desde o ponto âncora na mucosa vaginal até à região da fúrcula, descendo por planos até ao ápex da ferida no períneo, posteriormente era realizada sutura intradérmica perineal, pontualmente realizávamos pontos interrompidos. Kettle, Dowswell e Ismail (2012)

realizaram uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados comparando as técnicas de sutura contínua versus interrompida para o encerramento perineal e chegaram à conclusão de que a técnica contínua reduz a dor até 10 dias após o parto, reduzindo o consumo de analgésicos neste período. Há também menos necessidade de ressuturar as feridas e há uma redução da dispareunia até três meses após o parto. Esta técnica também evita que os pontos interrompidos passam causar desconforto ao estarem em contato com os pensos higiênicos, papel higiênico ou toalha após a limpeza e higienização da ferida. Nos 45 partos assistidos, obtivemos 47% de lacerações de grau I, 15% de grau II e 36% de períneos íntegros, tendo desenvolvido a competência de reparar o períneo, não esquecendo a estética e funcionalidade de todos os tecidos envolvidos na lesão garantindo a sua execução sem dor.

De forma a manter o conforto, proporcionava-se sempre que possível o contato pele a pele do RN com a puérpera até ao final da sutura, só depois, era realizada a respetiva identificação do RN em frente ao casal, confirmando com estes o nome e códigos nas pulseiras. Posteriormente prestávamos os primeiros cuidados após o nascimento ao RN, no berçário ou ao pé do casal, consoante a situação. Realizávamos a observação física geral (verificação das características anatómicas de forma céfalo-caudal), verificação do cordão umbilical (2 artérias e uma veia), avaliação do peso; exame neurológico (reflexos primários de moro, sucção, busca, deglutição e preensão palmar); administração de 1mg de vitamina k, no terço médio do músculo vasto lateral externo da perna esquerda, para prevenção de hemorragia no RN; Administração de profilaxia ocular, segundo protocolo da instituição, quando indicado; colocação da fralda e vestir o RN, observando a sua reatividade e interação com o ambiente (Rua, Carvalho, Santos & Amaral, 2020). Durante o ER prestámos cuidados após o nascimento a 66 RN.

Nas duas horas após o parto, no puerpério imediato (Santos, Sequeira, Freitas, Prata & Lopes, 2020), as parturientes permaneciam em vigilância no BP, prestando-lhes apoio na adaptação do RN à mama, vigiando e/ou auxiliando no posicionamento e boa pega, avaliando a coordenação dos reflexos de sucção e deglutição, potenciando o vínculo entre a díade. Para além deste apoio, realizávamos a vigilância da puérpera de forma a prevenir complicações, tendo sido prestados cuidados no BP a 64 puérperas, identificando-se desvios à normalidade da fisiologia das alterações físicas após o parto, monitorizando sinais vitais, gerindo

a dor, avaliando o estado geral da puérpera, pele e mucosas, mamas (presença de colostro e tipo/integridade dos mamilos), contração uterina (globo de segurança de *pinard*), características e quantidade dos lóquios, integridade perineal/características da laceração/sutura, vigilância de eliminações urinária e intestinal após o parto, garantindo os cuidados de higiene e conforto (Santos & Baptista, 2016). Durante o ER foi detetada uma situação de desvio da normalidade (atonía uterina), com necessidade de intervenção médica. Assim, cooperámos com outros profissionais no tratamento e estabilização da mulher com complicações pós-parto (Regulamento n.º 391/2019).

Após o período de puerpério imediato, transferíamos a puérpera e o RN para o Serviço de Internamento. Em todas situações de cuidados, era transmitida a informação relativa às mulheres nas passagens de turno, registos informatizados, no processo clínico (partograma) e no BSG, bem como na transferência de serviço, de forma a salvaguardar a continuidade de cuidados e dar visibilidade aos cuidados especializados realizados.

A gravidez e o parto são experiências únicas na vida dos casais, o puerpério é uma fase de enormes transformações e adaptações da tríade na relação de vínculo parental, bem como nos relacionamentos interpessoais e familiares, assim,

A assistência à mulher no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é de fundamental importância para a saúde materna e neonatal, torna-se essencial a assistência de enfermagem qualificada, tendo como base a prevenção de complicações, o conforto emocional e físico do binómio mãe-filho (Gomes & Santos, 2017, p.1).

O EEESMO deve apoiar no processo de transição e adaptação à parentalidade, que é *“um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis”* (Manning, 2006, p.522), através da promoção da saúde, estando com a puérpera/casal, esclarecendo dúvidas e realizando educação para a saúde.

O puerpério é um período caracterizado por alterações físicas e psíquicas, que começam após o parto e *“se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias)... Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel”* (OMS, 2010 citado por Almeida et al., 2015, p.78). O EEESMO deve assegurar os cuidados pós-natais à mulher e RN, promovendo e apoiando na amamentação, detetando, tratando e

estabilizando complicações, no sentido de potenciar a saúde da puérpera, do RN e pai (tríade), apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, referenciando para outros profissionais, situações para além da sua área de atuação (ICM, 2019; Regulamento n.º 391/2019).

No Internamento de Puerpério foi-nos possível prestar cuidados a 44 puérperas e 41 RN, bem como à tríade (mãe/pai/RN) durante o período de visitas, promovendo o vínculo e adaptação à parentalidade. Tivemos a possibilidade de acolher as puérperas, conhecê-las, realizar uma avaliação inicial de enfermagem, bem como efetuar os respetivos diagnósticos de enfermagem, delineando desde logo um plano de cuidados ancorado nas suas características e necessidades individuais, tendo em conta os antecedentes pessoais (idade, antecedentes de saúde e de doença, obstétricos), avaliando o suporte social e necessidade de apoio, tendo em atenção as crenças e cultura. Também tivemos em conta a segurança da díade, validando as suas pulseiras de identificação e garantindo a ativação do sistema de segurança eletrónico do RN. Fizemos pela puérpera o que ela faria por si própria, caso conseguisse, promovendo o seu conforto, auxiliando-a nos cuidados ao RN (Swanson, 1991; Swanson, 1993) e promovendo o processo de vinculação.

Após o acolhimento e avaliação inicial, num ambiente seguro e respeitando a privacidade, com a finalidade de planear as melhores intervenções, era realizada uma avaliação física completa e obstétrica à puérpera de forma a detetar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período pós-natal (Regulamento n.º 391/2019).

Ressalvo a título de exemplo o diagnóstico de uma hemorragia pós-parto (HPP), numa puérpera que tinha sido admitida no serviço, sendo esta definida pela OMS (2014) como uma perda de sangue igual ou superior a 500 ml nas 24 horas após o parto. A enfermeira que estava a acolher a puérpera, diagnosticou a hemorragia e de imediato solicitou ajuda à minha orientadora, a única EEESMO que estava presente, fui com ela e desde logo iniciámos a massagem uterina a fim de promover a contração do útero e reduzir a hemorragia (OMS, 2014; Koch & Rattmann, 2020), desenvolvendo intervenções à mulher com complicações pós-parto (Regulamento n.º 391/2019). A minha orientadora clínica, teve uma intervenção de *team leader*, orientado toda a equipa e chamando desde logo ajuda diferenciada da equipa médica. Quando a equipa médica chegou, com a massagem uterina, o útero já estava contraído, no entanto, quando se suspendia a mesma,

rapidamente o útero entrava em atonia, pelo que, foi necessário proceder-se à administração de 800 mcg de misoprostol via retal, segundo o protocolo do serviço. Logo em seguida, puncionou-se uma veia periférica e realizou-se a colheita de sangue para análises com concomitante monitorização hemodinâmica. Dado a hemorragia persistir iniciou-se a perfusão endovenosa de ocitocina 40UI em 1000 ml de soro fisiológico a 250ml/h também segundo o mesmo protocolo. Não tendo sido possível o controlo hemorrágico com todas estas medidas, iniciou-se a perfusão de ácido tranexâmico que *“é aconselhado em casos de hemorragia tónica refratária ou hemorragia persistente relacionada à lesão traumática”* (OMS, 2014, p.4). A principal causa de HPP é a atonia uterina (80% dos casos), esta condição pode ser causada por lacerações do canal de parto ou períneo, inversão uterina, distúrbios de coagulação materna, retenção placentária, entre outras (Koch & Rattmann, 2020).

Para além desta situação, observámos uma puérpera natural da Guiné-Bissau com uma laceração perineal não suturada. Tendo sido alertada pela minha orientadora clínica para a observação pormenorizada do genitais da senhora, havendo necessidade de explorar melhor os grandes e pequenos lábios e presença do clítoris, a fim de avaliar e diagnosticar se a mesma, teria sido vítima de mutilação genital feminina.

A mutilação genital feminina consiste no corte dos genitais femininos, de forma total ou parcial, por motivos não médicos. Segundo a Associação para o Planeamento da Família (2009) estima-se que entre 100 e 140 milhões de meninas/mulheres foram submetidas em todo o mundo a estes procedimentos, e que anualmente, ainda 3 milhões de meninas/mulheres possam correr este risco. Esta prática não traz quaisquer benefícios para a saúde das mulheres, muito pelo contrário, para além da dor e do trauma pode trazer consequências graves, colocando-as em risco de vida.

De forma a prevenir e minimizar estas práticas, os profissionais de saúde devem saber identificar e referenciar estas mulheres, sendo que a *“empatia, a confiança, a garantia de privacidade, de confidencialidade, de respeito e tolerância, são a base de qualquer entrevista e devem merecer particular atenção nesta situação”* (Orientação nº005/2012, 2012, p.3). A puérpera revelou que tinha sido submetida ao “fanado” termo que culturalmente define esta prática, apresentava uma mutilação genital do tipo IIb – Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, tendo sido referenciada na aplicação informática (Registo de

Saúde Eletrônico - Portal do Profissional), que permite não só a identificação destas mulheres, como um maior acompanhamento do seu RN, principalmente caso este seja do sexo feminino, por risco de mutilação, sendo a família acompanhada após a alta. A mutilação genital feminina pode ter complicações para a mulher a longo prazo, tais como alterações uro-ginecológicas, psicológicas, alterações na resposta sexual, não obtendo qualquer prazer e complicações obstétricas (Orientação 005/2012, 2012). Após esta situação, a avaliação pormenorizada dos genitais femininos, tornou-se prática regular em todas as nossas observações, independentemente da nacionalidade da mulher.

O RN como membro integrante da díade também era objeto dos nossos cuidados, efetuando a observação física céfalo-caudal, avaliando o seu comportamento geral, interações, reflexos, diagnosticando e prevenindo precocemente complicações e referenciando quando estas estão para além da nossa área de atuação (Regulamento n.º 391/2019).

Os RN que observámos não tinham malformações aparentes, mas alguns deles, tinham antecedentes de doença, já diagnosticados *in útero*, que requeriam uma vigilância maior, outros apresentavam icterícia e outros por prematuridade detinham risco aumentado de perda ponderal e de hipoglicémias.

A icterícia no recém-nascido caracteriza-se pela coloração amarelada da pele, poderá ser um evento normal, desde que os valores no sangue (hiperbilirrubinemia) não sejam elevados, considerando-se níveis séricos de bilirrubina total superiores a 5-7mg/dl. A icterícia pode ser fisiológica ou patológica, sendo a fisiológica normalmente após as 24h de vida, não atingindo valores de bilirrubina elevados (Sena, Reis & Cavalcante, 2015). O tratamento mais comum é a fototerapia que consiste

Na exposição do recém-nascido a luz de elevada intensidade, capaz de transformar a bilirrubina indireta (molécula lipossolúvel) em uma molécula mais hidrossolúvel, aceitando assim, sua eliminação do organismo sem necessidade de conjugação. Esta terapêutica tem como objetivo reduzir os níveis de bilirrubina indireta e, dessa forma, impedir sua passagem ao Sistema Nervoso Central (Sena, Reis & Cavalcante, 2015, p.161).

Para o tratamento preparámos todo o equipamento necessário e fornecemos informação à puérpera acerca dos cuidados a ter com o RN em fototerapia, capacitando-a para o cuidado ao RN de forma autónoma, mantendo sempre a supervisão do tratamento e tolerância do RN.

Prestámos também cuidados a gémeos prematuros, com idade gestacional de nascimento entre as 34-36 semanas, com peso inferior a 2000gr ao nascer, pelo que foi necessário, maior vigilância das glicémias, bem como maior apoio e suporte à puérpera no que diz respeito à amamentação, suplementação e ensinamentos sobre a estimulação da mama/produção de leite materno (LM). Os valores ideais de glicémia, no RN com mais de 34 semanas de idade gestacional e com menos de 24 horas de vida são 45 mg/dl após alimentação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013), assim, importou garantir a segurança do RN, vigiando a glicémia capilar, recolhendo amostra de sangue periférico 1h após a alimentação com LM e/ou suplementação com leite para prematuros.

Também prestámos cuidados a um RN que pela sua mãe ter o vírus da imunodeficiência humana, ele mesmo poderia, através de transmissão vertical ter adquirido o vírus, necessitando de maior vigilância e intervenção nos cuidados, tendo a necessidade de logo nas primeiras horas de vida iniciar terapêutica antiretroviral e realizar a colheita de sangue para diagnóstico diferenciado. Para a execução da técnica, preocupou-nos salvaguardar e garantir o conforto do RN, minimizando a sua dor durante o procedimento. Assim, para a realização da punção venosa em veia periférica, garantíamos a contenção e promovíamos a sucção do RN, num ambiente calmo, minimizando luzes e ruídos e administrando sacarose se necessário, tal como recomendado pela DGS na Orientação nº024/2012 (2012). O EEESMO tem um importante papel na vigilância e monitorização destes RN, no ensino à puérpera/acompanhante e na explicação de todos os procedimentos necessários a realizar e/ou terapêuticas a administrar. De salientar, que esta mãe tem contra-indicação definitiva para a amamentação por ser portadora do vírus da imunodeficiência humana (Levy & Bértolo, 2012).

Para além destas intervenções, tivemos a oportunidade de realizar a vacinação dos RN segundo o Plano Nacional de Vacinação com a administração da primeira dose contra a hepatite B, realizando os respetivos ensinamentos à puérpera e solicitando o seu consentimento, livre e esclarecido. Para a administração da vacina, tínhamos mais uma vez em conta a minimização de dor no RN, realizando a técnica enquanto este se encontrava a mamar, contido no conforto do colo materno em contacto pele a pele. Com esta intervenção, para além de se minimizar a dor no RN, estimulou-se o processo de vinculação e promoção da amamentação (Regulamento n.º 391/2019). A promoção do aleitamento materno é da competência do EEESMO,

e o Internamento no Puerpério é um momento de eleição, para a promoção da amamentação, bem como na educação para a saúde neste domínio.

Prestámos apoio na orientação acerca do melhor posicionamento do RN na mama, promovendo uma boa pega, minimizando complicações e dificuldades no processo de amamentação (Regulamento n.º 391/2019). No entanto, nem sempre é possível a amamentação, como foi o caso da puérpera infetada com o vírus da imunodeficiência humana. Nestas circunstâncias, o EEESMO tem um papel preponderante no conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante (Regulamento n.º 391/2019) ensinando medidas alternativas de aleitamento com leite adaptado, bem como cuidados com a mama e gestão de medicação para inibição da lactação.

Tivemos a oportunidade de prestar cuidados a puérperas com RN prematuros internados no Serviço de Neonatologia, em que foi estimulado e promovido o aleitamento materno, através do reforço positivo, ensino de estratégias de estimulação da mama com bomba elétrica, visualização de fotos e vídeos do RN durante o processo de estimulação da mama/produção de LM.

Num dos contextos clínicos do presente ER visitamos o Banco de Leite Humano, o único no país, fundado em 2009, que tem como objetivo receber leite humano de dadora, a fim de o acondicionar e testar, para posteriormente ser administrado aos RN internados na Neonatologia. Durante o ER em Cuidados de Saúde Primários, foi possível participar no projeto de recolha de LM, através de visitas domiciliárias que permitiam angariar dadoras. Foi interessante poder conhecer o Banco de Leite, poder visitar as instalações e compreender melhor a importância deste projeto, bem como a parceria entre instituições.

Também promovemos a orientação e apoio à puérpera no autocuidado e a cuidar do seu filho (Regulamento n.º 391/2019), através de ensinamentos diários sobre a importância do sono e repouso do RN em ambiente calmo e tranquilo, a mudança de fralda, cuidados e limpeza do coto umbilical, cuidados de higiene como o banho. Sempre que possível estes ensinamentos eram reforçados na hora da visita, promovendo a parentalidade e vinculação da tríade. Para além destes ensinamentos, reforçámos a importância de deteção de sinais de alerta e a conduta a adotar na presença de algum sinal (Regulamento n.º 391/2019), informámos sobre recursos da comunidade (hospital de referência, linhas de apoio em caso de dificuldades na amamentação, ou Cuidados de Saúde Primários), para vigilância e continuidade de cuidados,

nomeadamente a avaliação do desenvolvimento ponderal do RN, realização do rastreio de doenças metabólicas e vacinação.

Relativamente à vigilância da saúde da puérpera e início da contraceção no pós-parto (Regulamento n.º 391/2019), antes da alta, abordávamos a temática, a fim de refletirem sobre a contraceção que queriam adotar, bem como esclarecer dúvidas relativas ao início da atividade sexual.

Prestar cuidados à tríade foi um desafio gratificante. O Internamento de Puerpério é um local privilegiado para a intervenção do EEEMO, tanto ao nível da vigilância de saúde no pós-parto, como na prevenção e monitorização de complicações. Contudo, exige uma grande capacidade de gestão de tempo e de oportunidades, pois é necessário saber escolher o momento para intervir junto da tríade, de forma a poder realizar educação para a saúde, promovendo o bem-estar da tríade e o seu empoderamento para a tomada de decisões informadas, preparando-os para o regresso a casa, com referência aos cuidados de enfermagem na comunidade, perspetivando a qualidade e continuidade de cuidados.

Depois da alta hospitalar, é de extrema importância apoiar a puérpera/casal, vigiando a sua saúde e a do RN, assim tivemos a oportunidade de realizar uma consulta de puerpério e de saúde infantil ao RN nos Cuidados de Saúde Primários, promovendo a saúde da puérpera e RN (Regulamento n.º 391/2019), através de informação e orientação sobre sexualidade e contraceção, apoio ao aleitamento materno e adaptação no pós-parto (Regulamento n.º 391/2019), desenvolvimento do RN, sinais e sintomas de alarme, realizámos a observação do RN, avaliação da evolução ponderal e efetuámos o rastreio precoce de doenças metabólicas através do “teste do pezinho”, enquanto este estava a mamar minimizando a dor.

3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Ao longo do ciclo de vida, a mulher pode experienciar processos de doença que são responsáveis por um aumento de procedimentos cirúrgicos (DGS, 2001; Silva & Vargens, 2016). Nestes processos, o EEESMO tem os conhecimentos e competências necessários para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, promovendo a saúde no âmbito da saúde sexual, diagnosticando e

prevenindo precocemente complicações e referenciando para cuidados, quando fora do âmbito do seu domínio de competências (Regulamento n.º 391/2019).

Durante o ER foi possível desenvolver aprendizagens e competências de EEESMO, através da observação participativa em consultas de ginecologia e de uro-ginecologia, em exames de diagnóstico ginecológico (colposcopia, histeroscopia), bem como pela prestação de cuidados de enfermagem à mulher a vivenciar processo de doença em contexto de Internamento de Ginecologia.

O EEESMO tem uma intervenção preponderante nas consultas de ginecologia informando e orientando, através de um planeamento de consulta centrado na mulher, respondendo às necessidades de cuidados de forma individualizada. Numa destas consultas, uma mulher que se encontrava na menopausa, foi remover o implante subcutâneo e salientou os sintomas provocados pela menopausa: insónias, alterações de humor e secura vaginal. Enquanto futura EEESMO é do domínio de competências especializadas cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério (Regulamento n.º 391/2019), através da informação e orientação sobre alterações associadas ao climatério, bem como a referenciação de situações para além da área de atuação de forma a promover a saúde mental na vivência destas alterações. *“O climatério corresponde à transição entre a fase reprodutiva, com regular funcionamento do ciclo genital (menstrual), para o seu termo absoluto, já sem folículos funcionais”* (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016, p. 15). O climatério também pode ser denominado como menopausa, sendo esta definição clínica e retrospectiva, após amenorreia de um ano, normalmente cerca dos 51 anos, ou tardiamente após os 55 anos, se ocorre antes dos 45 anos, é precoce (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Para esta mulher foi importante salientar intervenções para a higiene do sono, tais como, evitar estar em frente ao telemóvel, poder ver um filme ou ler um livro, descontraír ao final do dia, beber um chá de forma a aliviar o stress, promovendo o relaxamento e sono tranquilo, bem como a referenciação para um ginecologista, para tratamento das alterações, associadas ao hipoestrogenismo (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

Ainda no âmbito da intervenção do EEESMO destaca-se a prevenção de complicações, através da avaliação da necessidade de rastreio do cancro do colo do útero, que realizámos de forma autónoma, o ensino sobre o exame e procedimento,

bem como acerca do Vírus do Papiloma Humano (HPV), o principal causador de cancro do colo do útero. O HPV engloba mais de 200 vírus.

Os tipos de HPV transmitidos sexualmente enquadram-se em duas categorias: HPV de baixo risco: não causam cancro, mas podem causar verrugas nos órgãos genitais e ânus (os tipos 6 e 11 do HPV são os mais frequentes); HPV de alto risco: podem causar cancro (cerca de 12 tipos de HPV de alto risco foram identificados, de entre os quais, os tipos 16 e 18 do HPV) (SNS 24, 2021, p1).

Em caso de alteração no resultado do rastreio, seja para diagnóstico diferencial ou tratamento é aconselhado a realização da colposcopia. Tivemos a oportunidade de observar este exame, que permite a visualização de forma amplificada do epitélio do colo do útero, vagina e vulva através de um colposcópio. É possível diagnosticar lesões que podem dar origem a cancro, para além da visualização normal, é possível otimizar o diagnóstico através da aplicação de ácido acético, que provoca uma reação acetobranca em células anormais, ou de Lugol (solução iodada a 1 %) de forma a identificar células alteradas, por diminuição da sua coloração. Através desta técnica, também é possível realizar a biópsia de tecidos para a anatomia patológica (Moutinho, 2011).

Também tivemos a oportunidade de observar e participar na realização de histeroscopias de diagnóstico e tratamento (cirurgia). A histeroscopia permite a visualização da cavidade uterina através de um endoscópio, denominado histeroscópio (Martins & Martins, 2011). O histeroscópio também permite a captura de fotos e vídeos do interior da cavidade uterina, importante para o diagnóstico. As principais indicações que observámos para realização de histeroscopias foram por hemorragia (pré e pós-menopausa), estudo de infertilidade, exérese de pólipos e miomas, lise de sinequias, remoção de restos placentares e diagnóstico diferencial de cancro do útero. No entanto, a histeroscopia também está indicada em: avaliação de metrorragias em geral, localização de corpos estranhos (por exemplo um dispositivo intrauterino), avaliação de malformações uterinas, entre outras. A histeroscopia está contraindicada em situações de infeção genital aguda, perda hemática abundante na altura da realização do exame, suspeita ou presença de gravidez, entre outras (Martins & Martins, 2011).

Na Unidade de Histeroscopia, foi-nos possível realizar o acolhimento das mulheres, validar a preparação cirúrgica e os seus conhecimentos sobre o exame, esclarecendo ainda eventuais dúvidas e garantir a redução da dor através do fornecimento da terapêutica protocolada. Para além destas estratégias

farmacológicas, eram ainda utilizadas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tais como a distração (através de conversas intencionais não dirigidas), musicoterapia, humor/riso, crioterapia (aplicação de gelo na região supra púbica), calor (lençóis e materiais aquecidos), toque terapêutico e reforço positivo durante e após o procedimento. Quando, mesmo com todas estas intervenções a dor não estava controlada, era possível a analgesia local com lidocaína. Neste serviço, foi-nos possível assistir e participar em conizações e tratamentos a laser. A conização consiste na remoção de tecido do colo do útero em forma de cone, através de um aparelho elétrico. É realizada em ambulatório, com baixos riscos, sob anestesia cervical e paracervical utilizando como anestésico lidocaína a 2% com adrenalina. A finalidade deste procedimento é *“interromper a progressão da doença para cancro invasivo. Os tratamentos podem ser destrutivos ou excisionais”* (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014, p. 45). A peça colhida segue em meio líquido para a anatomia patológica, sendo da responsabilidade do enfermeiro, a correta identificação, armazenamento e encaminhamento para análise. Este produto fará diferença no diagnóstico diferencial e tratamento futuro (Lima et al., 2011). Após excisão, observamos a realização de vaporização a laser da zona da biopsia e tecidos circundantes, de forma a assegurar uma margem de segurança da possível invasão dos tecidos. Segundo Moutinho et al. (2014), a vaporização a laser co2 é realizada através do colposcópio, sendo possível escolher a carga elétrica e adaptar à lesão. Permite a vaporização de tecidos sugestivos/com diagnóstico de lesão, sejam células alteradas ou presença de HPV.

Após a realização dos exames, efetuámos de forma autónoma ações de educação para a saúde sobre os cuidados após a alta, tais como: repouso nas primeiras 24 horas após o exame, evitar esforços, informar sobre o tempo de abstinência sexual e sinais de alarme, promovendo assim a saúde ginecológica, evitando complicações e prevenindo infeções (Regulamento n.º 391/2019).

Ainda neste ER foi-nos possível observar e participar nas consultas de uro-ginecologia, acolhendo as utentes, participando na análises e discussão de casos e meios complementares de diagnóstico. Assim, perante uma utente com queixas de urgência urinária, sensação de peso na vagina (prolapso uterino), ou mesmo, perda urinária, teremos mais conhecimentos e competências para diagnosticar e monitorizar afeções do aparelho genito-urinário, encaminhando estas utentes para cuidados diferenciados (Regulamento n.º 391/2019).

Muitas destas complicações, diagnosticadas em consulta de uro-ginecologia e ginecologia, necessitam de internamento, tendo sido prestados cuidados de enfermagem no Internamento de Ginecologia. As utentes internadas tinham como principais diagnósticos: cancro do ovário (tendo sido submetida a cirurgia para anexectomia), cancro no útero (tendo sido submetida a histerectomia total com salpingectomia bilateral), e ascite por hiperestimulação ovárica decorrente de tratamento de infertilidade. Assim, desenvolveram-se competências no cuidado à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário, avaliando também a necessidade de medidas de suporte emocional (Regulamento n.º 391/2019), facilitando a sua adaptação à nova situação.

No SUOG também prestámos cuidados especializados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, realizando autonomamente a anamnese inicial de forma a alcançar o diagnóstico diferencial do risco da mulher para afeções do aparelho genito-urinário (Regulamento n.º 391/2019). Tendo atenção às queixas e ao bem-estar da mulher, delineávamos o planeamento de cuidados, referenciando as situações que estavam para além da nossa área de atuação (Regulamento n.º 391/2019). De entre as várias patologias do foro genito-urinário salientam-se as ITU, infeções vulvovaginais sexualmente transmissíveis, perdas de sangue via vaginal por miomas uterinos e alterações nos métodos contraceptivos, com respetivos efeitos secundários. Em situações pertinentes aproveitava-se a oportunidade de realizar educação para a saúde sobre os efeitos secundários de métodos contraceptivos e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Cooperávamos também com outros profissionais no diagnóstico, através da colheita de espécimes para análises e administração de medicação para os tratamentos em causa.

3.4 Cuidar a mulher e conjugue ou pessoa significativa, com recurso ao uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, para a promover uma experiência de parto positiva.

O projeto em estudo, foi desenvolvido nos contextos clínicos com parturientes na primeira fase do trabalho de parto (PFTP), bem como noutros em que fosse possível e pertinente a divulgação de informação sobre os benefícios do uso da dança para uma experiência de parto positiva.

No contexto de Cuidados de Saúde Primários foi elaborada uma sessão teórica e prática sobre esta temática, para os casais que frequentavam os CPPP. O

feedback recebido dos participantes sobre a pertinência e utilidade da dançaterapia, foi muito positiva, tendo sido avaliada através da aplicação de um questionário. Os resultados obtidos, o plano da sessão e a apresentação relativos a esta sessão encontram-se no Apêndice 11. Foi realizada ainda uma sessão de formação dirigida à equipa de saúde, onde se enfatizaram os achados sobre os efeitos da dança durante a PFTP, obtidos com a SR. Para avaliar o impacto desta iniciativa foi aplicado um questionário, em que a escala de medida variava entre 1 (Nada) a 5 (Muito), tendo-se verificado que 88% dos participantes considerou os conteúdos muito interessantes e uteis. No Apêndice 12 encontra-se a o plano da sessão, a apresentação e o relatório da avaliação da sessão.

Para a promoção desta intervenção no contexto de Internamento de Medicina Materno-Fetal, foram elaborados dois pósteres, um para as grávidas, e outro para os profissionais, que se encontram afixados no serviço, apresentando-se os mesmos em Apêndice 13 e 14 respetivamente. Também foi realizada uma formação aos profissionais Apêndice 15.

Em contexto de BP a dançaterapia foi aplicada a uma amostra de 20 parturientes. Os dados colhidos com recurso aos instrumentos elaborados para o efeito (Registo de interação; Questionário de avaliação da experiência e satisfação com o parto) foram sujeitos a análise de acordo com a tipologia de variáveis a estudar. Os resultados obtidos através da análise de conteúdo (citações e respostas aos questionários das parturientes) serão apresentados em paralelo com os dados estatísticos resultantes da análise dos dados quantitativos, utilizando como critério as variáveis em estudo, que emergiram na revisão da literatura e que se reportam aos principais efeitos da dançaterapia durante a PFTP: Alívio da dor; Liberdade de posições e movimentos; Medo e ansiedade; Autocontrolo; *Outcomes* neonatais (Índice de Apgar do RN), Promoção da satisfação (Abdollahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikhan, 2014; Akin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020; Toberna et al., 2020), acrescentando-se as categorias que emergiram da análise de conteúdo, tais como: Promoção da progressão do TP e Tempo de TP. Por fim, será realizada uma análise da experiência e satisfação com o parto (Costa et al., 2004). A discussão dos resultados será realizada ao longo da apresentação dos mesmos.

- **Caraterização sociodemográfica da amostra**

A Idade média (M) das participantes situou-se nos 28,55 anos sendo o mínimo (Min.) de 20 anos e o máximo (Máx.) de 37 anos, o Desvio padrão (DP) foi

de 5,073 anos. Relativamente às Habilitações Literárias 45% tinham o ensino secundário, 35% licenciatura, 15% mestrado e 5% doutoramento. Quanto à Nacionalidade 85% eram Portuguesas, 15% apresentavam outra nacionalidade (Cabo-verdiana; Brasileira e Espanhola).

- **Caraterização obstétrica da amostra**

No que diz respeito à paridade 25% eram múltíparas e 75% nulíparas.

Quanto ao tipo de parto, 90% das participantes tiveram um parto eutócico e 10% tiveram partos distócicos (Forceps:5%; Ventosa:5%).

Efeitos da Dançaterapia na PFTP: Antes do início da intervenção dança, procurava-se sempre conhecer as expectativas da parturiente e do CPS, quais os gostos musicais, explicava-se em que consistia a dança e os seus benefícios, solicitando o consentimento para a sua execução e avaliação (Swanson 1991; Swanson 1993). A maioria das participantes mostrou-se recetiva e espantada, não sabiam que intervenções como a dança em TP eram exequíveis e pertinentes. Assim, para a execução da intervenção, foi otimizado o ambiente, procurou-se que a música fosse ao gosto das parturientes, foi incentivada a liberdade de movimentos e o uso de movimentos específicos da dança, tendo estes sido demonstrados e executados ao longo de toda a intervenção. Ao estar com as parturientes (Swanson 1991; Swanson 1993) foi possível compreender a importância do acompanhamento no TP pela opinião destas: "Adorei, foi bom estar acompanhada." (GQ19), foi incentivada a dança com o CPS envolvendo este segundo elemento no TP aumentando vínculo "...promoveu a união e sintonia com o acompanhante (marido)." (GQ16).

A dança durante a PFTP foi executada entre 1 a 2 vezes, (M=1,55; DP=0,510). No primeiro momento de dança participaram as 20 parturientes, encontrando-se 70% na fase ativa de dilatação e 30% na fase latente, tendo dançado preferencialmente com o EEESMO (45%), com o CPS (35%) ou sozinha (20%). O estilo musical escolhido na primeira intervenção foi diverso (50% música portuguesa, 20% música romântica, 15% brasileira, 10% africana e 5% rock). No segundo momento de dança participaram 11 parturientes, todas na fase ativa da dilatação, tendo dançado preferencialmente com o CPS (64%), 27% com o EEESMO, e 9% sozinha. O estilo musical manteve-se diverso (55% música portuguesa, 27% música romântica, 9% brasileira e 9% africana).

Alívio da dor: Para avaliar a intensidade/score de dor utilizou-se a Escala de Avaliação de Dor Numérica, de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Norma Nº 09/DGCG, 2003).

Verificou-se que no primeiro e no segundo momento de intervenção houve uma redução do nível médio de dor ($M1_{antesdança}=4,80$, $M1_{depoisdança}=4,55$; $M2_{antesdança}=5,45$, $M2_{depoisdança}=5,36$), sendo este resultado corroborado pelo verbalizado por algumas das participantes: “Enquanto danço doi menos.” (G119), “A dançar a dor vai-se mantendo igual” (G12); “...sentia as contrações com menos intensidade” (GQ6). Obteve-se resultado similar na avaliação da questão “Sentiu melhoria no controlo da sua dor, através do uso da dança durante o trabalho de parto/dilatação?”, em que 55% responderam “muito”, 30% “bastante” e 15% “um pouco”, sendo o valor médio 3,40, a Moda= 4 (bastante) com um DP= 0,754 (o que releva pouca dispersão das respostas). Estes achados vão ao encontro dos resultados do estudo de Abdollahian et al. (2014), em que o uso da dança reduziu significativamente os níveis de dor aos 30 ($p=0,012$) e 60 minutos ($p=0,036$), após a intervenção da dança quando comparados com os scores de dor das mulheres do grupo controle (GC). Igualmente no estudo de Akin & Saydam (2020) em que aos 4cm ($p=0,043$) e 9 cm ($p=0,014$) de dilatação cervical, a dor nos grupos de dança era significativamente menor que no GC. Já no estudo de Dikmen & Gonenç (2020), relativamente à avaliação de dor em três grupos de parturientes (Gdança e música, Gmúsica, Gcontrole), também se verificou redução significativa de dor ($p<0,05$). Face aos resultados obtidos e pela evidência científica publicada, constata-se que a dança promove o alívio da dor presente na PFTP, o que também é verbalizado pelas participantes “...aliviou dores...” (GQ1), “...conseguia controlar a dor, e parece que esta passava rapidamente.” (GQ18).

Todavia, neste estudo esta variável encontra-se limitada na sua análise, pois no primeiro momento da intervenção 55% das parturientes tinham realizado previamente analgesia loco-regional (epidural) e no segundo momento a percentagem aumentou para 70%. Percecionou-se que as parturientes que não dançavam, recorriam mais a analgesia epidural do que as que dançavam e se movimentavam durante o TP, facto que encontra fundamento na literatura, tal como referem Akin & Saydam (2020) quando aplicadas estratégias não farmacológicas para alívio da dor como a dança, as mulheres recorrem menos à analgesia.

Medo e ansiedade: Na amostra em estudo 65% das parturientes referiram medo e ansiedade durante o trabalho de parto. Porém, 77% referiram que a dança contribuiu “Muito” para redução do medo e ansiedade, 15% “Bastante” e 8% “Um pouco”, com uma média de $M=3,69$, $\text{Moda}= 4$ e $DP= 0,63$. A este propósito também Dikmen & Gonenç (2020) no seu estudo, enunciam a dança como uma intervenção especializada que reduz os níveis de medo e ansiedade.

Autocontrolo e liberdade de posições: estas variáveis foram avaliadas recorrendo à análise de conteúdo da resposta à questão do Questionário “Num próximo parto optaria pela experiência do uso da dança novamente? Justifique a sua resposta” e das verbalizações registadas pelo investigador no Instrumento de Registo de Interação.

Algumas participantes referiram melhoria do autocontrolo com a prática da dançaterapia “Enquanto estava a dançar estava mais distraída...” (GQ6); “Senti-me mais descontraída, menos tensa...” (GQ11) e “...e me ajudou imenso...” (GQ14). O autocontrolo é um sentimento que gera satisfação nas mulheres (Toberna et al., 2020), sendo este atingível com o uso da dança, levando consequentemente ao aumento do conforto e redução na perceção de um parto traumático (Akin et al., 2021). Para o autocontrolo muito contribuiu a liberdade de posições e movimentos “O movimento está a ajudar-me bastante.” (GI6); “Estou melhor em pé a dançar.” (GI18); “Ou seja, sentia a contração, mas a intensidade era diferente de quando estava parada” (GQ6). Neste sentido são vários os estudos que associam estes desfechos à dançaterapia, concluindo que permite à parturiente liberdade posições e movimentos, bem como autocontrolo da dor durante o seu TP (Abdolahian et al., 2014; Akin & Saydam, 2020; Dikmen & Gonenç, 2020; Akin et al., 2021).

Progressão do trabalho de parto: A liberdade de movimentos e posições promoveu ainda a progressão do TP “...ajudou o bebê a descer.” (GQ1), “...tenha ajudado no trabalho de parto, nomeadamente com o encaixe do bebê.” (GQ4), “...promoveu o encaixe cefálico do bebê...” (GQ16), o que minimiza intervenções desnecessárias e contribuí para um parto normal “...e na contribuição para ser um parto vaginal...” (GQ15).

Tempo de trabalho de parto: Uma das parturientes referiu que “A dançar foi tudo tão rápido.” (GQ19), pese embora, os estudos que integram a SR não identificam claramente que a dança encurta a duração total do trabalho de parto. Toberna et al. (2020) referem que a dança pode diminuir este indicador. Contudo

neste estudo, não foi possível estudar este atributo da dançaterapia, pois os registos de enfermagem não permitiam extrair os dados necessários para identificar a duração total do trabalho de parto com precisão.

Dikmen & Gonenç (2020) identificaram o apoio emocional dado pelo EEESMO associado à dançaterapia durante a PFTP, como uma intervenção adicional promotora do autocontrole da parturiente com redução da dor, ansiedade e medo.

Outcomes neonatais: A variável analisada nesta categoria foi o Índice de Apgar do RN ao 1º, 5º e 10º minutos de vida.

No estudo realizado, verificou-se que, relativamente ao Índice de Apgar, os valores médios ao 1º (M=8,9; DP=0,308) ao 5º (M=9,9; DP=0,308) e ao 10º (M=10,0; DP=0,00) minutos de vida, foram muito elevados, expressando uma excelente adaptação do RN à vida extrauterina. Simavli, Gumus, Kaygusuz, Yildirim, Usluogullari & Kafali (2014) explicam estes resultados devido à redução do comprometimento vascular provocado pelas posições verticalizadas, com impacto favorável nos parâmetros hemodinâmicos maternos. Akin e Saydam (2020) comprovam a eficácia nos *outcomes* neonatais que se traduzem em melhores valores de SatO2 periféricos e elevados Índices de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos, salientando-se melhores resultados no grupo em que a parturiente dançou com o CPS (com diferença estatisticamente significativa para $p<0,01$).

Satisfação: Para a avaliação do impacto da dançaterapia na satisfação das parturientes utilizaram-se dados quantitativos extraídos da aplicação da subescala do QESP- Satisfação com a experiência de parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004) e de outras questões que complementavam o estudo das várias dimensões da satisfação, bem como dados qualitativos extraídos do Instrumento de Registo de Interação.

As participantes no estudo revelaram um score médio de perceção de Satisfação Geral com a Experiência de Parto de 4,2, numa escala de avaliação de 1-5 (“1=Má”, “2=Razoável”, “3=Boa”, “4=Muito Boa” e “5=Excelente”) o que revela uma elevada satisfação. Questionadas relativamente à satisfação com o uso da dança durante a PFTP (com recurso a uma escala de medida de 1-Nada Satisfeita a 4-Muito Satisfeita, 75% referiram estarem “Muito Satisfeita”, 20% “Bastante Satisfeita” e 5% “Um pouco Satisfeita”, sendo a média de M=3,70, a moda 4 e o DP= 0,571 o que demonstra a homogeneidade das respostas e elevado nível de satisfação. Esta

avaliação é congruente com algumas verbalizações das participantes "Se me dissessem que eu vinha para o hospital dançar, eu não acreditava! Mas é fantástico, sinto-me ótima." (G16); "Foi relaxante, divertido..." (GQ1). Outro aspeto promotor da satisfação, valorizado na literatura (Abdolahian et al., 2014; Akin & Saydam, 2020) é o apoio emocional e acompanhamento prestado pelo EEESMO, através da intervenção da dançaterapia. Akin et al. (2021) acrescentam que o apoio emocional pode contribuir para experiências de parto mais positivas.

Os estudos de cariz exploratório e descritivo têm como objetivo registar experiências e observações, despertando ideias e sugestões a serem testadas posteriormente em estudos de design analítico e experimental. Assim sendo, não se pretendia neste estudo identificar as relações de causalidade da dançaterapia sobre as variáveis analisadas, pelo que ao longo do acompanhamento da parturiente em TP foram disponibilizadas outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ENFAD) e que são igualmente promotoras da satisfação com a experiência de parto. Porém, o recurso das parturientes a essas estratégias não foi tão frequente como o verificado na dançaterapia (100%). As outras ENFAD utilizadas pelas parturientes foram: Musicoterapia (100%), Bola de Pilates (85%), Posições verticalizadas (60%), Pano suspenso (45%), Deambulação (30%), Rebozo (25%) e Hidroterapia (25%). Quando questionadas se sentiram satisfação com o uso destas estratégias, 55% referiram "Muito", 35% "Bastante" e 10% "Um pouco", com uma Média de 3,45, Moda de 4 (Muito) e um DP= 0,686. Confrontando este resultado com a satisfação manifestada com o uso da dança (M=3,70; DP=0,571) e a satisfação com o recurso a ENFAD (M=3,45; DP=0,686), verifica-se que a satisfação foi mais elevada quando as parturientes recorreram à dançaterapia.

Ao avaliar a perceção de alívio da dor como recurso à dançaterapia (M=3,40; DP=0,754), bem com às outras ENFAD (M=3,20; DP=0,696), constatou-se maior alívio na perceção da dor com o uso da dança.

De forma a compreender a positividade da experiência de parto, foi executada a análise dos resultados obtidos com o instrumento de avaliação selecionado (subescala do QESP- Satisfação com a experiência de parto de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004). A cotação/score obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala e pode oscilar entre um mínimo de 22 e máximo de 92 pontos. Quanto mais elevada a pontuação obtida, mais positiva a perceção da mulher relativamente à sua experiência de parto. Para se classificar o

resultado obtido, o intervalo de variação da pontuação foi dividido em quartis, obtendo-se a seguinte classificação: $\geq 22 < 39,5$ - Experiência de parto Nada Positiva; $\geq 39,5 < 57$ - Experiência de parto Pouco Positiva; $\geq 57 < 74,5$ - Experiência de parto Bastante Positiva; $\geq 74,5 \leq 92$ - Experiência de parto Muito Positiva. Verificou-se que a experiência de parto destas mulheres foi Bastante Positiva com um somatório médio de 70,96 pontos.

As parturientes foram ainda questionadas se o uso da dança contribuiu para tornar as suas experiências de parto mais positivas, tendo 80% referido “Muito” e 20% “Bastante”, a média foi de 3,80 e o DP=0,41.

Assim, de forma a determinar a relação de associação entre a variável “Contributo da dança para a experiência de parto positiva (variável ordinal) e as Variáveis “Satisfação geral com a experiência de parto” (variável ordinal) e “Positividade da Experiência de Parto” (variável quantitativa) utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, tendo-se verificado que se correlacionam de forma positiva e significativa ($R_s_{CDEPP_SGEP}=0,513$; $p<0,05$ e $R_s_{CDEPP_PEP}=0,521$; $p<0,05$), sendo a intensidade desta associação considerada Forte (Maroco,2011). Verificou-se igualmente que a Positividade da Experiência de Parto correlaciona-se de forma positiva e muito significativa com a Satisfação Geral com a Experiência de Parto ($R_s= 0,865$, $p=0,00$), sendo esta associação Muito Forte (Maroco, 2011). Neste sentido, constatou-se que a dançaterapia durante a fase de dilatação, contribui para níveis de satisfação geral com a experiência de parto mais elevados e para tornar a experiência de parto mais positiva. Akin et al. (2021) comprovam estes achados no seu estudo, na medida em que o grupo de mulheres que dançou em TP considerou a sua experiência de parto mais positiva ($p<0,05$) comparativamente com o grupo de controlo.

A dança enquanto estratégia terapêutica utilizada pela parturiente pode ser desenvolvida em parceria com o EEESMO ou com o acompanhante (Akin, & Saydam, 2017), pelo que se achou pertinente analisar, se o tipo de acompanhamento durante a intervenção se correlaciona com a Satisfação Geral e com a Positividade da Experiência de Parto. Para o efeito mencionado, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, tendo-se verificado que não se correlacionam de forma significativa ($R_s_{AcompDança1_SEPP}= -0,202$, $p=0,394$; $R_s_{AcompDança2_SEPP}= -0,161$, $p=0,635$; $R_s_{AcompDança1_SGEP}= -0,187$, $p=0,431$; $R_s_{AcompDança2_SGEP}= 0,116$, $p=0,735$), pelo que aparentemente o facto de a parturiente

dançar com o EEESMO ou com o seu CPS, não influencia a sua experiência e satisfação. Porém outros estudos identificaram de forma estatisticamente significativa que a dança promove o estabelecimento da relação de proximidade e de ajuda, entre a parturiente o seu acompanhante e o EEESMO, o que contribui para a satisfação das parturientes (Abdolahian et al.,2014). Dikmen, & Gonenç (2020) acrescentam ainda, que o apoio emocional dado pelo EEESMO é uma intervenção adicional promotora de redução da dor, ansiedade e medo. Neste sentido a satisfação pode ser atingida com o uso da dança aliada ao apoio emocional, facultado pelo EEESMO ou CPS (Abdolahian et al.,2014).

Para avaliar a associação entre as variáveis: Nº de vezes que a parturiente dançou durante a dilatação (variável quantitativa) e a Satisfação geral com a experiência de parto (variável ordinal), utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, tendo-se verificado que se correlacionam de forma positiva e muito significativa ($R_s=0,590$; $p<0,01$) sendo a intensidade desta associação considerada Forte (Maroco,2011). Neste sentido, constatou-se que quanto mais vezes a parturiente dança durante a PFTP, maiores os níveis de satisfação geral com a experiência de parto (todos os elementos relativos à análise e compreensão dos dados apresentados: tabelas, quadros e gráficos, são apresentados no Apêndice 16). Assim, constata-se que o EEESMO ao promover a dançaterapia durante a PFTP, está desta forma a cuidar da mulher, através da implementação de estratégias que lhe aliviam a dor, reduzem a ansiedade, promovem a progressão do TP fisiológico e normal, potencializando a satisfação e a experiência de parto positiva. A Organização Mundial de Saúde (2018) corrobora a importância da adoção por parte do EEESMO de técnicas não farmacológicas como a dançaterapia, em parturientes saudáveis, para gestão e alívio da dor.

- **Principais Conclusões:**

A vivência do parto varia de mulher para mulher, todavia seja ela positiva ou negativa terá impacto na sua vida posterior e nas recordações relativas a esse momento.

Considerando a importância da adoção de estratégias baseadas em evidência científica por parte dos EEESMO, que promovam um parto fisiológico e normal, conclui-se que o uso da dança, associada à música, bem como a outras estratégias como a liberdade de posições e movimentos, são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes que reduzem a dor, ansiedade e medo, promovem o autocontrole, a

satisfação e contribuem para melhores parâmetros hemodinâmicos da parturiente e do recém-nascido.

Através da utilização da dança, o EEESMO promove a autonomia e o autocontrole da parturiente o que influencia a tomada de decisões que digam respeito ao trabalho de parto, minimizando intervenções desnecessárias que culminam num parto normal, promovendo a satisfação geral e contribuindo para uma experiência de parto mais positiva.

- **Principais Limitações:**

A amostra reduzida e não aleatória não permitem generalizar conclusões.

O uso da dança associada a outras ENFAD durante a dilatação, pode trazer limitações à percepção do seu verdadeiro efeito o que justifica a necessidade de continuar a investigar esta temática, para que seja possível, identificar claramente as suas potencialidades e contributos para uma experiência de parto positiva.

Apesar das limitações apresentadas, os objetivos propostos para o estudo foram alcançados, considerando-se que esta investigação fornece contributos válidos para a melhoria dos cuidados prestados às parturientes, ancorados no respeito pelo direito a um parto normal.

REFLEXÃO FINAL

Durante o ciclo de vida da mulher, o EEESMO tem os conhecimentos e competências para diagnosticar e prevenir complicações, empoderando as mulheres de forma a otimizar o seu máximo bem-estar. Assim, ao longo deste percurso de estágio, procurou-se desenvolver atividades sustentadas na prática reflexiva e na evidência científica, realizando a análise e discussão de casos com os orientadores clínicos, o que levou à consciencialização das intervenções realizadas, sabendo fundamentar a pertinência das mesmas, levando à melhoria continua da prestação de cuidados especializados. Em todos os momentos procurou-se a consolidação de conhecimentos, aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências. Os diferentes contextos de estágio foram potenciadores do desenvolvimento profissional enquanto futura EEESMO, permitindo a diversidade nas aprendizagens.

Relativamente ao tema em estudo, desenvolveram-se conhecimentos e competências ao nível da investigação, capacidade na comunicação de resultados, fundamentando a prática baseada em evidência.

Os resultados apresentados relativamente ao tema em estudo vão ao encontro dos resultados obtidos através da SR, em que o uso da dança na parturiente durante a PFTP, otimiza a adoção de posições mais verticalizadas, reduz os níveis de dor, reduzindo a ansiedade e o medo, comprovando os bons resultados nos índices de Apgar no RN após o nascimento. Estes efeitos benéficos levam ao aumento da satisfação e redução da perceção de trauma no parto, o que torna a experiência de parto mais positiva, com impacto nas vivências futuras e recordações do parto. Para além de promover a satisfação, promove um TP normal onde a parturiente e o CPS são ativos nos seus papéis, conseguindo alcançar o autocontrolo e poder nas suas tomadas de decisões relativas ao TP.

Ao promover a dança durante a PFTP o EEESMO está a cuidar a mulher através da implementação de intervenções autónomas que lhe aliviam a dor, reduzem a ansiedade, promovem o conforto e a progressão do TP fisiológico e normal. O uso da dança pelo EEESMO enquadra-se naqueles que são os enunciados descritos dos padrões de qualidade da OE ao nível da satisfação dos clientes, promoção de saúde, prevenção de complicações, promovendo o bem-estar

e autocuidado, refletindo-se as práticas de cuidados num processo de melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Assim, através da revisão de literatura, bem como pesquisando em contínuo a melhor evidência científica, tendo em conta as considerações éticas, e sustentada no referencial teórico de enfermagem de Kristen Swanson, conseguiu-se desenvolver uma prática baseada em evidências, sendo este requisito indispensável neste ciclo de estudos. Em paralelo foi possível potenciar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar da mulher e convivente significativo, através do uso da dança durante a PFTP, enquanto um cuidado do enfermeiro obstetra no sentido de contribuir para uma experiência de parto positiva.

Considero assim, terem-se atingido os objetivos propostos para este percurso formativo, alcançando os conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher ao longo do ciclo de vida, bem como o RN e cuidar a mulher com recurso do uso da dança durante a PFTP contribuindo para uma experiência de parto positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD006672. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery/abstract/67>
- Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 219–226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>
- Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16(5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>
- Akin, B., Yurteri Türkmen, H., Yalnız Dilcen, H., & Sert, E. (2021). The Effect of Labor Dance on Traumatic Childbirth Perception and Comfort: A Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*. 1-9 <https://doi.org/10.1177/10547738211030745>
- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, L. A., Vicente, L. F., & Silva, J. A. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Direção Geral da Saúde. nocs.pt/wp-content/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee on Obstetric Practice. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), 164–173. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf>
- American Dance Therapy Association. (2020). <https://www.adta.org>

- Andrews, C. M., & O'Neill, L. M. (1994). Use of pelvic tilt exercise for ligament pain relief. *Journal of Nurse Midwifery*, 39(6), 370-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182\(94\)90156-2](http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(94)90156-2)
- APEO & FAME. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Areia, A. L. (2017) Hemorragia do segundo e do terceiro trimestres de gravidez. In Graça, L.M. (Coord.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 315-325). Lidel.
- Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Associação para o planeamento da família. (2021). Aborto e Interrupção da Gravidez. www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez
- Associação para o Planeamento da Família (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina. Traduzido de Eliminating female genital mutilation: na interagency statement OHCHR, ONUSIDA, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM e OMS (2008)*. Associação para o Planeamento da Família. <https://www.who.int/eportuguese/publications/mutilacao.pdf?ua=1>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A., Prates, A., ... & Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Goody. S.A https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Batista, R. (2016) Estreptococos do Grupo B. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 257-263). Lidel.
- Beune, I. M., Damhuis, S. E., Ganzevoort, W., Hutchinson, J. C., Khong, T. Y., Mooney, E. E., Sebire, N. J., & Gordijn, S. J. (2020). Consensus Definition of Fetal Growth Restriction in Intrauterine Fetal Death: A Delphi Procedure. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. Vol.145. 428-436. <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0027-oa>
- Campos, D.A., & Montenegro, N. (2005). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lidel.
- Cardoso, V., Mineiro, A. L., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A., & Santos, M.E. (2020). Posicionamentos e mobilidade da grávida. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 92-100). Lidel.

- Carvalho, L. S. & Pereira, C. M. C. (2017). Psychological reactions of parents for hospitalization of premature infants in the neonatal ICU. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20(2), 101–122.
- Corbett, R. W., (2006). Cuidados de Enfermagem durante a gravidez. In Lowdermilk, D., & Perry. S. (Coord.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 245-303). Lusodidacta.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A., (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)*. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(1), 159–187. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Cunha, S. (2010). *Dançaterapia como forma de promover a comunicação no autismo*. [Mestrado, Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti]. Repositório da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/791/5/PGEE_2010_SandraCunha.pdf.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Sheffield, J. (2016). *Obstetrícia de Williams*. (23ª ed.) AMGH Editora.
- Decreto-Lei n.º 131/95. Código do Registo Civil. Subsecção V. Morte fetal. Diário da República, Série I-A de 1995-06-06. <https://dre.pt/web/guest/legislacaoconsolidada/lc/106490492/201703020000/73399047/diploma/indice>
- Dikmen, H. A., & Gonenç, I.M., (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>
- Direção Geral da Saúde (2000). *Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez*. Direcção-Geral da Saúde. nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i008092.pdf
- Direção Geral da Saúde (2001). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. Direcção-Geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. Norma Da Diabetes nº 007/2011 de 31/01/2011, 1–7. Direcção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0072011-de-31012011-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e a parentalidade – CPPP. Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Félix, N., Amaral, P., & Palma, F. (2017). Profilaxia da Infecção perinatal a Streptococcus do Grupo B. In Campos, A., Soares, C., Alves, M., & Mira, R. (Coord.), *Protocolos de atuação Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. (pp. 171-173). Lidel
- Fernandes, M. T. (1998). Metodologia do Projeto. *Servir*, vol. 47, 233–236.
- Fonseca, S. (2016) Indução do trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lidel.
- Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco, A.C., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020 <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Gomes, G. F., & Santos, A. P. V. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 122-131. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>
- Homer, C., & Hooper-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*. 387(10018). 516-517. doi:10.1016/S0140-6736(15)01278-7
- International Confederation of Midwives. (2014). Position Statement Midwives. Keeping Birth Normal: Position Statement. 1–3. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2015). Midwifery Services Framework Guidelines for developing SRMNAH services by midwives. 1–35. <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/MSF%20Documents/The%20ICM%20MSF.pdf>
- International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies 2018 UPDATE. Final version published January 2019. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf

- Jansova, M., Kalis, V., Rusavy, Z., Räisänen, S., Lobovsky, L., & Laine, K. (2017). Fetal head size and effect of manual perineal protection. *PLoS One*. 12(12): e0189842. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery/abstract/85>
- Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K.M. (2012) Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000947.pub3>
- Koch, D. M., & Rattmann, Y. D. (2020). Use of misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage: a pharmacoepidemiological approach. *Einstein*, 18, 1-7. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5029
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-164. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>. www.cochranelibrary.com
- Leão, M. R. de C., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Angelo, M. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(8), 2395–2400. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Manual de Aleitamento Materno*. <https://doi.org/10.176764/02>
- Lima, M. I. M., Lodi, C. T. C., Lima, S. A., Lucena, A. A. S., Guimarães, M. V. M. B., Meira, H. R. C., & Melo, V. H. (2011). Conização com cirurgia de alta frequência na neoplasia intraepitelial cervical: quando usar a alça de canal? *Femina*, 39 (4), 183–188. files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2479.pdf
- Loman, S. (2016). Judith S. Kestenberg's Dance/Movement Therapy Legacy: Approaches with Pregnancy, Young Children, and Caregivers. *American Journal of Dance Therapy*, 38(2), 225–244. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9218-0>
- Lopes, C., & Freitas, M.J. (2021). Efeitos da dança na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto: uma scoping review. *Revista Investigação em Enfermagem* (35), 2ª série, 27-36.
- Lothian, J. A. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 48–54. <https://doi.org/10.1624/105812409x461225>

- Lowdermilk, D. L. (a) (2006). Trabalho de Parto e nascimento. In Lowdermilk, D., & Perry. S. (Coord.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 333-356). Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L. (b) (2006). Avaliação de factores de risco. In Lowdermilk, D., & Perry. S. (Coord.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 681-706). Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L. (c) (2006). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In Lowdermilk, D., & Perry. S. (Coord.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 414-477). Lusodidacta.
- Machado, M. (2017). Vigilância da gravidez de baixo risco. In Graça, L.M. (Coord.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 100-107). Lidel.
- Machado, M., & Graça, L.M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In Graça, L.M. (Coord.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 220-228). Lidel.
- Manning, B. (2006). Transição para a parentalidade. In Lowdermilk, D., & Perry. S. (Coord.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 521-556). Lusodidacta.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ªed.) Report Number.
- Martins, F. N., & Martins, N. N. (2011). Histeroscopia diagnóstica. In Oliveira, C. F. (Coord.), *Manual de Ginecologia - Volume II*. Permanyer Portugal http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_42.pdf
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016) A posição da mulher no trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lidel.
- Montanholi, L. L., Merighi, M. A. B., & de Jesus, M. C. P. (2011). Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: Entre o ideal, o real e o possível. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 301–308. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200011>
- Moutinho, J. M. (2011). Colposcopia. In Oliveira, C. F. (Coord.), *Manual de Ginecologia - Volume II*. Permanyer Portugal. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_41.pdf
- Moutinho, J., et al. (2014). *Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. 1-96. <https://www.spginecologia.pt/uploads/Livro-de-Consenso-prova-3-FINAL.pdf>

- Norma Nº 09/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Direcção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Oeftering, G. M. (1999) Belly-dancing through pregnancy: a way to give birth and not be delivered. *Int J Childbirth Educ.* 1999;14 (3), 6-8.
- Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188–193. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer n.º 141 / 2009: Execução de citologia cervical. Conselho de Enfermagem. P.1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execu%c3%a7%c3%a3o%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, & APEO. (2010). *Documento de Consenso “Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada”*. Ordem dos Enfermeiros (2012). 1-36. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
- Orientação nº005/2012 (2012). Mutilação Genital Feminina. Direcção Geral da Saúde. 1–13. <https://nocs.pt/mutilacao-genital-feminina/>.
- Orientação nº 024/2012 (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Direcção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Orientação 001/2015 (2015). Trabalho de parto estacionário. Direcção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

- Orientação nº 002/2015 (2015). Indução do trabalho de parto. Direção Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Organização Mundial da Saúde.
apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2017). Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros. 1–6. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204270/14/WHO-RHR-15.22-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Parada, C. M. G. L., (2019). Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 1-2. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-72suppl301>
- Perry, S.E. (2006) O recém-nascido de risco: Problemas relacionados com a idade gestacional. In Lowdermilk, D., & Perry. S. (Coord.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 892-931). Lusodidacta.
- Peters, M. D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015) Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women Birth*. 28(4). 272-8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
- Pinto, I., & Passos, F. (2017) Infeciologia na gravidez. In Graça, L.M. (Coord.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 389-410). Lidel.
- Pompeo, D. A., Pinto, M. H., Cesarino, C. B., Rosa, R., Ferreira De Araújo, D., Antonia, N., & Poletti, A. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(3), 345–350.
https://www.scielo.br/pdf/apv/v20n3/pt_a17v20n3.pdf
- Rua, M., Carvalho, M. M., Santos, M. J., & Amaral, C. F. (2020). Cuidados imediatos ao recém-nascido. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 209-214). Lidel.

- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2ª Série, nº26, de 2019-02-06, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2.ª Série — N.º 85 de 2019-05-03, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Santos, M.J., & Baptista, M.C.D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.
- Santos, M. J., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. P., & Lopes, S. (2020) Assistência no puerpério imediato. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 187-191). Lidel.
- Sena, D., Reis, R., & Cavalcante, J. (2015). A importância da atuação do enfermeiro no tratamento da icterícia neonatal. *Revista Electrónica Estácio Saúde*. Vol. 4, (2), 160-170.
revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/1762/888
- Sequeira, A., Sobral, M. F., Prata, A. P., Correia, T. I., Monteiro, M. J., & Henriques, C.M. (2020). Rotura artificial de membranas. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 79-83). Lidel.
- Silva, C., & Vargens, O. (2016) Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 24: e2780. 1-8 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016056/pdf/0104-1169-rlae-24-02780.pdf>
- Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Usluogullari, B., & Kafali, H. (2014) Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: A randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 78 (4), 244–250. <https://doi.org/10.1159/000365085>
- Simkin, P. P. & O'hara, M. (2002). Non pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 131-159. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70188-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70188-9)

- SNS 24. (2021). Doenças Infecciosas. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv/#sec-0>.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) *Consensos Hipoglicémia Neonatal*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 1-174. https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sotto-Mayor, L. (2016) Aborto Espontâneo. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 267-275). Lidel.
- Spinning Babies®*. (2021). Techniques. <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/>
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), p. 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social Media Trend or Future Practice? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(2), 213–217. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1723>
- Varela, V., Amaral, C., Santos, M., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 75-78). Lidel.
- Vilar, D., Nogueira, A., & Carnapete, V. (2012). *Osíris – Conceber- Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade*. Associação para o planeamento da família. www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/conceber_guia_infertilidade.pdf
- WHO, USAID, & CHIP. (2013). O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2

Wu, L. C., Malhotra, R., Allen, J. C., Lie, D., Tan, T. C. & Østbye, T. (2013). Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(6), 1249–1256. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2897-6>

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termos de pesquisa e descritores booleanos

Termos da questão		TERMOS DE PESQUISA <i>CINAHL Complete</i>		TERMOS DE PESQUISA <i>MEDLINE Complete</i>	
População	Parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto	Termos naturais	Parturiente OR Labor OR Childbirth	Termos naturais	Parturient OR Labor OR Childbirth
		Termos indexados	(MH “Labor Stage, first”) OR (MH “Childbirth”) OR (MH “Term Birth”) OR (MH “Expectant Mothers”)	Termos indexados	(MH “Parturition”) OR (MH “Pregnant women”) OR (MH “Labor Stage, first”) OR (MH “Natural Childbirth”) OR (MH “Term Birth”).
AND					
Conceito	Dança	Termos naturais	Dance	Termos naturais	Dance
		Termos indexados	(MH “Dancing”) OR (MH “Dance Therapy”)	Termos indexados	(MH “Dancing”) OR (MH “Dance Therapy”)

APÊNDICE 2: Descrição da pesquisa na *EBSCOhost*

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S17	S15 AND S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	36
S16	S11 OR S12 OR S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,017
S15	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	100,350
S14	(MH "Dancing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,435
S13	(MH "Dance Therapy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	899
S12	"dance"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,217
S11	dance	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	5,280

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S10	(MH "Childbirth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,362
S9	(MH "Term Birth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,251
S8	"childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	38,454
S7	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	38,538
S6	(MH "Labor Stage, First")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	632
S5	"labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	50,354
S4	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	60,089

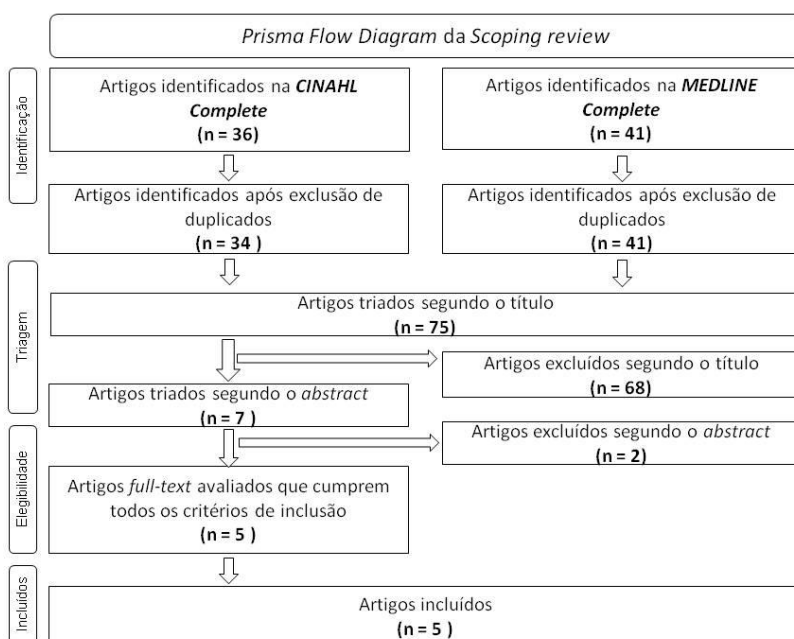
S3	(MH "Expectant Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,178
S2	"parturient"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	992
S1	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,066

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S18	(S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11) AND (S16 AND S17)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	41
S17	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	179,270
S16	S12 OR S13 OR S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,225
S15	(MH "Dance Therapy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	414
S14	(MH "Dancing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,195
S13	"dance"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,709
S12	dance	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	7,877

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S11	(MH "Natural Childbirth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,455
S10	(MH "Term Birth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,139
S9	"childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,178
S8	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,534
S7	(MH "Labor Stage, First")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,427
S6	"labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	136,237
S5	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	136,641

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S4	(MH "Parturition")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	11,205
S3	(MH "Pregnant Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,766
S2	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,332
S1	"parturient"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,355

APÊNDICE 3: *PRISMA Flow Diagram* para o processo de *SR* segundo as orientações da *JB/*



APÊNDICE 4: *JB I Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials
& JB I QARI Data Extraction Template for Qualitative Evidence*

JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer: Cátia Andreia dos Santos Lopes

Date: 16/11/2021

Author: Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F.

Year: 2014

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	✗	☐	☐	☐
2. Was allocation to treatment groups concealed?	✗	☐	☐	☐
3. Were treatment groups similar at the baseline?	✗	☐	☐	☐
4. Were participants blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	✗	☐	☐	☐
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	✗	☐	☐	☐
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	✗	☐	☐	☐
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	✗	☐	☐	☐
11. Were outcomes measured in a reliable way?	✗	☐	☐	☐
12. Was appropriate statistical analysis used?	✗	☐	☐	☐
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	✗	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ✗ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

JBI QARI Data Extraction Template for Qualitative Evidence

Artigo: Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F., (2014).
Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 219–226.

Methodology Ensaio clínico randomizado

Method Randomização aleatória de 60 primíparas em dois grupos (30 vs 30). Os números pares foram designados para o grupo de dança (GD) e os números ímpares para o grupo de controlo (GC).

No GD as mulheres foram instruídas a ficar em pé com inclinação pélvica e balancear dos quadris para a frente e para trás e em círculos, e o seu acompanhante foi instruído a ficar de frente, abraçando-as e massajando as costas e região sagrada, pelo menos durante 30 minutos, cerca dos 90 minutos após, as mulheres sentiam necessidade de descansar.

No GC as mulheres podiam escolher a sua posição e recebiam cuidados habituais, também estavam acompanhadas pela pessoa significativa. A escala de VAS (0-10) foi utilizada para medir os níveis de dor e satisfação.

Phenomena of interest Avaliar a eficácia da dança no alívio da dor e na satisfação da mulher durante a primeira fase do trabalho de parto.

Setting Hospitais públicos da Universidade de Ciências Médicas de Shiraz

Geographical Fars – Irão

Cultural -----

Participants Primíparas saudáveis, com idades entre os 18 e 35 anos, idade gestacional entre as 38 e 40 semanas, gravidez de feto único em apresentação cefálica, com dilatação cervical entre 4 e 10 cm.

Data	O <i>score</i> de dor e satisfação no TP, no GD e GC foram comparados por
Analysis	" <i>t teste no SPSS versão 1.4</i> ". As características demográficas foram analisadas pelo " <i>teste t e teste do qui-quadrado</i> ", sendo que o valor de "P" inferior a 0,05 foi considerado significativo.
Author's	• A intensidade da dor do GD foi significativamente menor aos 30 (p=0,012) e 60 (p=0,036) minutos após a intervenção;
Conclusions	• Não revelou diferença significativa na duração da fase ativa do trabalho de parto; • O GD apresenta diferença significativa através de um elevado índice de satisfação (p=0,021); • O <i>score</i> de dor não foi diferente entre as mulheres que tiveram acompanhamento do marido e/ou outro membro da família; • A dança mostrou-se eficaz no alívio da dor e no aumento da satisfação na PFTP.
Reviewer's	A dança é uma estratégia com elevados benefícios relativos à redução da dor, bem como com elevados índices de satisfação durante a PFTP, no entanto neste estudo, o fato de o companheiro realizar a massagem nas costas enquanto dançava, poderá ser uma limitação à percepção do seu verdadeiro efeito isoladamente. A dança durante a fase ativa da dilatação é uma estratégia promotora de um parto normal, é um cuidado de baixo risco, útil na prestação de cuidados pelo enfermeiro obstetra.
Conclusions	

Reviewer: Cátia Andreia dos Santos Lopes

Date: 18/11/2021

Author: Akin, B., & Saydam, B. K.

Year: 2020

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	✗	☐	☐	☐
2. Was allocation to treatment groups concealed?	✗	☐	☐	☐
3. Were treatment groups similar at the baseline?	✗	☐	☐	☐
4. Were participants blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	✗	☐	☐	☐
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	✗	☐	☐	☐
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	✗	☐	☐	☐
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	✗	☐	☐	☐
11. Were outcomes measured in a reliable way?	✗	☐	☐	☐
12. Was appropriate statistical analysis used?	✗	☐	☐	☐
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	✗	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ✗ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Artigo:
labor
https:

Artigo: Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16 (5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>

Method:

Methodology

Ensaio clínico randomizado

Metl

Method

Randomização aleatória de 160 primíparas em três grupos. Dança com a pessoa significativa (DPS) (40), dança com o EEESMO (DESMO) (40) e grupo de controlo (GC) (80). A distribuição foi realizada informaticamente (*G*Power 3*).

De forma a não enviesar os dados, o grupo de DPS foi treinado sobre a técnica de dança no curso de preparação para parto, no entanto, sem revelar os seus benefícios. A dança foi ao som de música de meditação, num ambiente escuro e silencioso. O Outro grupo dançou com a parteira e o GC apenas recebeu cuidados de rotina.

O tempo médio de dança foi entre 48 (DPS) e 52 minutos (DESMO) em ambos os grupos de intervenção, sendo os tempos médios de descanso 113 e 132 minutos respetivamente.

A escala de VAS (0-10) foi utilizada para medir os níveis de dor aos 4 e 9 cm de dilatação, e a satisfação foi avaliada pela "*Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*". A monitorização neonatal foi realizada através da avaliação dos níveis de saturação de oxigénio e Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos.

Phenon
inte

Setl

Geogra

Phenomena of interest

Determinar os efeitos da dança na percepção da dor do parto e nos resultados neonatais.

Setting

Urla State Hospital.

Geographical

Izmir - Turquia

Cultural	-----
Participants	160 grávidas, com dilatação cervical entre 4 e 8 cm, gravidez de termo (37-41 semanas), feto único, sem complicações na gravidez. Foram excluídas grávidas com antecedentes de cesariana, parto induzido e que tivessem usado algum tipo de analgesia.
Data Analysis	A análise dos dados foi realizada por meio do " <i>Statistical Package for Social Science 11.0.</i> ". O " <i>Shapiro-Wilk test</i> " foi utilizado para determinar características obstétricas, a soma do tempo de dança, nível de dor, satisfação com a experiência e resultados dos valores de saturação de oxigênio e scores de Apgar neonatais. Posteriormente foi aplicado o " <i>Kruskal-Wallis test</i> ", para avaliar os dados da mediana, valor mínimo e máximo, média e desvio padrão. Um teste de " <i>post-hoc</i> " foi realizado para determinar o limiar de significância, sendo que o valor de "P" inferior a 0,05 foi considerado significativo.
Author's Conclusions	• O scores de dor quando a dilatação cervical era de 4 cm (p=0,043) e 9 cm (p=0,014) foram significativamente menores comparativamente com o GC; • O índice de Apgar no 1º minuto não apresentou diferenças significativas entre os grupos, mas ao 5º e 10º minutos foi significativamente melhor nos grupos de estudo (p < 0,01); • Os scores de Apgar foram significativamente mais elevados no (DPS) em comparação com o (DESMO) e do GC (p = 0,06), o que releva a importância do vínculo entre a parturiente e o companheiro, afetando positivamente o RN; • Os níveis de saturação de oxigênio no 1º minuto foram mais elevados nos grupos experimentais do que no GC, e houve uma significância estatística significativa (p = 0,05), igualmente ao 5º minuto. Ao 10º minuto não houve diferença significativa entre os grupos; • Os valores de satisfação consigo mesmo, o bebê, a parteira, o médico e o parto foram significativamente mais elevados do que no GC (p <0,05).

Reviewer's Conclusions A Dança, à luz dos resultados obtidos nesta pesquisa, impactou positivamente a percepção da dor do parto e os resultados neonatais medidos pelos scores de Apgar e níveis de saturação de oxigênio, sendo que as mães apresentaram níveis de satisfação elevados após o nascimento. A dança com o EESMO e CPS auxilia as parturientes a autocontrolar a sua dor. A satisfação foi atingida tanto com o EESMO como com o CPS.

Fonte: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

JBIC Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer: Cátia Andreia dos Santos Lopes

Date: 18/11/2021

Author: Dikmen, H. A., & Gonenç, I.M.

Year: 2020

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	✗	☐	☐	☐
2. Was allocation to treatment groups concealed?	✗	☐	☐	☐
3. Were treatment groups similar at the baseline?	✗	☐	☐	☐
4. Were participants blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	✗	☐	☐	☐
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	✗	☐	☐	☐
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	✗	☐	☐	☐
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	✗	☐	☐	☐
11. Were outcomes measured in a reliable way?	✗	☐	☐	☐
12. Was appropriate statistical analysis used?	✗	☐	☐	☐
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	✗	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Como limitação ao estudo foi identificada a perda de dados entre os grupos (8,1%) e as medições repetidas. A perda recomendada para reduzir o viés é 10% a 15% (Akin & Koçoğlu, 2017 in Dikmen & Gonenç, 2020), logo não é significativa.

Artigo: Dikmen, H. A., & Gonenç, I.M., (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>

Methodology	Ensaio clínico randomizado
Method	Randomização aleatória em bloco com recurso a um programa de computador de 31 mulheres no grupo de dança e música (GDM), 30 mulheres no grupo de música (GM) e 32 mulheres no grupo de controle (GC).
Phenomena of interest	Testar os efeitos da dança e da música, e da música isoladamente, na dor e no medo, durante a fase ativa do trabalho de parto em mulheres nulíparas.
Setting	Maternidade e Hospital infantil
Geographical	Konya - Turquia
Cultural	-----
Participants	Nulíparas, entre os 18 e 24 anos, gravidez entre as 38 e 42 semanas, feto único em apresentação cefálica e peso fetal entre 2.500 a 4.000gr, frequência cardíaca fetal normal. Que se encontrasse em fase ativa da PFTP (dilatação de 3–7 cm) sem uso de analgesia ou anestesia. Os critérios de exclusão foram retirada voluntária; frequência cardíaca fetal anormal; complicação inesperada na mãe ou no feto; decisão de usar ocitocina exógena, analgésicos ou anestesia. As intervenções foram executadas durante 30 minutos em todos os grupos, quando estes atingiram a dilatação cervical entre 4 e 5 cm, e foram avaliadas a dor, antes da intervenção logo após a intervenção, 30 minutos e 60 minutos depois. Para avaliar a dor foi utilizada a escala de VAS. Para avaliar o medo foi utilizado o “<i>Questionário de Expectativa / Experiência de Entrega Wijma</i>”.

A dança incluía quatro movimentos básicos: o movimento circular da pelve e da cintura, movimento do corpo e da pelve para a esquerda e direita, semi-agachamento e inclinações pélvicas. O GM também se movia livremente enquanto ouvia música. O GC teve cuidados de rotina. A música era de acordo com a preferência dos participantes.

Não foi permitido a presença do acompanhante no hospital, pelo que o apoio foi prestado pelas parteiras em todos os grupos.

Data Analysis

A análise de dados foi realizada com recurso ao “*teste G * Power (versão 3.1.9)*” para determinar o tamanho da amostra. Foram realizadas análises prévias com base na análise multivariada de variância (MANOVA) para medidas repetidas. Os dados relativos aos questionários foram analisados em “*W-DEDA*”. Foi calculado o coeficiente *alfa de Cronbach* para avaliar a confiabilidade da escala. Para análise estatística foi utilizado o “*software SPSS Windows (versão 23.0)*”. O valor de “P” inferior a 0,05 foi considerado significativo. Utilizou-se a estatística qui-quadrado para testar as relações entre as variáveis categóricas (características sociodemográficas e obstétricas das participantes por grupo). Foi avaliada a normalidade das distribuições calculando assimetria e curtose e usando o “*teste de Shapiro-Wilk*”, que se apresentaram dentro da normalidade.

Author's Conclusions

- Os scores VAS do grupo GC foram significativamente mais altos do que nos grupos GM e GDM. A dança e a música e apenas a música diminuíram a dor percebida do parto. Contrariamente, os níveis de medo foram mais reduzidos no GM e GDM comparativamente com o GC.

Reviewer's Conclusions

A dança e a música, e a música isoladamente, reduziram significativamente a dor e o medo em mulheres nulíparas durante a PFTP. Estas intervenções são fáceis de usar, acessíveis e eficazes para as enfermeiras parteiras. Permitem que a mulher e seu parceiro participem ativamente nos cuidados, diminuindo o uso de tratamentos farmacológicos, tendo mais controlo sobre a experiência de parto.

Reviewer: Cátia Andreia dos Santos Lopes

Date: 18/11/2021

Author: Akin, B., Yurteri Türkmen, H., Yalnız Dilcen, H., & Sert, E.

Year: 2021

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	✗	☐	☐	☐
2. Was allocation to treatment groups concealed?	✗	☐	☐	☐
3. Were treatment groups similar at the baseline?	✗	☐	☐	☐
4. Were participants blind to treatment assignment?	✗	☐	☐	☐
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	☐	✗	☐	☐
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	☐	☐	✗	☐
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	✗	☐	☐	☐
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	✗	☐	☐	☐
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	✗	☐	☐	☐
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	✗	☐	☐	☐
11. Were outcomes measured in a reliable way?	✗	☐	☐	☐
12. Was appropriate statistical analysis used?	✗	☐	☐	☐
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	✗	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Quem realizou a intervenção foi a parteira investigadora, não é perceptível se foi a própria a realizar a análise dos dados, tendo em conta que o artigo foi publicado por mais autores.

Artigo: Akin, B., Yurteri Türkmen, H., Yalnız Dilcen, H., & Sert, E. (2021). The Effect of Labor Dance on Traumatic Childbirth Perception and Comfort: A Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/10547738211030745>

Methodology Ensaio clínico randomizado

Method Randomização aleatória por meio do lançamento de uma moeda. O número um (face da moeda) era alocado ao grupo experimental (GE) e o dois (outra face da moeda), ao grupo de controle (GC).

A dança iniciou-se aos 4 cm de dilatação, com a parteira, que era a investigadora. Não foi possível a presença de acompanhante nos grupos. O GC recebeu cuidados de rotina, não lhe tendo sido aplicada nenhuma intervenção não farmacológica para alívio da dor, mas tinham liberdade de movimentos. A parteira informou as grávidas do GE sobre o estudo e a dança do parto.

Aos 8 cm de dilatação, em ambos os grupos foi aplicada o “*Comfort Questionnaire*” (CCQ). A Escala de Conforto Pós-parto (PCS) e a Escala de Percepção do Parto Traumático (TCPS) foram implementadas 2 horas após o parto.

Phenomena of interest Avaliar o efeito da dança na percepção do parto traumático e no conforto.

Setting Maternidade

Geographical Turquia

Cultural -----

Participants Grávidas entre as 37 e 42 semanas de gestação, com idades entre os 18 e 38 anos, primíparas, feto único em apresentação cefálica, com 4 cm de dilatação cervical, que não apresentavam riscos em relação à gravidez e

ao feto. Foram excluídas mulheres com cesariana eletiva, gravidez gemelar, anomalia de apresentação, dilatação cervical de 5 cm ou mais, sob indução do TP com ocitocina ou com fator de risco para o RN ou para a mãe.

Incluídas 120 parturientes, 60 para cada grupo.

Data	O teste de “ <i>Kolmogorov Smirnov</i> ” foi usado para determinar se os dados tinham distribuição normal. Testes não paramétricos foram usados porque os dados não apresentaram distribuição normal. “ <i>Kruskal Wallis</i> e χ^2 testes” foram usados para determinar se havia uma diferença significativa entre as características sociodemográficas, obstétricas e de experiência do parto relacionadas às mulheres nos GE e GC. “ <i>Mann-Whitney U test</i> ” foi usado para comparar os scores médios do CCQ total, PCS e suas dimensões e o score médio total do TCPS.
Analysis	
Author's Conclusions	• O GE considerou a sua experiência de parto mais positiva, diferença considerada significativa ($p < 0,05$) comparativamente com o GC; • O nível de conforto pós-parto das mulheres que realizaram a dança foi significativamente maior do que no GC ($p < 0,01$); • As parturientes do GC perceberam o trabalho de parto como mais traumático comparativamente com o GE ($p < 0,01$);
Reviewer's Conclusions	O alívio da dor e o acompanhamento constante são fatores determinantes para o conforto, minimizando a percepção de um parto traumático, o que é determinante para a saúde mental da mulher. A maioria das mulheres pode sentir dor, stresse e fadiga durante o TP, e isso afeta negativamente seu conforto. Os cuidados especializados têm como objetivo fornecer conforto físico e emocional à parturiente. A dança no TP para além de reduzir o nível de dor, aumenta o nível de conforto, proporcionando às parturientes relaxamento psicoespiritual, sociocultural e ambiental, que se mantém ao longo do pós parto e tornando as suas experiências mais positivas.

JBICritical Appraisal Checklist for
text and opinion papers

Reviewer: Cátia Andreia dos Santos Lopes Date: 18/11/2021
Author: Toberna, Horter, Heslin, Forgie, Malloy &
Year: 2020 Record Number: Vol. 7 ; Issue 2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	☒	☐	☐	☐
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	☒	☐	☐	☐
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	☒	☐	☐	☐
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	☒	☐	☐	☐
5. Is there reference to the extant literature?	☒	☐	☐	☐
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	☐	☒	☐	☐
Overall appraisal:	Include ☒	Exclude ☐	Seek further info ☐	

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

JBICQARI Data Extraction Template for Qualitative Evidence

Artigo: Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social Media Trend or Future Practice? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(2), 213–217. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1723>

Methodology	Sinopse temática
Method	Revisão de literatura
Phenomena of interest	Sintetizar o conhecimento sobre a dança enquanto intervenção terapêutica
Author's	O tipo de dança e seus benefícios estão ainda pouco estudados.
Conclusions	- Intervenções como a dança, liberdade de movimentos rítmicos, auxiliam na progressão do TP e oxigenação fetal, reduzindo intervenções desnecessárias. - O autocontrole é o sentimento que gera satisfação nas mulheres, sendo este possível de alcançar com a dança. - A dança pode diminuir a dor e a duração do trabalho de parto.
Reviewer's	As mulheres procuram para o seu parto intervenções menos invasivas. A dança e os seus movimentos ajudam ao relaxamento muscular do assoalho pélvico, podendo ser uma intervenção benéfica. Ao potenciar este tipo de intervenções o EEESMO vai ao encontro das expectativas da mulher, promovendo o seu autocontrole. A dança pode diminuir a dor e a duração do trabalho de parto, aumentando a satisfação com a experiência do parto
Conclusions	

Fonte: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

APÊNDICE 5: *Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na*
SR

Autores e Ano	País	Título	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Objetivos do estudo	Resultados
Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard & Sheikhan (2014)	Irão	Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com idades compreendidas entre os 18 e 35 anos, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo caso (n=30) e grupo controle (n=30)	Avaliar a eficácia da dança no alívio da dor e na satisfação durante a primeira fase do trabalho de parto.	A intensidade da dor do grupo caso foi significativamente menor aos 30 e 60 minutos após a intervenção; Não revelou diferença significativa na duração da fase ativa da dilatação; O grupo caso apresentou melhores índices de satisfação; O <i>score</i> de dor foi semelhante nas diferentes tipologias de acompanhante das grávidas.
Akin & Saydam (2020)	Turquia	The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo (37-41semanas), feto único, na fase ativa da dilatação. Grupo de dança com o EEESMO (n=40), Grupo de dança com companheiro (n=40) e grupo controle (n=80).	Determinar os efeitos da dança na percepção da dor, satisfação com o parto e nos resultados neonatais.	A intensidade da dor do grupo dança com o EEESMO e companheiro foi significativamente menor do que no grupo de controle aos 4 e 9cm de dilatação, recorrendo menos a analgesia; A dança com o companheiro revelou melhores <i>outcomes</i> no Índice de <i>Apgar</i> do RN ao 5/10min, conduzindo a melhoria da oxigenação fetal;

					O suporte emocional, a mobilidade e a dança aumentaram os níveis de satisfação; A dança teve o mesmo impacto positivo fosse com o companheiro ou EEESMO.
Akin, Türkmen, Dilcen & Sert (2021)	Turquia	The Effect of Labor Dance on Traumatic Childbirth Perception and Comfort: A Randomized Controlled Study.	Ensaio clínico randomizado. Gravidas entre as 37 e 42 semanas, com idades entre 18 e 38 anos, primíparas, feto único em apresentação cefálica, com 4 cm de dilatação. n=120 parturientes, n=60 participantes no grupo de intervenção e n=60 no grupo de controle.	Avaliar o efeito da dança na percepção do parto traumático e no conforto.	Dançar reduz a percepção de um parto traumático, aumentando o conforto das parturientes. O conforto das mulheres que dançaram prolonga-se pelo pós-parto. As parturientes que dançaram tiveram uma experiência mais positiva.
Dikmen & Gonenç (2020)	Turquia	Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo com dança e música (n=31) Grupo só com música (n=30) e grupo de controle	Testar efeitos da dança e música e só da música na percepção da dor e medo.	A dança e a música ou a música isoladamente reduzem significativamente a percepção da dor e medo. A dança e a música ou a música isolada, promovem o autocontrolo e participação ativa da mulher no seu

			(n=32)		trabalho de parto.
Toberna, Horter, Heslin, Forgie, Malloy & Kram (2020)	USA	Dancing during labor: Social Media Trend or Future Practice?	Sinopse temática	Sintetizar o conhecimento sobre a temática.	O tipo de dança e seus benefícios estão ainda pouco estudados. O autocontrole é o sentimento que gera satisfação nas mulheres, sendo este possível de alcançar com a dança. A dança pode diminuir a dor e a duração do trabalho de parto.

APÊNDICE 6: Síntese dos resultados da SR em categorias: Efeitos da dança na parturiente durante PETP.

Efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto

Autor & Ano	Liberdade de posições e movimentos	Alívio da dor	Autocontrolo	Melhores <i>outcomes</i> neonatais	Redução do medo e ansiedade	Satisfação	Conforto	Redução da percepção de trauma no parto	Experiência positiva
Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard & Sheikhan (2014)	X	X	X			X			
Akin & Saydam (2020)	X	X	X	X		X			
Dikmen & (2020)	X	X	X		X				
Akin, Türkmen, Dilcen & Sert (2021)	x	x	x				x	x	x
Toberna, Horter, Heslin, Forgie, Malloy & Kram (2020)	x	x	x			x			

APÊNDICE 7: Instrumento de registo de interação

INSTRUMENTO DE REGISTO DE INTERAÇÃO

Data: / / Código nº

Idade:	Data:	IG:	IO:	AO:
Escolaridade:				
Profissão:				
Religião:				
Nacionalidade:				
		CPPP:		AP:
		Plano de parto:		

1º ESTÁDIO TP	FASE LATENTE								TEORIA DO CUIDADO
	Dor								
	Dilatação Cervical:								
	TA/FC								
	CTG								
	FASE ATIVA								
	Dor								
	Dilatação Cervical:								
	TA/FC								
	CTG								

	CONHECER	Plano parto/ Expectativas
	ESTAR COM	Disponibilidade/ Presença contínua
	FAZER POR	Bem-estar/ Conforto/ Ambiente seguro
		Promoção da Dança
	POSSIBILITAR	Informar/ esclarecer/ apoiar
		Presença de CPS
	MANTER A CRENÇA	Autocontrolo/Reforço positivo
Observações do Cuidado:		

INSTRUMENTO DE REGISTO DE INTERAÇÃO

Data: / / Código nº

1º ESTÁDIO TP	MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS			Observações da DANÇA
	Dança	Massagem		
	Música	Outra técnica não farmacológica		
	Tipo de musica	Qual?		
	DANÇA	MOVIMENTOS		
	1. Início:	Movimento circular da região pélvica e cintura		
	Fim:	Lateralização da região pélvica e cintura para a esquerda e direita		
	Períodos de descanso:	Semi agachamento		
	2. Início:	Inclinação pélvica anterior		
	Fim:			
2º ESTÁDIO TP	Dança com:			
	1. Sozinha	EEESMO	CPS	
	2. Sozinha	EEESMO	CPS	
	3. Sozinha	EEESMO	CPS	
	4. Sozinha	EEESMO	CPS	
	MÉTODOS FARMACOLÓGICOS			
	Analgesia	Loco-regional		
	Hora/reforços:			
	Duração total do 2º estágio do TP:			
	TIPO DE PARTO	Eutócico ____ Ventosa ____ Fórceps ____ Cesariana ____		
Lacerações/ sutura do perineo				
Índice de Apgar:				
1º	5º	10º	Manobras reanimação: sim/não	Peso do RN

Observações gerais:

--

APÊNDICE 8: Minuta de consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Código nº _____

Exma. Senhora.

Este estudo é realizado no âmbito académico, para obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pretende validar os achados da revisão de literatura, acerca dos efeitos da dança na parturiente durante o trabalho de parto. O uso da dança, associada à música, bem como à liberdade posições e movimentos, são intervenções eficazes durante o trabalho de parto, que reduzem a dor, a ansiedade e o medo, promovendo a satisfação e contribuindo para melhores parâmetros de bem-estar materno, fetal e do recém-nascido, e em simultâneo reduzindo possíveis complicações.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é o profissional que tem a competência e intervenção de cuidar *"a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina"* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 5). Usando a dança como estratégia promotora de um parto normal, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica está a adotar em simultâneo um conjunto de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, que associadas à presença da pessoa significativa, num ambiente seguro e agradável de acordo com as preferências da mulher, contribui para uma experiência de parto positiva.

Assim, solicita-se autorização para participação no estudo, através do uso da dança durante o seu trabalho de parto, bem como autorização para a recolha de dados relativos à utilização desta estratégia. Após o parto, no Serviço de Internamento de Puerpério, pretende-se avaliar a satisfação com esta experiência, utilizando-se para o efeito um questionário. Estes dados serão utilizados apenas para fins da investigação.

O anonimato dos participantes estará garantido, pois o preenchimento do instrumento de registo de interação não carece de identificação, apenas de codificação. O questionário terá o mesmo código atribuído ao instrumento de registo de interação. Os participantes têm o direito de anular o consentimento e abandonar o estudo, em qualquer momento e sem quaisquer prejuízos.



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Código nº _____

A participação no estudo não apresenta qualquer tipo de risco, custo ou incómodo para a participante.

Muito Obrigada pela sua autorização e participação neste estudo académico.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Cátia Andreia dos Santos Lopes
Enfermeira no xxxxxxxxxxxxxxxxx; Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Contato telefónico: XXXXXXXX
Mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE 9: Síntese da análise de Conteúdo segundo as Orientações de
Bardin

Análise de Conteúdo das Verbalizações na Interação

<i>Categoria</i>	<i>Temas</i>	<i>Unidades de Registo (UR)</i>	<i>Frequência das UR</i>
<i>Efeitos da Dança durante a primeira fase do trabalho de parto</i>	Gestão da dor	"Quando danço, sinto menos dor do que sentada na bola." (GI2); "A dançar a dor vai-se mantendo igual" (GI2); "...e dói menos." (GI7); "quando me deito as dores aumentam e não aguento mais." (GI18); "Enquanto danço doi menos." (GI19).	5
	Satisfação	"... Mas sinto-me muito bem a dançar com o meu marido." (GI15); "Se me dissessem que eu vinha para o hospital dançar, eu não acreditava! Mas é fantástico, sinto-me ótima." (GI16); "A minha filha vai nascer feliz." e " Nunca pensei ter esta experiência no parto." (GI18); "Nunca pensei dançar no trabalho de parto, isto é divertido." (GI20).	4
	Autocontrolo	"O movimento está a ajudar-me bastante." (GI6); "A dançar fico mais distraída..." (GI7); "...controlo melhor a dor..." (GI11).	3
	Liberdade de movimentos	"O movimento está a ajudar-me bastante." (GI6); "Quando estou em pé a dançar..." (GI11); "Estou melhor em pé a dançar." (GI18); "Obrigada por me permitir mover e dançar." (GI20).	4

Análise de Conteúdo das Respostas no Questionário

<i>Categoria</i>	<i>Temas</i>	<i>Unidades de Registo (UR)</i>	<i>Frequência das UR</i>
Motivos para uso da experiência da dança num futuro parto	Gestão da dor	"...aliviou dores..." (GQ1); "...sentia as contrações com menos intensidade." (GQ6); "...com o alívio da dor." (GQ11); "Pois me aliviou muito..." (GQ14); "...conseguiu controlar a dor, e parece que esta passava rapidamente." (GQ18); "Essa técnica foi o meu alívio no momento da dilatação..." (GQ20).	6
	Tempo	"A dançar foi tudo tão rápido." (GQ19).	1
	Satisfação	"Foi relaxante, divertido..." (GQ1); "...consegui desfrutar um pouco do tempo..." (GQ11); "As estratégias usadas tornaram toda a experiência mais positiva ainda." (GQ12); "Estava recetiva, mas adorei." (GQ14); "...sendo este o meu desejo." (GQ15); "A experiência foi ótima, quero fazer de novo uma próxima vez." (GQ19).	6
	Autocontrolo	"Enquanto estava a dançar estava mais distraída..." (GQ6); "A dança e a música faz com que a nossa atenção não fique focada só nas dores" (GQ7); "Enquanto dançamos a nossa mente sai um pouco da espera da contração e acaba por ajudar a enganar o cérebro" (GQ9); "Senti-me mais descontraída, menos tensa..." (GQ11); "...e me ajudou imenso..." (GQ14); "Ajudou-me imenso no trabalho de parto" (GQ15); "Ajudou a relaxar os músculos..." (GQ16); "Percebi que enquanto dançava conseguia controlar..." (GQ18); "...ajudou-me imenso." (GQ20).	9
	Liberdade de movimentos	"Ou seja, sentia a contração, mas a intensidade era diferente de quando estava parada" (GQ6).	1
	Acompanhamento	"...promoveu a união e sintonia com o acompanhante (marido)." (GQ16); "Adorei, foi bom estar acompanhada." (GQ19).	2
	Progressão do trabalho de parto	"...ajudou o bebê a descer." (GQ1); "...tenha ajudado no trabalho de parto, nomeadamente com o encaixe do bebê." (GQ4); "...e na contribuição para ser um parto vaginal..." (GQ15); "...promoveu o encaixe cefálico do bebê..." (GQ16).	4

APÊNDICE 10: Desenvolvimento de competências para cuidar do RN com
necessidades especiais

O nascimento de um filho acarreta alterações na dinâmica e papéis familiares, obrigando a reestruturações na vivência do processo de transição para a parentalidade. O nascimento de um filho prematuro e/ou de risco poderá comprometer esta transição, tendo o EEESMO uma importante intervenção cuidando “*a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade*” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). O EEESMO no seu domínio de competências durante o período pós-parto, presta cuidados diferenciados ao recém-nascido (RN) prematuro e/ ou com patologia, nomeadamente na reanimação neonatal no Bloco de Partos, assegurando o seu bem-estar e segurança durante o transporte em incubadora para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

O RN prematuro é, segundo Perry (2006) aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação, sendo consideradas crianças de risco, pela sua imaturidade orgânica, podendo desenvolver problemas graves ou mesmo morrer durante o período neonatal (Organização Mundial da Saúde, 2017). Estes riscos acrescidos, levam ao internamento do RN prematuro e/ou com patologia na Unidade de Neonatologia. O internamento do RN causa nos pais um sentimento de grande incerteza, medo e angústia com repercussões psicológicas no seu bem-estar (Carvalho & Pereira, 2017). Perante este acontecimento o EEESMO deve procurar conhecer a família, as suas necessidades e expectativas, intervindo através da capacitação, tendo em conta e mantendo as suas crenças, para que estes atinjam o máximo bem-estar (Swanson, 1991; Swanson 1993) e potenciando a transição para a parentalidade de uma forma mais positiva, vivenciando o nascimento de um RN prematuro ou de risco da melhor forma possível.

O ER neste contexto durante 25 horas, desenvolveu-se através da observação, prática reflexiva e participação nos cuidados aos RN e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. De um modo geral, observaram-se os cuidados ao RN de risco e à sua família, e pudemos ter uma participação mais ativa, prestando cuidados de forma progressivamente mais autónoma, principalmente no que diz respeito à alimentação por sonda orogástrica, aspiração das vias aéreas, cuidados com a ventilação invasiva/não invasiva, prevenção de úlceras de pressão associadas a dispositivos ventilatórios, promoção do conforto através um adequado posicionamento e alinhamento corporal, cuidados à pele e manutenção da

temperatura corporal, cuidados de higiene e mudança de fralda, preparação e administração de terapêutica via oral, endovenosa por via de cateter epicutâneo ou pelo cateter umbilical venoso, entre outros, de forma individualizada e promovendo a neuroprotecção. Também foi possível participar na vigilância e monitorização de sinais vitais, na vigilância da adaptação comportamental do RN à vida extrauterina, realizando o balanço hídrico, avaliação da progressão ponderal (peso), observação e discussão de parâmetros ventilatórios, refletindo sobre os cuidados prestados numa perspetiva de diagnóstico e prevenção de complicações, salvaguardando o bem-estar do RN de risco.

Participámos na promoção da vinculação e transição para a parentalidade, intervindo junto dos pais do RN presentes na unidade, realizando em conjunto com os mesmos os cuidados ao RN, ouvindo a expressão dos seus sentimentos e emoções, realizando reforço positivo à permanência dos mesmos na unidade e à evolução e autonomia na prestação de cuidados aos seus filhos. Pudemos também mais uma vez implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, através do incentivo à extração de LM e reforço positivo ao colocar em perfusão o LM por sonda, reforçando os benefícios do mesmo para o desenvolvimento e bem-estar do RN. Com os pais, que por algum motivo não podiam estar presentes no internamento, estabelecia-se o contacto por telemóvel, através do aplicativo “WhatsApp” enviando fotografias do RN com informações sobre a sua evolução. Estas intervenções para além de promoverem a vinculação e parentalidade positiva, são intervenções que demonstram cuidados centrados na pessoa.

De entre os vários RN a quem prestamos cuidados, destaco um prematuro de 24 semanas, que nasceu após um descolamento de placenta de uma grávida que se encontrava internada em Medicina Materno Fetal. Este RN nasceu no BP onde me encontrava a realizar estágio e após o seu nascimento foi possível assistir e observar toda a reanimação neonatal. Este momento foi de extrema importância para rever conhecimentos e perceber a importância do papel do EEESMO na reanimação neonatal e transferência/transporte em incubadora para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Neste caso específico, o “*team leader*” desta reanimação foi um EEESMO, efetuou compressões, orientou os colegas antevendo necessidades de cuidados, pedindo a preparação de todo o material para entubação orotraqueal, para cateterismo umbilical e também terapêutica para reanimação com

adrenalina. Realizou em parceria com a Pediatra toda a reanimação, tendo tido um papel de destaque na organização da equipa, salvaguardando o sucesso da reanimação e bem-estar do RN pré-termo. Depois da estabilização clínica, efetuou a transferência em incubadora.

Tornou-se inevitável, refletir sobre a importância da articulação e competências do EEESMO nos diferentes contextos na promoção da saúde e bem-estar materno-fetal. A deteção precoce de complicações tais como o descolamento de placenta, a rápida articulação de cuidados e referenciação quando para além da sua área de competência são fulcrais e decisivos para salvar vidas, neste episódio específico, da grávida para o BP e do RN para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Pensando ainda neste caso específico, antes do parto e em situações de risco materno-fetal por ameaça de parto pré-termo no Internamento de Medicina Materno Fetal, o EEESMO tem uma importante intervenção na articulação com a equipa de enfermagem da UCIN, promovendo a visita dos pais em situação de risco, explicando procedimentos e minimizando a ansiedade na eventualidade de um parto pré-termo ou em situação de patologia fetal que possa antever a necessidade de cuidados diferenciados.

Também pudemos observar que tanto no Internamento de Medicina Materno Fetal, como na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais se faz a referência aos pais da Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro XXS, composta por um grupo de pais que viveu a experiência da prematuridade na primeira pessoa, onde é possível ler e partilhar testemunhos que promovem a vivência destes internamentos minimizando *stressores* nos pais e promovendo a vinculação e transição para a parentalidade.

Relativamente ao Internamento de Puerpério, a deteção precoce de complicações também influencia a promoção do bem-estar do RN, bem como o seu neuro-desenvolvimento. Muitos dos RN internados em alojamento conjunto com as suas mães por algum motivo agravam e o EEESMO tem mais uma vez um papel preponderante na articulação de cuidados e transferência do RN para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, bem como através da prestação de o apoio emocional aos pais que têm o seu RN internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais/Pediátricos, articulando-se com a equipa de enfermagem, promovendo a

visita dos pais na unidade e assegurando também a vinculação entre a tríade e o aleitamento materno exclusivo.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é um espaço que foi criado para minimizar o impacto sofrido pelo RN que saiu antecipadamente do útero materno ou que por motivos fisiológicos não está a conseguir realizar uma boa adaptação ao meio extrauterino. Nestas unidades os RN estão em incubadoras, cuja sua função é propiciar um ambiente quente e confortável, protetor do RN, para que este possa continuar o seu crescimento e desenvolvimento (Carvalho & Pereira, 2017). Na incubadora e através do recurso a outros equipamentos como rolos e ninhos é possível criar um ambiente o mais possível parecido ao útero materno, este cuidado neuro-protetor é otimizado pelos enfermeiros da UCIN. Segundo Montanholi, Merighi & Jesus (2011, p.1) o *“enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pelo cuidado voltado ao desenvolvimento físico, psíquico e social do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal”*. Esta situação permitiu confrontar os conhecimentos previamente adquiridos ao longo do primeiro ano de curso e realizar novas aprendizagens, percebendo a importância do ambiente no desenvolvimento do RN internado na UCIN. Destaca-se neste contexto a aplicação do Modelo de Atenção Integrativa Neonatal que evidencia sete medidas neuroprotetoras para a promoção dos cuidados e desenvolvimento do RN: (1) ambiente, (2) parceria com as famílias, (3) posição e manuseio/manipulações, (4) salvaguarda do sono, (5) minimização do estresse e da dor, (6) proteção da pele e (7) otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013). Assim, observámos e participámos na neuroprotecção do RN através da promoção de um ambiente térmico adequado, na incubadora ou no contacto pele a pele com os pais através do método canguru, tendo cuidado com o posicionamento e alinhamento corporal em ambos os ambientes. Participámos na promoção da parceria com as famílias, tanto nos cuidados ao RN, como através do contacto pele-a-pele e promoção do aleitamento materno, promovendo ao RN o contacto com o toque e cheiro materno, desenvolvendo também os seus sentidos. Tivemos em conta a minimização de ruídos, igualmente as incubadoras eram tapadas com mantas escuras para minimizar estímulos externos e promover um ambiente potenciador do sono reparador.

Assim, um RN prematuro e/ou com patologia acarreta uma serie de desafios aos profissionais de saúde, para que possam ter uma evolução positiva durante o internamento com o mínimo de sequelas possíveis. Acresce ainda desafios à família,

tendo o enfermeiro e em especial os EEESMO uma intervenção facilitadora da vivência destes processos sustentada na evidência científica e que promove uma transição para a parentalidade positiva.

A realização deste ER na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais permitiu compreender a importância do enfermeiro nos cuidados ao RN pré-termo e/ou com patologia, bem como a importância da articulação entre serviços durante o período pré-natal de risco ou em situação de emergência. Enquanto futura EEESMO compreendo a importante intervenção na realização da reanimação neonatal e na otimização do bem-estar do RN de risco durante o transporte até à unidade neonatal, garantindo não só a sua segurança como também o seu desenvolvimento e proteção, mantendo o seu correto posicionamento e alinhamento, otimizando a ventilação, temperatura, minimizando ruídos e stress, durante todo o transporte.

Este estágio permitiu a aquisição de novas competências no cuidado ao RN de risco, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina. Proporcionou também o estabelecimento de uma relação terapêutica com os pais, o que levou a desenvolvimento de competências na promoção da transição para a parentalidade.

APÊNDICE 11: Sessão de educação para a saúde em contexto de Cuidados de Saúde primários no âmbito do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade
(Planeamento, implementação e avaliação)

Título da sessão: Contributos da dança na experiência de parto positiva.

Formadora: Cátia Lopes (Mestranda 11ºMESMO da ESEL)

Orientadora Local: XXXXXXXXXXXXXXX

Docente Orientador: Professora Doutora Maria João Freitas

DESTINATÁRIOS: Grávidas e conjugue ou pessoa significativa do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC XXXXX.

OBJETIVO GERAL: Informar sobre os contributos da dança na experiência de parto positiva.

Objetivos específicos:

- Divulgar a utilização da dança enquanto uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor da parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto;
- Informar sobre os benefícios do uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto;
- Identificar os principais movimentos de dança facilitadores da progressão do trabalho de parto;
- Promover a autonomia e o autocontrolo da parturiente na gestão da dor e liberdade de movimentos e posições;
- Promover a execução prática dos principais movimentos de dança;
- Contribuir para a promoção de uma experiência de parto positiva.

DATA: 16/12/2020

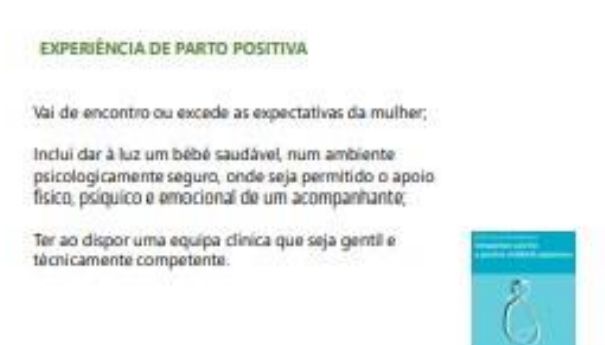
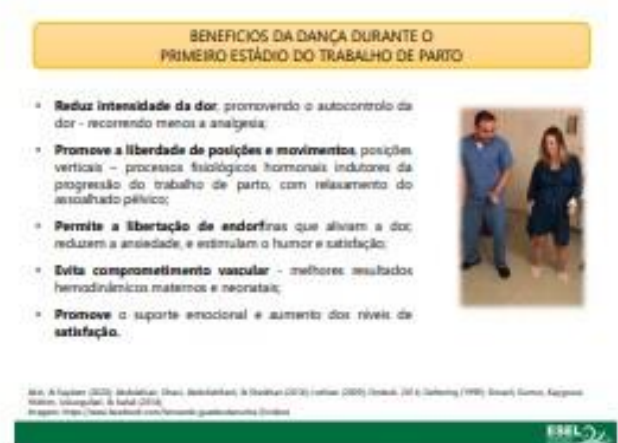
TEMPO PREVISTO: 30 minutos

LOCAL: XXXXXX - Via
aplicativo SKYPE
HORÁRIO: 19-19h30

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA/ RECURSOS	TEMPO
Apresentação	▪ Objetivos; ▪ Contextualização da temática.	Expositivo/Participativo Computador com webcam e áudio (videoconferência)	15 minutos
Experiência de parto positiva	▪ Informação sobre o conceito de experiência de parto positiva da OMS.		
A dança	▪ Contextualização do desenvolvimento da dança e o seu enquadramento histórico no trabalho parto.		
A dança durante a primeira fase do trabalho de parto.	▪ Vantagens do uso da dança no trabalho de parto; ▪ Principais movimentos de dança para otimização da progressão do trabalho de parto, promovendo o autocontrolo na gestão da dor.		
Quero usar a dança durante o meu	▪ Importância do plano de parto (enquadrado ao tema)	Expositivo/Participativo	

trabalho de parto.	▪ Papel do conjugue ou pessoa significativa	Computador com webcam e áudio (videoconferência) Musicoterapia	
INTERVALO – 5min (visualização de vídeo:			
Como usar a dança durante o meu trabalho de parto.	▪ Treino com as grávidas e conjugue ou pessoa significativa, através do uso dos movimentos de dança, associados a música, bem como outras estratégias de alívio da dor.	Expositivo/Participativo/ Interativo Computador com webcam e áudio (videoconferência) Musicoterapia	9 min
Conclusão	▪ Esclarecimentos de dúvidas. ▪ Momento de partilha (qual a hipótese de ser uma técnica a adotarem nas suas experiências de trabalho de parto).	Expositivo/Participativo Computador com webcam e áudio (videoconferência)	

IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO



Quero usar a dança durante o meu trabalho de parto!

Plano de Parto

- Refletir que gostaria de usar a dança enquanto técnica não farmacológica de alívio da dor.
- Validar se existem nas instituições os recursos (rádio com leitor de pen ou CD, internet para aceder a músicas no telemóvel).
- Pensar e escolher as músicas preferidas.
- Validar se existem outros recursos que gostariam de usar concomitantemente com a dança (exemplo: bola de pilates).

Acompanhante

- Acompanhante?
- Mãe?
- Pai?
- Amigo?



Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica



Intervalo
10 minutos

Durante o intervalo, se quiser veja este vídeo sobre o uso da dança no trabalho de parto(4min.):

https://www.youtube.com/watch?v=C_yhKug8gjs

Vamos treinar?



Obrigada pela vossa
presença e participação!

Questões/Dúvidas?



Data ____/____/2021

1. Considera que a temática "Contributos da dança na experiência de parto positiva" é pertinente no contexto do presente curso de preparação para o parto e parentalidade?

Sim ☐ Não ☐

Comentários:

2. Na sua opinião a dança é uma estratégia que tem benefícios para o trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu sim, quais?

3. Pondera utilizar a estratégia da dança no seu trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

Comentários:

4. Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Má, 2 a Razoável, 3 a Boa, 4 a Muito Boa e 5 a Excelente, classifique a sessão do Curso de preparação para o parto e parentalidade, em que a dança foi abordada como uma estratégia para uma experiência de parto positiva.

1-Má ☐ 2- Razoável ☐ 3- Boa ☐ 4- Muito boa ☐ 5- Excelente ☐

5. Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Mau, 2 a Razoável, 3 a Bom, 4 a Muito Bom e 5 a Excelente, classifique o desempenho da formadora (Enfª Cátia Lopes), na sessão do Curso de preparação para o parto e parentalidade, em que a dança foi abordada como uma estratégia para uma experiência de parto positiva.

1-Má ☐ 2- Razoável ☐ 3- Boa ☐ 4- Muito boa ☐ 5- Excelente ☐

Análise e reflexão sobre os resultados da sessão

A sessão de formação decorreu no dia e hora marcados, conforme programado, via *Skype*. Estiveram presentes na sessão um total de 9 casais, com idades compreendidas entre os 28 e 41 anos, no entanto apenas 7 responderam à avaliação da sessão, sendo esta a amostra em estudo.

Para compreender o impacto e opinião sobre a sessão “Contributos da dança na experiência de parto positiva”, foi realizada a avaliação da mesma, através da análise dos questionários aplicados às grávidas.

Analisando as respostas à primeira questão: Considera que a temática “Contributos da dança na experiência de parto positiva” é pertinente no contexto do presente curso de preparação para o parto e parentalidade? Os 100% responderam “Sim”. No que concerne à opinião, se a dança é uma estratégia que tem benefícios para o TP? 100% responderam “Sim”. Relativamente à terceira questão: Pondera utilizar a estratégia da dança no seu trabalho de parto? 100% das grávidas responderam “Sim”.

Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Má”, 2 a “Razoável”, 3 a “Boa”, 4 a “Muito Boa” e 5 a “Excelente”, classificaram a sessão do CPPP, em que a dança foi abordada como uma estratégia para uma experiência de parto positiva, 14% como “boa”, 43% como “muito boa” e 43% “excelente”. Por último, numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Mau”, 2 a “Razoável”, 3 a “Bom”, 4 a “Muito Bom” e 5 a “Excelente”, classificaram o desempenho da formadora (Enf Cátia Lopes), em 14% “muito bom” e 86% “excelente”.

Os resultados obtidos revelam que a sessão “Contributos da dança na experiência de parto positiva” é considerada por 100% das mulheres como pertinente abordar nos CPPP. Destas, 14% referiu que a sessão foi boa, 43% muito boa e 43% excelente. Estas, consideram ainda, que a estratégia do uso da dança tem benefícios para o TP (100%). Do grupo que participou na sessão, 100% refere ser uma estratégia que ponderam utilizar durante o seu TP. Compreende-se a importância dos benefícios da dança para as mulheres grávidas, como forma de preparação e empoderamento, acerca de estratégias não farmacológicas de alívio da dor e satisfação, durante o trabalho de parto. Consideram ainda, que a dança, poderá contribuir para o relaxamento vivencia do TP mais positiva. É possível concluir, que a sessão possibilitou atingir os objetivos planeados.

APÊNDICE 12: Sessão de formação à equipa de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica e Equipa dos Programas de Preparação para o Parto e Adaptação à Parentalidade do Contexto de Cuidados de Saúde Primários (Planeamento, implementação e avaliação)

Título da sessão: Contributos da dança na experiência de parto positiva: cuidado do enfermeiro obstetra.

Formadora: Cátia Lopes (Mestranda 11ºMESMO da ESEL)

Orientadora Local: XXXXXXXXXX

Docente Orientador: Professora Doutora Maria João Freitas

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/ Equipa dos Programas de preparação para o parto e adaptação à parentalidade das UCC xxxxxxxxxx

OBJETIVO GERAL: Divulgar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre os benefícios do uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto.

Objetivos específicos:

- Informar sobre os principais benefícios do uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto (PFTP) descritos na evidência científica;
- Identificar os principais movimentos de dança a realizar durante o PFTP;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para o ensino desta estratégia não farmacológica de alívio da dor, enquanto um cuidado a adotar nas sessões de educação para a saúde/Programas de preparação para o parto e parentalidade.

DATA: 06/01/2021

TEMPO PREVISTO: 60 minutos

LOCAL: XXXXXXXX

HORÁRIO: 11h-12h00

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	▪ Contextualização da temática.	Expositivo/Participativo Computador Projetor	30 minutos
Enquadramento teórico	▪ O desenvolvimento da Dança; ▪ Perspetiva histórica; ▪ Resultados da revisão de literatura; ▪ Principais movimentos de dança durante a primeira fase do trabalho de parto; ▪ Enquadramento do tema na experiência de parto positiva.		
Referencial teórico de Enfermagem: Teoria do Cuidado de Kristen Swanson	▪ Teoria do Cuidado de Kristen Swanson; ▪ Implementação da Teoria do Cuidado ao tema.		
Metodologia do projeto	▪ Apresentação dos resultados da <i>scoping review</i> : ▪ Questão e investigação; ▪ Objetivo; ▪ Critérios de inclusão/exclusão;		

	▪ Estratégia de pesquisa; ▪ Triagem e seleção dos estudos; ▪ Apresentação dos resultados; ▪ Conclusão ▪ Planeamento de atividades nos cuidados de saúde primários.		
Conclusão	▪ Síntese das principais conclusões; ▪ Referências bibliográficas.		
Discussão	▪ Momento de partilha; ▪ Implicações para a prática de cuidados; ▪ Experiência prática da Dança, através da execução dos principais movimentos ao som de música. ▪ Avaliação da sessão através do preenchimento de um questionário que terá como objetivo avaliar a importância e pertinência da sessão, bem como o desempenho do formador.	Expositivo/Participativo Escrito	30 min.

IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO



1

SUMÁRIO:

- CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA
- ENQUADRAMENTO TEÓRICO
- METODOLOGIA
 - SCOPING REVIEW
 - PLANEAMENTO DE ATIVIDADES
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA:



3

A DANÇA surge...

Com o **desenvolvimento da sociedade** foi assumindo várias vertentes, sendo encarada como uma forma de expressão, utilizada por diversas áreas - "Dancaterapia".

Dança/Movimento terapia: uso psicoterapêutico do movimento e da dança para apoiar várias funções, destacando-se a emocional e motora.

Especificamente no TRABALHO DE PARTO a dança surge nas tribos africanas na Índia.



ABORDAGEM NÃO FARMACOLÓGICA DE DOR NO PARTO

4

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A DANÇA DURANTE O 1º ESTÁGIO DO 1º ENQUANTO UM CUIDADO DO EESMO

- **Reduz intensidade da dor** – (ENFAC), promovendo o autocontrolo da dor - recorrendo menos a analgesia;
- **Promove a liberdade de posições e movimentos**, posições verticais – processos fisiológicos hormonais indutores da progressão do trabalho de parto, com relaxamento do assoalho pélvico;
- **Permite a libertação de endorfinas** que aliviam a dor, **reduzem a ansiedade**, e **estimulam o humor e satisfação**;
- **Evita comprometimento vascular** – melhores resultados hemodinâmicos maternos e neonatais;
- **Promove o suporte emocional** e aumento dos níveis de satisfação.



5

Não há nenhuma técnica pré-definida na intervenção do EESMO

Mas há um conjunto de 4 movimentos essenciais:



1. Movimento circular da região pélvica/cintura;
2. Lateralização da região pélvica/cintura para a esquerda e direita;
3. Semi agachamento;
4. Inclinação pélvica anterior (pélvis tilt).



6

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS



CONCLUSÃO DA SCOPING REVIEW

[illegible]

CONCLUSÃO

- O uso de dança na parturiente durante o 1º estágio do TP:
 - Associada à música, bem como a outras intervenções como a liberdade de posições, movimentos e massagem, são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes, que reduzem a dor, ansiedade e medo, promovem a satisfação e contribuem para melhores parâmetros hemodinâmicos maternos e neonatais;
- O uso da dança enquanto um cuidado do EESMO contribui para uma experiência de parto positiva, pois para além de promover a satisfação, a parturiente e o CPJ são ativos nos seus papéis, conseguindo alcançar autocuidado e ter poder nas suas tomadas de decisão relativas ao TP;
- As ENFAD usadas de forma eficaz, reduzem o risco de complicações no parto, bem como reduzem o recurso a técnicas analgésicas, promovendo de um TP normal.

Category	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Policy & Strategy	Effect of donor strategy on the management of natural place conservation clearly articulated in a consistent operational plan ready for 2012-2013	The effect of donor strategy on natural place conservation clearly articulated, with operational parameters	Effect of donor contribution on NRM clearly articulated
Programs and Projects	100% of donor strategy implemented	100% of donor strategy implemented	100% of donor strategy implemented
Financial Management	Effect of donor strategy on financial management clearly articulated in a consistent operational plan ready for 2012-2013	Effect of donor strategy on financial management clearly articulated, with operational parameters	Effect of donor contribution on financial management clearly articulated
Human Resources	Effect of donor strategy on human resources management clearly articulated in a consistent operational plan ready for 2012-2013	Effect of donor strategy on human resources management clearly articulated, with operational parameters	Effect of donor contribution on human resources management clearly articulated
Information Management	Effect of donor strategy on information management clearly articulated in a consistent operational plan ready for 2012-2013	Effect of donor strategy on information management clearly articulated, with operational parameters	Effect of donor contribution on information management clearly articulated
Monitoring & Evaluation	Effect of donor strategy on monitoring and evaluation clearly articulated in a consistent operational plan ready for 2012-2013	Effect of donor strategy on monitoring and evaluation clearly articulated, with operational parameters	Effect of donor contribution on monitoring and evaluation clearly articulated
Other	Effect of donor strategy on other areas clearly articulated in a consistent operational plan ready for 2012-2013	Effect of donor strategy on other areas clearly articulated, with operational parameters	Effect of donor contribution on other areas clearly articulated

METODOLOGIA – PLANEMANETO DE ATIVIDADES

Desenvolver competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal para o uso de drogas durante o PEP

- Apresentar o tema do projeto à equipe multidisciplinar, especificamente ao EESMO e a equipe de dos profissionais que participam nos programas de preparação para o parto e adaptação à parentalidade (Convidar, planejar e realizar uma sessão de formação);
- Informar, nas consultas de vigilância da gravidez, acerca dos benefícios da dança durante o PEPG;
- Planejar e participar nos CPPG, desenvolvendo uma sessão de educação para a saúde sobre "Os contributos da dança para uma existência de parto positivo".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelmassih, S., Ghann, V., Abdelmassih, S., & Gherman, I. (2016). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain in obese satisfaction: a randomized controlled study. *Global Journal of Health Science*, 1 (3), 219-226. <https://doi.org/10.5531/gjhs.v1i3p219>
- Akin, B., & Saydam, S. K. (2017). A new approach to reducing the perceived birth pain: Labor Dance. *Gumushane University Journal of Health Sciences*, 6(2), 218-224.
- Akin, B., & Saydam, S. K. (2018). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explores*, 16 (5), 219-217. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.05.017>
- Alu, E. R. (2007). *Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6-5146/tpe-1232208-141767.pdf> (pdf.usp.br/arquivos/gemad/gemad.pdf)
- Carlini, S. (2018). *Desenvolvimento de uma forma de promover a socialização no sistema*. (Trabalho realizado no âmbito do Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial). Disponível em: http://repositorio.uscp.pt/bitstream/20.500.11718/14546/4/2018_SaraCarlini.pdf
- Okrent, A. A., & Gervais, L.M. (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>

Exmos/as. Senhores/as

O presente questionário, pretende avaliar a importância e pertinência da sessão, bem como o desempenho do formador relativamente ao tema apresentado: "Contributos da dança na experiência de parto positiva: cuidado do enfermeiro obstetra".

O preenchimento deste questionário é simples e demora apenas alguns minutos.

Assinale com um círculo (○) a opção de resposta que melhor corresponde à sua apreciação.

Grata pela sua colaboração.

A – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

1. Conteúdos da ação de formação.
2. Estrutura dos conteúdos.
3. Interesse/ utilidade dos conteúdos.
4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados
5. Equilíbrio entre a exposição teórica/prática.
6. Duração da ação de formação (adequação do tempo).

Nada		Muito		
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

B- FORMADOR/A

1. Domínio e clareza na exposição.
2. Estimulo à participação dos formandos/as na sessão.
3. Bibliografia suficiente e adequada.
4. Pontualidade e cumprimento do horário da sessão.

Nada		Muito		
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

C – AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

1. Concretização dos objetivos propostos.
2. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?
3. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento?
4. Recomendaria esta ação de formação aos seus colegas?

Nada		Muito		
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

D – PERTINÊNCIA

1. Considera o tema pertinente para a prática de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica?
2. Considera que este tema deverá ser abordado nos programas de preparação para o parto e parentalidade?

Nada		Muito		
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

E – CRÍTICAS/ COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES

Análise da sessão de formação

Na sessão de formação estiveram presentes 8 formandos. Para avaliar a sessão foi realizado um questionário. A avaliação foi efetuada pela aplicação de uma escala de 1 (Nada) a 5 (Muito), para avaliar a importância e pertinência da sessão de formação aos profissionais, bem como o desempenho do formador. Assim os resultados obtidos foram os seguintes:

Os conteúdos da ação de formação foram classificados por 12% com 3, 38% com 4, 50% com 5 (muito) na importância e pertinência. Relativamente à estrutura dos conteúdos da ação, esta foi classificada por 25% com 4 e 75% com 5 (muito) na importância e pertinência.

O interesse/ utilidade dos conteúdos da ação de formação foi classificada por 12% com 4 e 88% com 5 (muito). A ação de formação foi classificada por 37% com 4 na e 63% com 5 (muito) na adequação dos métodos utilizados aos temas tratados, foi ainda classificada por 12% com 3, 25% com 4 e 63% com 5 (muito) no equilíbrio entre a exposição teórica/prática. A ação, foi classificada por 12% com 4 e 88% com 5 (muito) na adequação do tempo/duração, foi ainda classificada por 50% com 4 e 50% com 5 (muito) no domínio e clareza da exposição. O estímulo à participação, foi classificado por 37% com 4 e 63% com 5 (muito), relativamente à adequação e quantidade de bibliografia, foi classificada por 37% com 4 e 63% com 5 (muito) adequada.

A sessão, foi classificada por 12% com 4 e 88% com 5 (muito) na pontualidade e cumprimento do horário da sessão, relativamente à concretização dos objetivos propostos, foi classificada por 12% com 4 e 88% com 5 (muito), tendo sido alcançados. 12% classificaram com 2, 38% com 4 e 50% com 5 (muito) relativamente à aquisição de novos conhecimentos dos formandos com esta sessão e foi classificada por 12% com 3, 38% com 4 e 50% com 5 (muito) relativamente à adequação das matérias tratadas relativamente ao nível de conhecimentos dos formandos.

Dos inquiridos, 37% com 4 e 63% com 5 (muito) recomendariam esta ação de formação aos seus colegas, classificando a sessão por 37% com 4 e 63% com 5 (muito) relativamente à pertinência para a prática de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. A sessão, foi ainda classificada por 37% com 4 e 63% com 5 (muito) relativamente à abordagem do tema nos CPPP.

APÊNDICE 13: Poster sobre os efeitos da dança na parturiente durante a PFTP
(Para as grávidas)



Introdução:

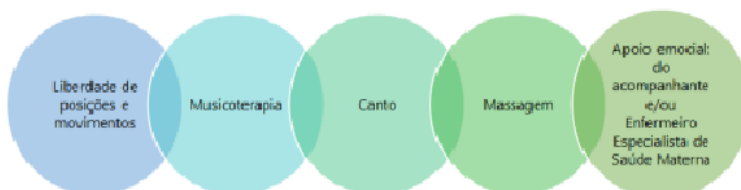
A dança durante a fase de dilatação do trabalho de parto apresenta benefícios para a grávida ao nível do controlo da dor e da evolução fisiológica do trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva.

Objetivos:

- Informar a grávida sobre os efeitos da utilização da dança durante a fase de dilatação;
- Incentivar o uso da dança durante a fase de dilatação para alívio da dor e contributo para uma experiência de parto positiva.

Durante o desenvolvimento da sociedade, a dança foi assumindo várias vertentes. É encarada como uma forma de expressão utilizada por diversas áreas, tornando-se numa "Dançaterapia", que significa o uso psicoterapêutico do movimento e da dança para apoiar várias funções, destacando-se a emocional e motora.

À dança pode associar...



Efeitos da dança durante a fase de dilatação no trabalho de parto

Reduz a intensidade da dor

(Abdollahian et al., 2014; Alkin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020; Toberman et al., 2020)



Melhora os parâmetros hemodinâmicos maternos (tensão arterial e frequência cardíaca)
(Alkin, & Saydam, 2020)

Melhora a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (valores de saturação de oxigénio periférico e de Índices de Apgar a 0 5º e 10º minutos mais elevados)
(Alkin, & Saydam, 2020)

Promove o Autocontrolo

(Abdollahian et al., 2014; Alkin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020; Toberman et al., 2020)



Promove a Satisfação

(Abdollahian et al., 2014; Alkin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020)

Reduz o medo e a ansiedade

(Dikmen, & Gonenç, 2020)

Permite a liberdade de posições e movimentos

(Abdollahian et al., 2014; Alkin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020; Toberman et al., 2020)



Experiência de parto positiva

Técnica da Dança: Movimentos Essenciais (fase de dilatação)

1. Movimento circular da região pélvica/cintura;
2. Lateralização da região pélvica/cintura para a esquerda e direita;
3. Semi agachamento;
4. Inclinação pélvica anterior (*pelvic tilts*).

(Dikmen, & Gonenç, 2020)

Vai ao encontro ou excede as expectativas da mulher, inclui dar à luz um bebé saudável, num ambiente seguro, onde seja permitido o apoio físico, psíquico e emocional de um acompanhante e ter ao dispor uma equipa clínica que seja gentil e tecnicamente competente.



(World Health Organization, 2018).

Conclusões:

A dança durante a fase de dilatação no trabalho de parto reduz a dor, o medo e a ansiedade, culminando em melhores resultados nos parâmetros hemodinâmicos maternos e na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Contribui para uma maior satisfação durante o trabalho de parto, tornando a experiência de parto positiva.

Referências bibliográficas

1. Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahi, F., & Shalikh, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6 (3), 219-226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>; 2. Alkin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction and neonatal outcomes. *Explore*, 16 (5), 310-317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>; 3. Aromataris, E., Munn, Z. Chapter 3: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/BIMES-20-02>; 4. Cunha, S. (2010). Dançaterapia como forma de promover a comunicação no autismo: (Trabalho realizado no âmbito do Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial). Disponível em: http://repositorio.esep.pt/bitstream/20.500.11796/79145/PPG-EE_2010_SandraCunha.pdf; 5. Dikmen, H. A., & Gonenç, I. M. (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.004>; 6. Oeftering, G. M. (1999). Belly-dancing through pregnancy: a way to give birth and not be delivered. *Int J Childbirth Educ*, 1999;14 (3), 6-8; 7. Onckel, M. (2014). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188-193. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>; 8. Toberman, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social Media Trend or Future Practice? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(2), 213-217. <https://doi.org/10.17794/2330-0698.1723>; 9. World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-155021-5; **Imagem:** <https://www.facebook.com/fernando.guedesdacunha.3/videos>; <http://www.hospitalonline.com.br/blog/metodos-na-farmacologia-contratam-para-um-parto-mais-tranquilo>; <https://www.youtube.com/watch?v=ppdesktpkvgg&list=PLN0UdW>

APÊNDICE 14: Poster sobre os efeitos da dança na parturiente durante a PFTP
(Para os profissionais)

EFEITOS DA DANÇA NA PARTURIENTE DURANTE A PRIMEIRA FASE DO TRABALHO DE PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Cátia Lopes, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, E-mail: catia.andreia.lopes@hgo.min-saude.pt & **Maria João Freitas, PhD**, Professora Adjunta na ESEL.

Introdução:

A dança durante a primeira fase do trabalho de parto apresenta benefícios para a parturiente ao nível da gestão da dor e da evolução fisiológica do trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Contudo, ainda se encontra pouco estudada como estratégia terapêutica.

Objetivo:

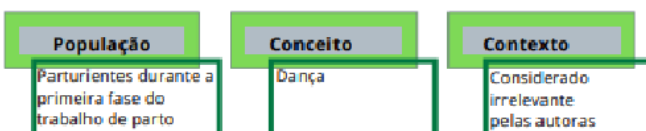
Identificar o conhecimento existente sobre os efeitos da utilização da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto.

Palavras-chave:

Dança; Parturiente; Trabalho de Parto; Primeira Fase do Trabalho de Parto

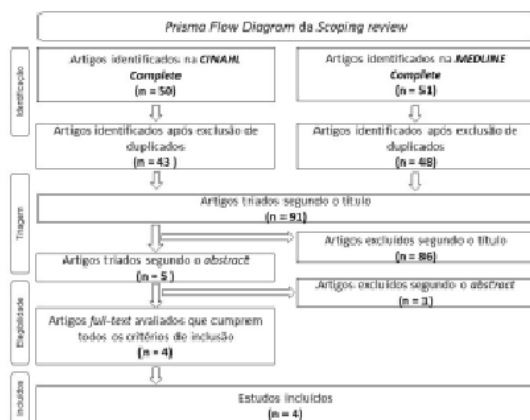
Método:

Desenvolvida uma *scoping review* através do método *Joanna Briggs Institute* (Godfrey, McInerney, Munn, Tricco & Khalil, 2020), em outubro de 2020. Com esta revisão pretendeu-se dar resposta à questão de investigação: Quais os efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto?



A revisão integrou artigos publicados consoante os critérios de inclusão definidos: referentes aos efeitos da dança (conceito) na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto (população), em idioma inglês ou português, publicados a partir do ano de 2010, com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista. Como critérios de exclusão foram considerados estudos que não estavam disponíveis para consulta em texto integral, fora do âmbito do tema ou realizados com outra população.

A pesquisa bibliográfica da evidência científica realizou-se nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search, utilizando-se palavras naturais (*Parturient OR Labor OR Childbirth, AND Dance*) e termos indexados (*Parturition OR Pregnant women OR Labor OR Labor Stage First OR Childbirth OR Expectant Mothers, AND Dance*), dentro de cada termo da questão, as palavras foram unidas com o operador booleano "OR" e entre termos da questão foi aplicado o operador booleano "AND".

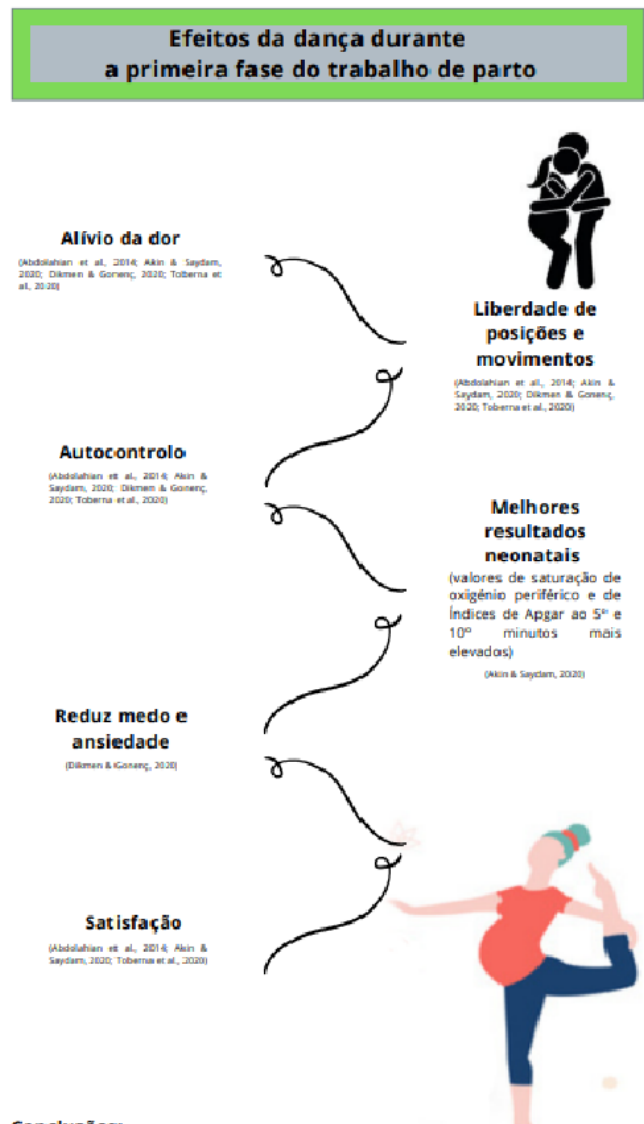


Referências bibliográficas

Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhian, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6 (3), 219-226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>; Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16 (5), 310-317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>; Dikmen, H. A., & Gonenc, I.M., (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>; Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors), *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>; Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Fergie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social Media Trend or Future Practice? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(2), 213-217. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1723>

Resultados:

Foram incluídos quatro artigos relevantes que cumpriram os critérios de inclusão, sendo três estudos randomizados, em que a dança foi utilizada em grupos de intervenção, tendo sido avaliada a dor, bem como, os principais efeitos da dança em parturientes na primeira fase do trabalho de parto.



Conclusões:

A dança durante a primeira fase do trabalho de parto permite a liberdade de movimentos, reduz a dor, o medo e a ansiedade, culminando em melhores resultados nos *outcomes* neonatais. Ao promover o uso da dança durante a fase de dilatação, o enfermeiro obstetra estimula a autonomia e o autocontrolo da parturiente, minimizando intervenções desnecessárias que culminam num parto normal e numa experiência positiva.

**APÊNDICE 15: Sessão de formação à equipa de Enfermeiros Especialistas de Saúde
Materna e Obstétrica do Internamento de Medicina Materno Fetal**

Título da sessão: Contributos da dança na experiência de parto positiva: cuidado do enfermeiro obstetra.

Formadora: Cátia Lopes (Mestranda 11ºMESMO da ESEL)

Orientadora Local: XXXXXXXXXX

Docente Orientador: Professora Doutora Maria João Freitas

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Internamento de Medicina Materno Fetal

OBJETIVO GERAL: Divulgar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre os benefícios do uso da dança durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

Objetivos específicos:

- Informar sobre os principais benefícios do uso da dança durante a primeira fase do trabalho de parto (PFTP) descritos na evidência científica;
- Identificar os principais movimentos de dança a realizar durante a PFTP;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para o ensino desta estratégia não farmacológica de alívio da dor, enquanto um cuidado a adotar às grávidas em Indução do Trabalho de Parto.

DATA: 12/04/2021

TEMPO PREVISTO: 45 minutos

LOCAL: XXXXXXXX

HORÁRIO: 18h-19h45

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	▪ Contextualização da temática.	Expositivo/Participativo Computador	30 minutos
Enquadramento teórico	▪ O desenvolvimento da Dança; ▪ Perspetiva histórica; ▪ Resultados da revisão de literatura; ▪ Principais movimentos de dança durante a primeira fase do trabalho de parto; ▪ Enquadramento do tema na experiência de parto positiva.		
Referencial teórico de Enfermagem: Teoria do Cuidado de Kristen Swanson	▪ Teoria do Cuidado de Kristen Swanson; ▪ Implementação da Teoria do Cuidado ao tema.		
Metodologia do projeto	▪ Apresentação dos resultados da <i>scoping review</i>: ▪ Questão e investigação; ▪ Objetivo; ▪ Critérios de inclusão/exclusão;		

	▪ Estratégia de pesquisa; ▪ Triagem e seleção dos estudos; ▪ Apresentação dos resultados; ▪ Conclusão		
Conclusão	▪ Apresentação do estudo e planejamento de atividades a realizar no hospital. ▪ Síntese das principais conclusões; ▪ Referências bibliográficas.		
Discussão	▪ Momento de partilha; ▪ Implicações para a prática de cuidados.	Expositivo/Participativo	15 min.

IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO

Contributos da dança na experiência de parto positiva: cuidado do enfermeiro obstetra.

Apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem dos Serviços de Grávidas e Puerpério

11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Trabalho realizado por:
Cátia Andreia dos Santos Lopes, nº 3494
Sob orientação de:
Professora Doutora Maria João Freitas



Almada, Abril, 2021

1

SUMÁRIO:

- Contextualização da temática
- Enquadramento teórico
 - *Scoping review*
- Metodologia para o desenvolvimento de competências de EESMO
 - Planeamento de atividades
 - Apresentação de documentos do estudo
- Considerações finais
- Referências bibliográficas



2

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA:



3

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

Com o desenvolvimento da sociedade, a **DANÇA** foi assumindo várias vertentes, sendo encarada como uma forma de expressão, utilizada por diversas áreas - "**Dançaterapia**". (Cunha, 2010)

Dança/Movimento terapia: uso psicoterapêutico do movimento e da dança para apoiar várias funções, destacando-se a emocional e motora.

(American Dance Therapy Association, 2020)

Especificamente no **TRABALHO DE PARTO** a dança surge nas tribos africanas e árabes.

(Offering, 1999)



ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR

(Simavi, Gumus, Kaygusuz, Yildirim, Uduogullari, & Kafali, 2014; Akin, & Saydam, 2020)



4

SCOPING REVIEW

TÍTULO:

Efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto: *uma scoping review*

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Quais os efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto (PFTP)?

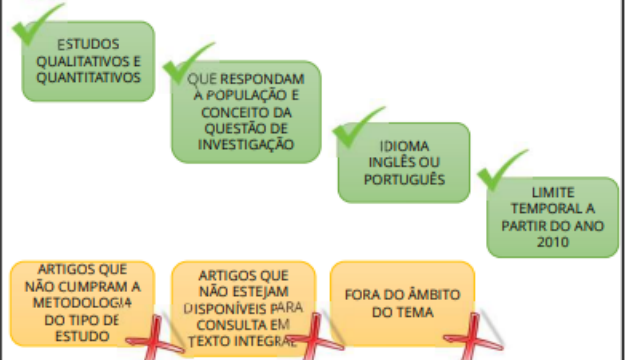


OBJETIVO: mapear os efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto.



5

SCOPING REVIEW CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO



6

EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

Manter a crença
através do reforço
positivo à mulher,
incentivando-a a adotar
as melhores posições
através da liberdade de
movimentos durante a
dança, para assim
alcançar o seu bem-
estar e alívio de dor,
garantindo e
promovendo o seu
autocontrole.

Conhecer a mulher;
vontades; gostos musicais;
crenças e expectativas
relativas à 1ª fase do TP;
conhecer o acompanhante,
promovendo o seu
envolvimento.

Estar com a mulher;
oferecer disponibilidade;
mostrar competência;
ensino, treino e instrução
dos movimentos da bacia;
ser empático; garantir
apoio emocional.

Fazer por a mulher o que ela faria por si mesma, se conseguisse; ensinar ENFAD; defender a dignidade, salvaguardando as intervenções às estritamente necessárias.

Possibilitar apoio;
ambiente seguro;
cuidado satisfatório.

No sentido de proporcionar o **Bem-estar** através da satisfação e experiência de parto positiva

- Apresentar o tema do projeto à equipa;
- Incentivar a equipa para o uso da dança enquanto cuidado do EESMO através da afixação de um poster;
- Divulgar às grávidas o uso da dança durante o trabalho de parto através da afixação de pósteres e informação personalizada;
- Executar a intervenção junto das grávidas em trabalho de parto:
 - No Serviço de grávidas (Nas ITP);
 - No Serviço de Bloco Partos;
- Avaliar a intervenção com recurso a um Instrumento de Registo de Interação;
- Avaliar impacto da intervenção através da aplicação de um Questionário (Puerpério).

[illegible]



QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

Data de Realização: ____/____/____ Colégio: ____

Enunciado:

☐ **prestes** acompanhamento, podendo auxiliar em caso de variações com o uso da danga durante a realização do parto e com a experiência de parto, promovendo ao seu crescimento.

☐ **prestou** acompanhamento, podendo auxiliar a danga e demais pessoas através técnicas.

Como parte do currículo é ☐ a exigência de resposta que melhor corresponde à sua experiência.

Escreva sobre sua experiência:

1. O trabalho de parto decorreu de maneira de sua expectativa?

0-1 Não

2-3 Sim (respostas **M&M** selecionou uma das seguintes opções)

Foi muito pior	Foi pior	Foi melhor	Foi muito melhor

2. O parto foi dentro de expectativa de sua?

0-1 Não

2-3 Sim (respostas **M&M** selecionou uma das seguintes opções)

Foi muito pior	Foi pior	Foi melhor	Foi muito melhor

3. Além de sentir, foi de acordo com sua expectativa

3.1 (foi totalmente de parte?)

0-1 Não

2-3 Sim (respostas **M&M** selecionou uma das seguintes opções)

Foi muito pior	Foi pior	Foi melhor	Foi muito melhor

3.2 (foi quase)

0-1 Não

2-3 Sim (respostas **M&M** selecionou uma das seguintes opções)

Foi muito pior	Foi pior	Foi melhor	Foi muito melhor

Conjunto de
15 questões

[illegible]

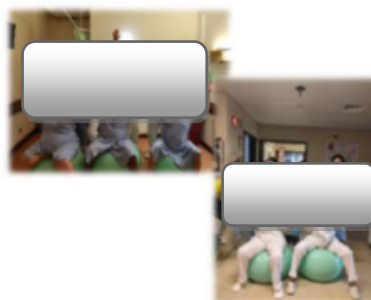
CONCLUSÃO

- O uso da dança na parturiente durante a 1ª fase do TP:
 - Associada à música, bem como a outras intervenções como a liberdade de posições, movimentos e massagem, **são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes, que reduzem a dor, a ansiedade e o medo, promovem a satisfação e contribuem para melhores parâmetros hemodinâmicos maternos e outcomes neonatais;**
 - As ENFAD usadas de forma eficaz, reduzem o risco de complicações no parto, bem como reduzem o recurso a fármacos analgésicos, promovendo de um **TP normal;**
- O uso da dança enquanto um cuidado do EESMO contribui para uma **experiência de parto positiva**, pois para além de promover a satisfação, a parturiente e o acompanhante são ativos nos seus papéis, conseguindo alcançar o **autocontrolo e ter poder na tomada de decisão** relativa ao TP.



19

OBRIGADA!



Dança durante o trabalho de parto

Juntos prestaremos cuidados de enfermagem de excelência, com impacto na vida e experiência de parto das mulheres!



20

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6 (3), 219–226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>
- Akin, B., & Saydam, B. K. (2017). A new approach to reducing the perceived birth pain : Labor Dance. *Gumushane University Journal of Health Sciences*, 6(3), 218–224.
- Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16 (5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>
- Bio, E. R. (2007). *Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-12022008-141747/publico/ElianeRodriguesBio.pdf>
- Cunha, S. (2010). *Dancaterapia como forma de promover a comunicação no autismo*. (Trabalho realizado no âmbito do Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial). Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/7915/PG-EE_2010_SandraCunha.pdf
- Dikmen, H. A., & Gonenç, I.M., (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>



21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5ª Edição). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda. <https://www.adta.org/>
- International Confederation of Midwives (2019). *Essential Competencies 2018 UPDATE*. Final version published January 2019. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Lothian, J. A. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 48–54. <https://doi.org/10.1624/105812409x461225>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª edição) Loures: Lusodidata.
- Oeftering, G. M. (1999) Belly-dancing through pregnancy: a way to give birth and not be delivered. *Int J Childbirth Educ*. 1999;14 (3), 6–8.
- Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188–193. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>
- Ordem dos Enfermeiros, & APED. (2010). *Documento de Consenso "Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada"*. Edição OE (2012). 1–36. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf



22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Uslugullari, B., & Kafali, H. (2014). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: A randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 78 (4), 244–250. <https://doi.org/10.1159/000365085>
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), p. 161–166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-155021-5 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>



23

APÊNDICE 16: Síntese das tabelas, quadros e gráficos relativos à análise de dados quantitativos com recurso ao SPSS

Relatório Análise de Dados: Registo de interação e Questionário.

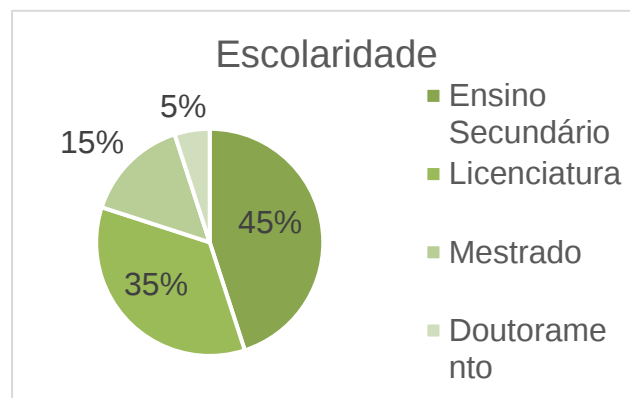
Dados Sociodemográficos:

Idade das parturientes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	20	20	37	28,55	5,073

Escolaridade

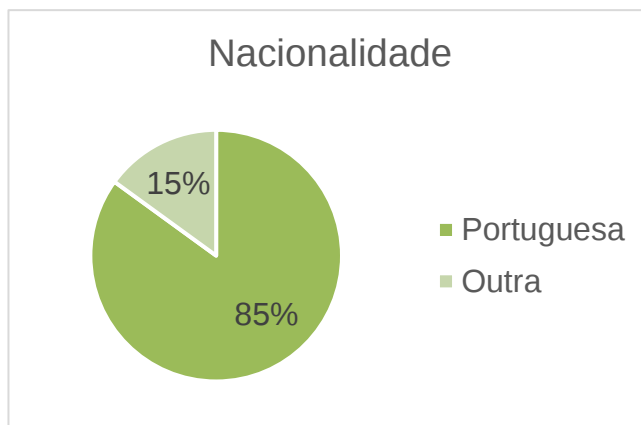
	N	%
Ensino Secundário	9	45,0%
Licenciatura	7	35,0%
Mestrado	3	15,0%
Doutoramento	1	5,0%



Nacionalidade

	N	%
Portuguesa	17	85,0%
Outra*	3	15,0%

*1Brasileira; 1 cabo-verdiana; 1 espanhola

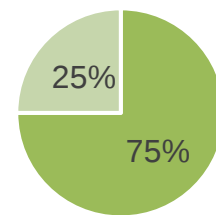


Dados Obstétricos caracterizadores da Amostra

Paridade da grávida

	N	%
Nulípara	15	75,0%
Múltipara	5	25,0%

Paridade da grávida

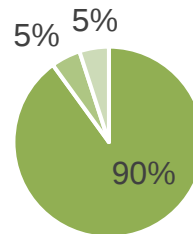


■ Nulipara ■ Multipara

Tipo de Parto

	N	%
Eutócico	18	90,0%
Fórceps	1	5,0%
Ventosa	1	5,0%

Tipo de Parto



■ Eutócico
■ Forceps
■ Ventosa

Resultados da intervenção da dança:

Nº de vezes que as parturientes dançaram durante a fase de Dilatação

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Nº de intervenções/dança durante a Dilatação	20	1	2	1,55	,510

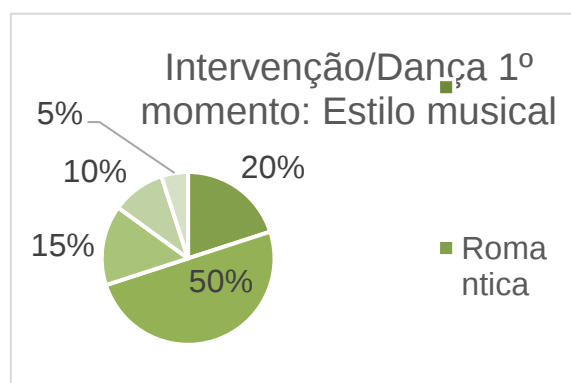
Momento da Intervenção/dança

Intervenção/dança 1º momento: Duração, Nível de dor antes e depois

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Duração da intervenção/dança 1º momento (minutos)	20	15	55	31,25	7,587
Nível de Dor antes da intervenção 1º momento (0-10)	20	0	9	4,80	3,037
Nível de Dor depois da intervenção 1º momento (0-10)	20	0	9	4,55	2,911

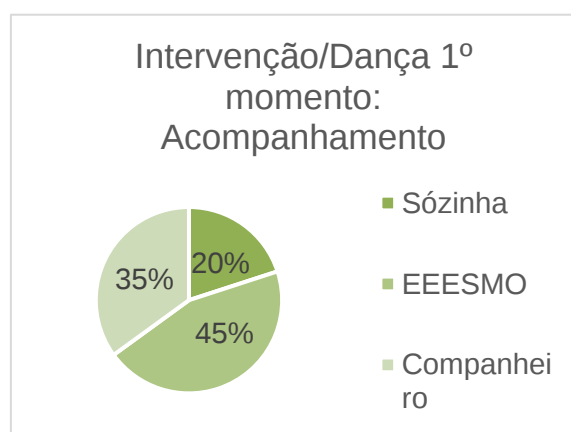
Intervenção/Dança 1º momento: Estilo musical

	N	%
Romântica	4	20,0%
Popular portuguesa	10	50,0%
Brasileira	3	15,0%
Africana	2	10,0%
Rock	1	5,0%



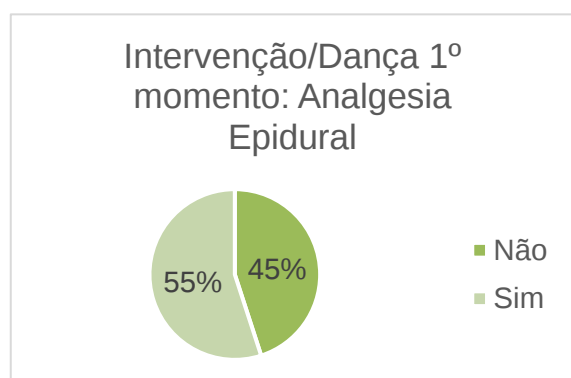
Intervenção/Dança 1º momento: Acompanhamento

	N	%
Sozinha	4	20,0%
EEESMO	9	45,0%
Companheiro	7	35,0%



Intervenção/Dança 1º momento: Analgesia Epidural

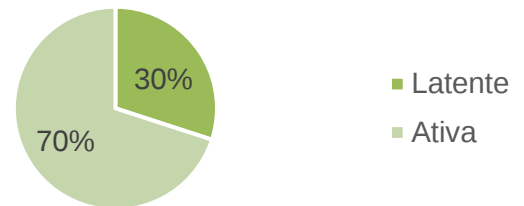
	N	%
Não	9	45,0%
Sim	11	55,0%



Intervenção/Dança 1º momento: Fase da Dilatação

	N	%
Fase Latente	6	30,0%
Fase Ativa	14	70,0%

Intervenção/Dança 1º momento: Fase da Dilatação



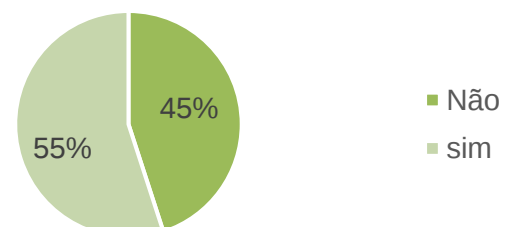
Intervenção/dança 2º momento: Duração, Nível de dor antes e depois

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Duração da intervenção/dança 2º momento (minutos)	11	10	50	30,00	10,000
Nível de Dor antes da intervenção 2º momento (0-10)	11	0	8	5,45	3,078
Nível de Dor depois da intervenção 2º momento (0-10)	11	0	8	5,36	2,618

Parturientes com Intervenção/dança 2º momento

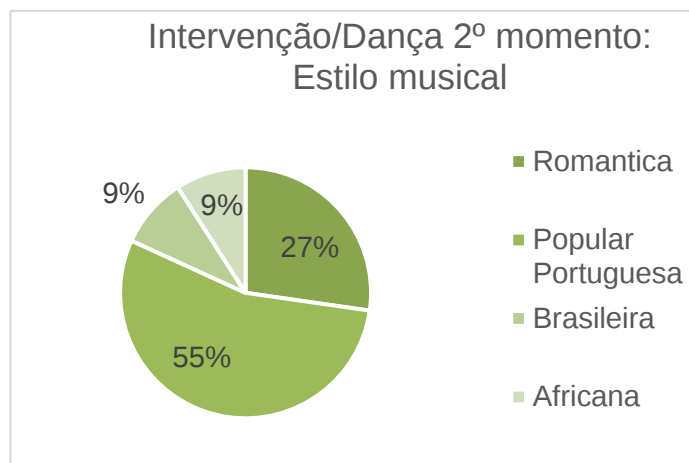
	N	%
Não	9	45,0%
sim	11	55,0%

Parturientes com Intervenção/dança 2º momento



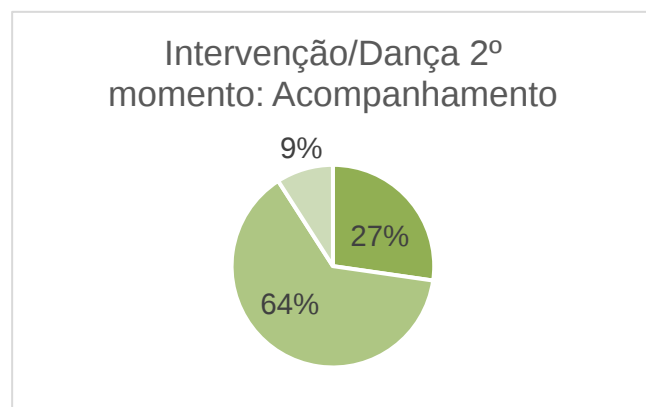
Intervenção/Dança 2º momento: Estilo musical

	N	%
Romântica	3	27,0%
Popular portuguesa	6	55,0%
Brasileira	1	9,0%
Africana	1	9,0%
Rock	0	0%



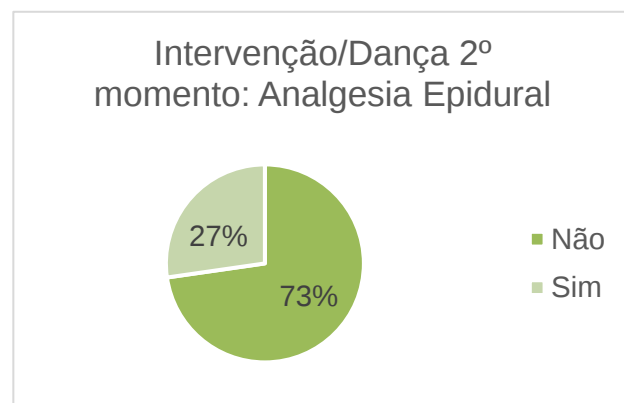
Intervenção/Dança 2º momento: Acompanhamento

	N	%
EEESMO	3	27,0%
Companheiro	7	64,0%
Sozinha	1	9,0%



Intervenção/Dança 2º momento: Analgesia Epidural

	N	%
Não	8	73,0%
Sim	3	27,0%



**Intervenção/Dança 2º momento:
Fase de Dilatação**

	N	%
Ativa	11	100,0%

**Intervenção/Dança 2º momento:
Fase de Dilatação**



■ Ativa

Resultados variáveis bem-estar fetal: adaptação à vida extrauterina

Adaptação do feto à vida extrauterina

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Índice Apgar RN 1ºminuto (0 a 10)	20	8	9	8,90	,308
Índice Apgar RN 5ºminuto (0 a 10)	20	9	10	9,90	,308
Índice Apgar RN 10ºminuto (0 a 10)	20	10	10	10,00	,000

Utilização de outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a fase de Dilatação

Utilização de outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a fase de Dilatação

	Bola de Pilatos	Rebozo	Pano Suspenso	Posições Verticalizadas	Deambulação	Hidroterapia	Musicoterapia
Sim	17	5	9	12	6	5	20
Não	3	15	11	8	14	15	0

Recurso a Bola de Pilatos

	N	%
Não	3	15,0%
Sim	17	85,0%

Recurso a Rebozo

	N	%
Não	15	75,0%
Sim	5	25,0%

Recurso a Pano Suspenso

	N	%
Não	11	55,0%
Sim	9	45,0%

Recurso a Posições Verticalizadas

	N	%
Não	8	40,0%
Sim	12	60,0%

Recurso a Deambulação

	N	%
Não	14	70,0%
Sim	6	30,0%

Recurso a Hidroterapia

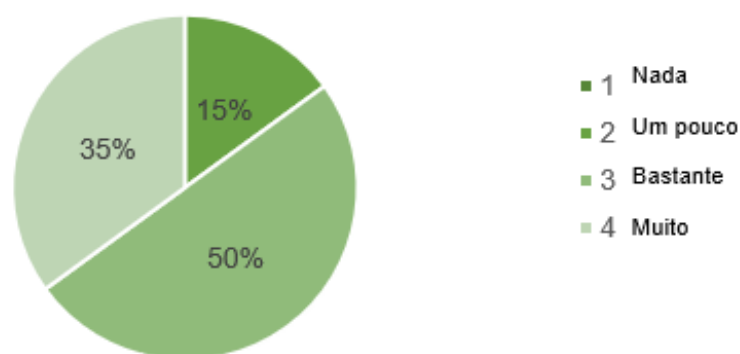
	N	%
Não	15	75,0%
Sim	5	25,0%

Recurso a Musicoterapia

	N	%
Não	0	0%
Sim	20	100,0%

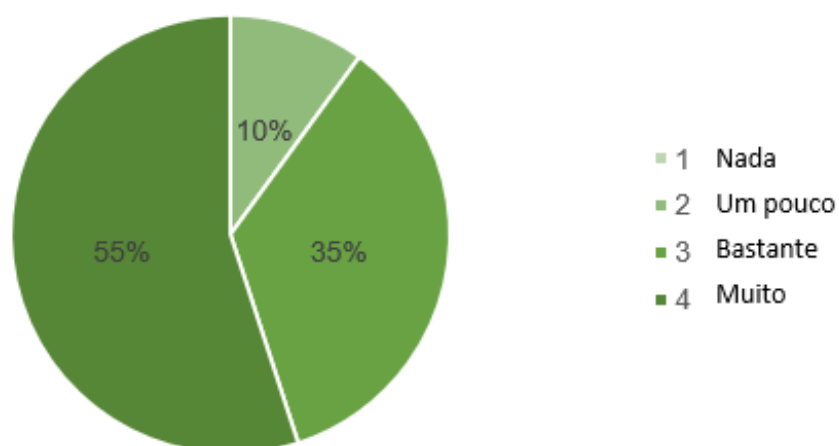
Respostas ao Questionário relativas ao uso de outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a fase de Dilatação.

Sentiu melhoria no controlo da sua dor, através do uso das estratégias não farmacológicas de alívio da dor que mencionou?



N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
20	3	3,20	0,696

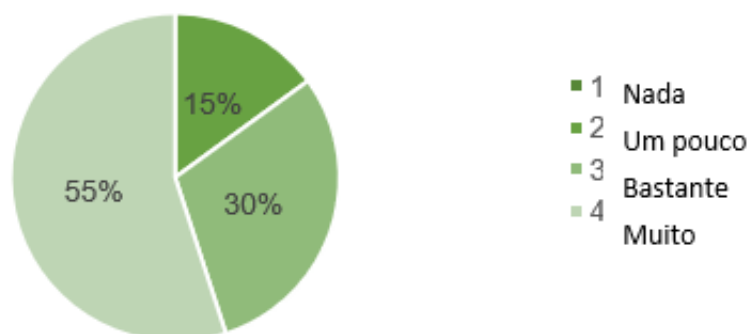
Sentiu-se satisfeita com o uso das estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto/dilatação?



N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
20	4	3,45	0,686

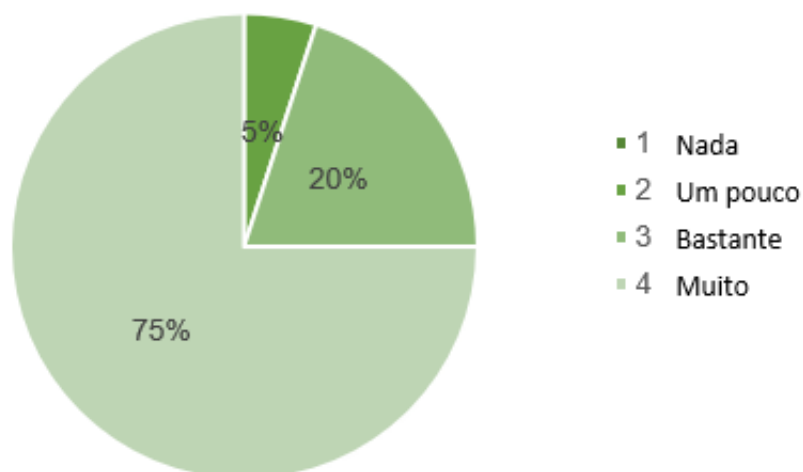
Respostas ao Questionário relativas ao uso da dança durante a fase de Dilatação.

Sentiu melhoria no controlo da sua dor, através do uso da dança durante o trabalho de parto/dilatação?



N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
20	4	3,40	0,754

Sentiu-se satisfeita com o uso da dança durante o trabalho de parto/dilatação?

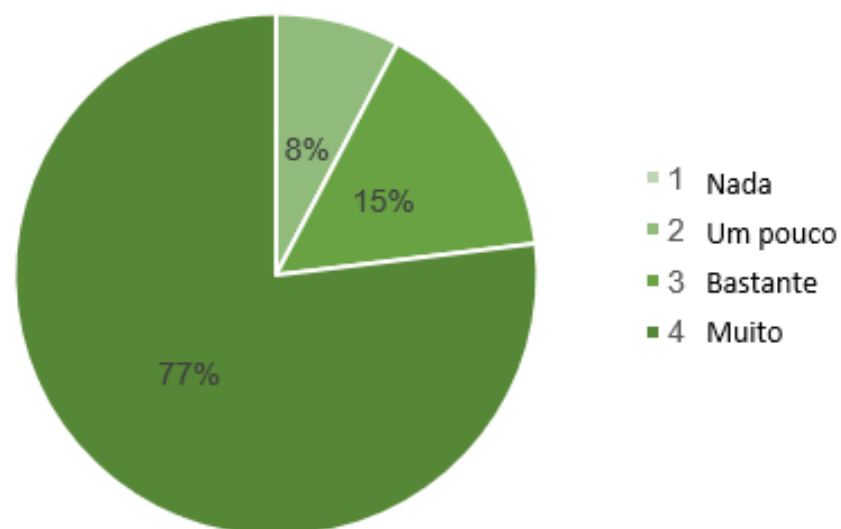


N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
20	4	3,70	0,571

Sentiu medo e/ou ansiedade durante o trabalho de parto/dilatação?

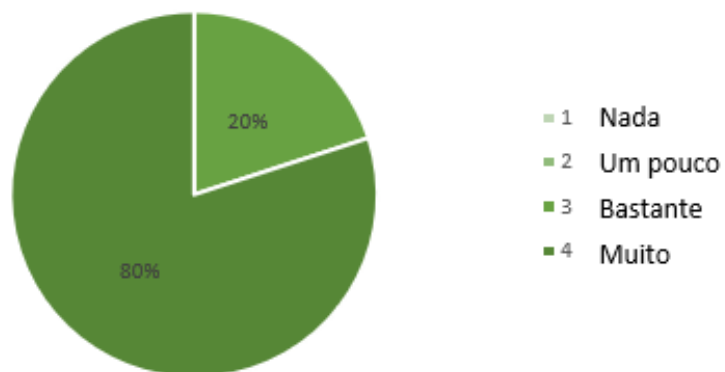


Se respondeu SIM, a dança contribuiu para a redução desse medo e/ou ansiedade?



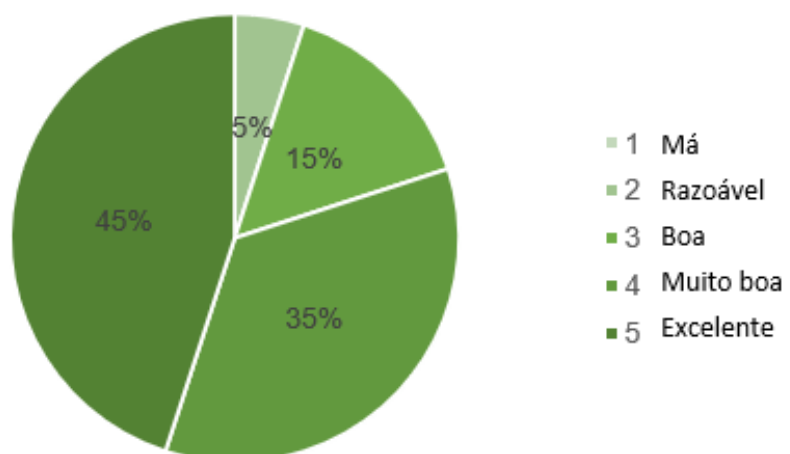
N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
13	4	3,69	0,63

Considera que o uso da dança contribuiu para tornar a sua experiência de parto positiva?



N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
20	4	3,80	0,41

Como considera a sua experiência do parto em geral?



N	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
20	5	4,20	0,894

Análise da subescala-2 do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

<i>Questão QESP nº</i>	<i>Item</i>	<i>N estatística</i>	<i>Moda</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
1	O trabalho de parto (TP) decorreu de encontro com as suas expectativas	20	3	1	5	3,90	1,071
2	O parto (P) decorreu de encontro com as suas expectativas	20	5	1	5	4,10	1,071
4	A dor que sentiu no TP foi de acordo com a expectativas	20	3	1	5	3,40	1,142
5	A dor que sentiu no P foi de acordo com a expectativas	20	5	1	5	3,45	1,317
24	Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o TP	20	2	1	4	2,70	0,865
25	Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o P	20	3	1	4	2,75	1,07
27	Sentiu-se confiante, durante o TP	20	3	1	4	2,95	0,759
28	Sentiu-se confiante, durante o P	20	2	1	4	2,80	0,951
39	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP	20	4	1	4	3,15	0,933
40	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P	20	3	1	4	3,25	0,786
41	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP	20	3	1	4	2,90	0,912
45	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP	20	2	1	4	2,30	1,031
46	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P	20	3	1	4	2,40	1,046
57	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP	20	4	1	4	3,50	0,607
58	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a	20	4	1	4	3,55	0,605

	equipa médica que a acompanhou durante o P						
59	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto	20	4	1	4	3,60	0,503
80	Está satisfeita com a forma como decorreu o TP	20	4	1	4	3,50	0,688
81	Está satisfeita com a forma como decorreu o P	20	4	1	4	3,65	0,587
82	Está satisfeita com a forma como decorreu o PP	20	3	1	4	3,30	0,571
83	Está satisfeita com o tempo de demorou o TP	20	4	1	4	3,11	1,197
84	Está satisfeita com o tempo de demorou o P	20	4	1	4	3,45	0,759
85	Está satisfeita com o tempo de demorou o PP	20	3	1	4	3,25	0,55
Somatório				22	92	70,96	

Correlações entre as diferentes variáveis

Correlação entre o número de vezes que a parturiente dançou durante a dilatação e a Satisfação geral com a experiência de parto.

Correlações

			Nº de intervenções/dança durante a Dilatação		Satisfação Geral Experiência de Parto
rô de Spearman	Nº de intervenções/dança durante a Dilatação	Coeficiente de Correlação	de	1,000	,590**
		Sig. (2 extremidades)	(2	.	,006
		N	20		20
	Satisfação Geral Experiência de Parto	Coeficiente de Correlação	de	,590**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	(2	,006	.
		N	20		20

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlação entre a Satisfação Geral Experiência de Parto e Experiência de Parto Positiva QESP

Correlações

			Satisfação Geral Experiência de Parto	Score Médio Experiência de Parto Positiva QSEP
rô de Spearman	Satisfação Geral Experiência de Parto	Coeficiente de Correlação	1,000	,865**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000
		N	20	20
	Score Médio Experiência de Parto Positiva QSEP	Coeficiente de Correlação	,865**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	.
		N	20	20

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlação entre a variável “Contributo da dança para a experiência de parto positiva e as Variáveis “Satisfação geral com a experiência de parto” e “Experiência de Parto Positiva-QSEP”

Correlações			Contributo da dança para a experiência de parto positiva	Satisfação Geral Experiência de Parto	Experiência de Parto Positiva QSEP
rô de Spearman	Contributo da dança para a experiência de parto positiva	Coeficiente de Correlação	1,000	,513*	, 521*
		Sig. (2 extremidades)	.	,021	,018
		N	20	20	20

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

ANEXOS

ANEXO 1: Artigo: “Efeitos da dança na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto: uma *scoping review*.”, na Revista de Investigação em Enfermagem.

EFEITOS DA DANÇA NA PARTURIENTE DURANTE O PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Cátia Lopes⁽¹⁾, Maria João Freitas⁽²⁾



Resumo

Introdução: A dança durante o primeiro estágio do trabalho de parto parece apresentar benefícios para a parturiente ao nível da gestão da dor e da evolução fisiológica do trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Contudo, ainda se encontra pouco estudada como estratégia terapêutica.
Objetivo: Identificar o conhecimento existente sobre os efeitos da utilização da dança como estratégia não farmacológica de alívio da dor na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto.
Métodos: Desenvolvida scoping review através do método Joanna Briggs Institute, nas fontes de dados MEDLINE e CINAHL, em outubro de 2020.
Resultados: Foram incluídos quatro artigos relevantes que cumpriram os critérios de inclusão, sendo três, estudos randomizados, onde a dança foi utilizada em grupos de intervenção, tendo sido avaliada a dor bem como os principais efeitos da dança em parturientes no primeiro estágio do trabalho de parto.
Conclusões: A dança durante o primeiro estágio do trabalho de parto enquadra-se nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, reduzindo a dor, o medo e a ansiedade, culminando numa maior satisfação durante o trabalho de parto.
Palavras-chave: Dança; Parturiente; Trabalho de Parto; Primeira Fase do Trabalho de Parto

Abstract

EFFECTS OF DANCE ON PARTURIENT DURING THE FIRST STAGE OF LABOR: A SCOPING REVIEW
Introduction: Dance during the first stage of labor seems to present benefits for the parturient at the level of the management of the pain, and the physiological evolution of labor, contributing to a positive labor experience. However, the studied as a therapeutic strategy is little.
Objective: Identify the existing knowledge about the effects of the use of dance as a non-pharmacological strategy for pain relief in the parturient during the first stage of labor.
Methods: Developed scoping review through the Joanna Briggs Institute method, in the MEDLINE and CINAHL data sources, in October 2020.
Results: Four relevant articles that met the inclusion criteria were included, three of them were randomized studies, where dance was used in intervention groups, and pain was evaluated, as well as the main effects of dance on parturient in the first stage of labor.
Conclusions: Dancing during the first stage of labor fits into non-pharmacological pain relief strategies, reducing pain, fear and anxiety, culminating in greater satisfaction during labor.
Keywords: Dance Therapy; Pregnant Women; Labor Stage, First Labor Stage

Resumen

EFFECTOS DE LA DANZA EN PARTURIENTES DURANTE LA PRIMEIRA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO: UNA SCOPING REVIEW
Introducción: La danza durante la primera etapa del trabajo de parto parece presentar beneficios para la parturiente y la evolución fisiológica del trabajo de parto, contribuyendo a una experiencia positiva. Sin embargo, poco se estudia como una estrategia terapéutica.
Objetivo: Identificar los conocimientos existentes sobre los efectos del uso de la danza como una estrategia no farmacológica para el alivio del dolor, durante la primera etapa del trabajo de parto.
Métodos: Desarrolló la revisión de scoping a través del método del Instituto Joanna Briggs, en las fuentes de datos MEDLINE y CINAHL, en octubre de 2020.
Resultados: Se incluyeron cuatro artículos relevantes que cumplían con los criterios de inclusión, tres de los cuales fueron estudios aleatorios, donde se utilizó danza en grupos de intervención, y fueron evaluados el dolor, así como los principales efectos de la danza en las parturientes en la primera etapa del trabajo de parto.
Conclusiones: Bailar durante la primera etapa del trabajo de parto encaja en estrategias de alivio del dolor no farmacológico, reduciendo el dolor, el miedo y la ansiedad, culminando en una mayor satisfacción durante el parto.

Submetido em fevereiro 2021. Aceite para publicação em abril 2021

⁽¹⁾ Cátia Lopes, Mestranda em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Licenciatura em Enfermagem na ESEL, Enfermeira no Hospital Garcia de Orta.

E-mail: catia.andreia.lopes@hgo.min-saude.pt

⁽²⁾ Maria João Freitas, Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), Licenciatura em Enfermagem (ESEFG), Professora Adjunta na ESEL.

E-mail: maria.freitas@esel.pt

Introdução

Cada vez mais as mulheres ganham voz nas decisões relativas ao seu trabalho de parto, procurando nos cuidados de enfermagem, cuidados humanizados, que conduzam a um trabalho de parto normal, e que respeitem as suas decisões, culminando numa experiência de parto positiva. Todavia a medicalização do trabalho de parto (TP) tem sido descrita como um processo sociocultural, que tem levado a uma maior institucionalização das mulheres, sendo o parto visto como um evento hospitalar e cirúrgico (Leão, Riesco, Schneck, & Angelo, 2013). Esta situação, não tem que ser vista como negativa, pois as intervenções práticas, tecnológicas e sofisticadas também contribuíram para a redução das taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis. No entanto, estas práticas levaram à destituição da mulher no seu papel ativo durante o TP (Ordem dos Enfermeiros, & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2010).

O trabalho de parto é um processo fisiológico ao qual se associa a dor, provocada por fortes contrações, que estimulam a dilatação do colo do útero e conduzem à expulsão do feto e da placenta. Assim, a implementação de estratégias de alívio da dor, são cruciais para a progressão do trabalho de parto, para o conforto, bem-estar e autocontrole da parturiente.

Conhecendo o processo fisiológico do TP, importa ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, (EESMO) garantir um parto normal e sem complicações, diminuindo os níveis de dor, ansiedade e tentando promover uma experiência de parto positiva, fazendo recurso de estratégias que aliviam a dor, tais como o uso da dança, associada à música, à liberdade posições e movimentos, que são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes durante o primeiro estágio do trabalho de parto (dilatação).

Como objetivo de identificar o conhecimento existente sobre os efeitos da utilização da dança como estratégia não farmacológica de alívio da dor na parturiente durante o primeiro

estádio do trabalho de parto, efetuou-se uma revisão da literatura-scoping review. Mais especificamente, com esta revisão pretendeu-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os efeitos da dança na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto?

Fundamentação

O cuidado prestado à grávida em TP sofreu modificações principalmente após a segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento hospitalar, instrumentalizado e cirúrgico (Leão, Riesco, Schneck, & Angelo, 2013), o que levou à perda de protagonismo da principal interveniente neste processo, passando a parturiente a assumir um papel secundário relativamente às decisões alusivas ao seu trabalho de parto.

O EESMO é um dos profissionais de saúde que prestam cuidados à mulher em TP, atua em defesa de um parto normal, pelo que deve empoderar as mulheres com informações relativas ao desenvolvimento do TP, alívio e controle da dor, promovendo a sua participação e uma consciente tomada de decisão.

As estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ENFAD), constituem-se como uma importante ferramenta para a gestão da dor na parturiente em particular durante o primeiro estágio do trabalho de parto/dilatação (PETP), são seguras, estão menos associadas a eventos adversos e são fáceis de utilizar (Gokyildiz, Ozturk, Avcibay, Alan, & Akbas, 2018; Jones, Othman, Dowsell, Alfrevic, Gates, Newburn, & Neilson, 2012).

A dança é uma ENFAD usada para ajudar a parturiente a lidar com a sua dor, que permite a adoção de diversas posições que facilitam a insinuação e rotação fetal, acelerando o TP (Miquelutti, Cecatti, Morais, & Makuch, 2009); Ondek, 2014). Neste sentido verifica-se que a dança favorece a normalidade no PETP, minimizando intervenções desnecessárias, o que está alinhado com o cuidado prestado pelo EESMO, e que inclui o uso de medidas preventivas e promotoras de um parto normal

(International Council of Midwives, 2014).

A dança surge nas tribos, como forma de promover a ligação entre as vivências terrestres e espirituais, celebrando eventos, e transformando mitos em rituais. Com o desenvolvimento da sociedade, a dança foi igualmente assumindo várias vertentes, sendo encarada como uma forma de expressão, utilizada por diversas áreas, tornando-se numa “Dançaterapia” (Cunha, 2010). Assume também a definição de Dança/Movimento terapia, sendo definida pela American Dance Therapy Association (2020) como o uso psicoterapêutico do movimento e da dança para apoiar várias funções, destacando-se a emocional e motora. Especificamente no TP a dança surge nas tribos africanas ou árabes, em que várias mulheres dançavam em torno da parturiente, levando a que esta dançasse também, alternando os movimentos do corpo através da dança, com movimentos de descanso (Oeftering, 1999). Para este desenvolvimento emocional e motor ligado à dança associa-se a musicoterapia, ou seja, o uso da música com intuito terapêutico, que promove bem-estar e relaxamento, também já descrita nas estratégias não farmacológicas no alívio da dor pela Ordem dos Enfermeiros (Santos, Varela, & Varela, 1998). Associar a dança à música principalmente a gosto da parturiente, bem como ao canto/vocalização, é igualmente favorecedor do TP, pois promove alívio da dor durante as contrações, através da respiração para as vocalizações rítmicas do canto (Loman, 2016) e a libertação de endorfinas que aliviam a dor, reduzem a ansiedade, e estimulam o humor e a satisfação, melhorando também os parâmetros hemodinâmicos maternos e neonatais (Oeftering, 1999; Simavli, Gumus, Kaygusuz, Yildirim, Usluogullari, & Kafali, 2014).

A dança enquanto estratégia terapêutica utilizada pela parturiente associada ou não a outras estratégias, tais como musicoterapia, técnicas de relaxamento e respiração, e liberdade de movimentos, pode ser desenvolvida em parceria com o EESMO ou

com o acompanhante (Akin, & Saydam, 2017). A liberdade de movimento da bacia materna, e as posições verticais são características que promovem a progressão do TP, sendo também características inerentes à dança (Oeftering, 1999), podendo ser uma boa estratégia do EESMO para promover o conforto da parturiente, facilitando o autocuidado no alívio da dor (Andrews, & O'Neill, 1994), redução da ansiedade e promoção da satisfação, sendo que, pela ação da gravidade também promove a descida da apresentação fetal, associada ao processo fisiológico inerente à fase ativa do PETP. As mudanças de posição, para posições verticais, associadas à rotação da bacia, com recurso à estratégia do uso da dança, levam ao melhor posicionamento do feto na bacia materna, evitando o comprometimento vascular provocado pelas posições supinas, e consequente hipotensão ou mesmo desaceleração cardíaca fetal, promovendo a progressão do TP (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013). As mulheres que usam posições verticais e se movimentam mais durante o TP, têm TP mais curtos, com menos dor, e referem mais satisfação com a sua experiência, diminuindo também o risco de complicações (Lothian, 2009; Ondeck, 2014).

Compreendendo o contributo das várias ENFAD envolvidas no uso da dança durante o PETP, importa compreender de que forma o EESMO vai utilizar a dança enquanto técnica. Bio (2007), identifica um conjunto de posicionamentos orientados por um profissional de saúde, através do uso da mobilidade corporal para movimentos específicos de posturas verticais tais como a mobilidade pélvica, em conjunto com movimentos das articulações, relaxamento do perineo, coordenação do diafragma e estímulo do equilíbrio e propriocepção, para que, conscientemente a parturiente use de forma ativa os movimentos do seu próprio corpo potenciando a progressão do TP. A autora refere ainda que não basta

a verticalidade para a progressão do TP, é necessário que a musculatura receba ordens neuronais, para que possa orientar o corpo e a postura, de forma coordenada, minimizando percepções desagradáveis tais como a dor. Dikmen, & Gonenç (2020) identificam quatro movimentos essenciais na dança durante o PETP: (1) o movimento circular da região pélvica e cintura; (2) lateralização da região pélvica e cintura para a esquerda e direita; (3) semi agachamento e (4) inclinação pélvica anterior (pelvic tilts).

Ao promover a dança durante o PETP o EESMO está desta forma a cuidar da mulher, através da implementação de estratégias que lhe aliviam a dor, reduzem a ansiedade, promovem a progressão do TP fisiológico e normal, potencializando a satisfação com uma experiência de parto positiva. A Organização Mundial de Saúde (2018) corrobora a importância da adoção por parte do EESMO de técnicas de relaxamento, em parturientes saudáveis, para gestão e alívio da dor, nestas incluem-se o relaxamento muscular e a música, sendo também incentivada a adoção de posturas verticais e a liberdade de movimentos que estão ligadas à dança. Estas recomendações, aliadas a um cuidado mais humanizado, centrado na mulher, através da promoção do suporte emocional, comunicação eficaz, competência na prestação de cuidados sustentada numa prática baseada na evidência, são fundamentais e são competências do EESMO descritas na Essential Competencies for Midwifery Practice, 2019). O EESMO pode, desta forma, tornar a experiência do TP positiva, indo de encontro às expectativas pessoais e socioculturais da mulher, promovendo um ambiente seguro para o parto, onde é permitido a presença do acompanhante, culminando numa sensação de realização pessoal, autocontrolo e envolvimento na tomada de decisão. Experiências positivas durante o TP constituem a base de uma maternidade saudável (Parada, 2019), pelo que o EESMO deverá proporcionar cuidados de qualidade com essa finalidade, sendo que o

uso da dança durante o PETP, pode assumir-se como um contributo precioso.

Metodologia

Optou-se pela realização de uma scoping review segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) por esta metodologia permitir mapear a evidência científica disponível na temática em estudo (Peters, Godfrey, McInerney, Munn, Tricco, & Khalil, 2020).

A questão de investigação foi baseada na mnemónica PCC relativa a população, conceitos e contexto, e identificados critérios de inclusão e exclusão para Participantes e Conceito, o Contexto foi considerado pelas autoras irrelevante para o objetivo da pesquisa.

A revisão integrou artigos publicados consoante os critérios de inclusão definidos: referentes aos efeitos da dança (conceito) na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto (população), em idioma inglês ou português, publicados a partir do ano de 2010, com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista. Foram excluídos estudos que não estavam disponíveis para consulta em texto integral, fora do âmbito do tema ou realizados com outra população.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica da evidência científica nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search, utilizando-se palavras naturais (Parturiente OR Labor OR Childbirth, AND Dance) e termos indexados (Parturition OR Pregnant women OR Labor OR Labor Stage First OR Childbirth OR Expectant Mothers, AND Dance), dentro de cada termo da questão, as palavras foram unidas com o operador booleano “OR” e entre termos da questão foi aplicado o operador booleano “AND”.

O processo de busca e seleção da literatura foi realizado por dois revisores independentes (CL e MJF) em outubro de 2020. Procedeu-se à extração de dados quatro vezes para otimização da mesma, tendo sido primeiramente analisados os títulos e os termos de indexação dos resultados

selecionados, de forma a identificar termos e palavras-chave alternativos e específicos. Na segunda busca, os termos de indexação e palavras-chave identificados foram utilizados de forma conjugada com linguagem natural. Na terceira procura foram analisadas as referências bibliográficas de todas as publicações selecionadas para identificação de fontes de informação adicionais e na última busca, objetivou-se a confirmação dos resultados extraídos nas buscas anteriores.

Findo o processo de extração, com a obtenção na base de dados CINAHL Complete de 50 artigos e na MEDLINE Complete 51 artigos, procedeu-se à sua triagem e seleção.

Em primeiro lugar removeram-se os artigos duplicados em cada uma das bases de dados separadamente, tendo sido eliminados 7 artigos na CINAHL Complete e 3 na MEDLINE Complete. Na etapa seguinte realizou-se a triagem pelos títulos, sendo rejeitados 86 artigos por o título não ser sugestivo do tema em estudo. A seguir procedeu-se à leitura

dos resumos dos 5 artigos restantes e foram selecionados 5 que cumpriam os critérios de inclusão. Na sua leitura integral verificou-se que um deles não dava resposta à questão de investigação, pelo que foi excluído. No final deste processo, após a aplicação de todos os critérios de inclusão e de exclusão e com a concordância de ambas as autoras, incluíram-se 4 artigos na revisão. O resumo da pesquisa é apresentado na figura 1, que foi adaptado ao PRISMA Flow Diagram segundo a JBI (Aromataris, & Munn, 2020).

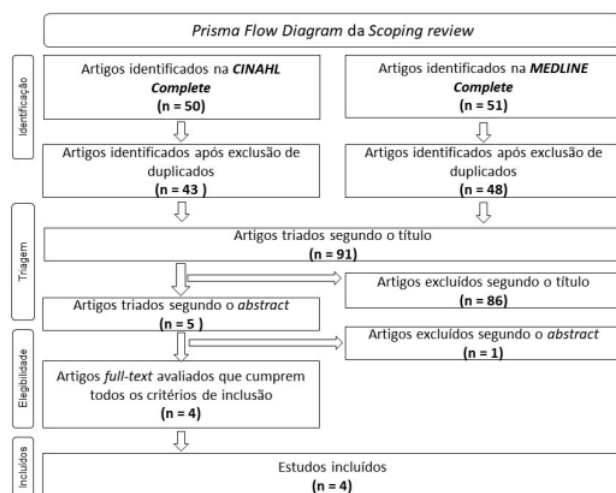


Figura 1 – Fluxograma da extração de artigos

A qualidade metodológica dos artigos incluídos foi avaliada de forma independente pelas duas autoras usando como ferramenta de avaliação de qualidade o instrumento JBI QARI– JBI Critical Appraisal Checklist (Aromataris, & Munn, 2020), para cada tipo de estudo. As diferenças na pontuação foram resolvidas por consenso, tendo-se verificado que os quatro estudos apresentam uma boa qualidade metodológica.

Resultados e Discussão

Os dados extraídos das publicações incluídas na revisão foram obtidos com recurso ao instrumento JBI QARI Data Extraction Template for Qualitative Evidence segundo as recomendações da JBI (Aromataris, & Munn, 2020), e são apresentados de forma narrativa, com recurso a um quadro de síntese (Quadro 1) em que estão exibidas todas as informações consideradas pertinentes, de forma objetiva e organizada.

Da análise dos quatro artigos incluídos na scoping review, constatou-se que a dança, como uma estratégia não farmacológica de alívio da dor, com um baixo risco e de baixo custo, reduz a intensidade da dor e aumenta a satisfação das parturientes com os cuidados recebidos durante a fase ativa da dilatação, tal como está patente no estudo de Abdolhian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikhan, (2014), em que os scores médios de dor nas parturientes do grupo em estudo, aos 30' e 60' após a intervenção, foram significativamente menores do que o observado no grupo controle. Resultados semelhantes aos descritos, são observados no estudo de Akin, & Saydam (2020) em que, aos 4 cm de dilatação cervical e 9 cm, a dor nos dois grupos de parturientes que dançaram, era significativamente menor do que a dor percebida pelas parturientes do grupo controle.

Dado que a dança, como estratégia para alívio da dor, habitualmente faz recorrer a outras estratégias para a complementar, como é exemplo, a musicoterapia, Dikmen, & Gonenç (2020) para melhor compreenderem

o impacto destas estratégias no alívio da dor das parturientes, utilizadas em simultâneo ou isoladamente, desenvolveram um estudo em que concluíram que a dança e a música são mais eficazes em conjunto para o alívio da dor do que apenas a musicoterapia.

Nos estudos mencionados emergiram outros efeitos benéficos associados à utilização da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, como a liberdade posições e movimentos (Abdolhian et al., 2014; Akin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020), a redução da ansiedade e do medo (Dikmen, & Gonenç, 2020) o que produz uma sensação de controle e propicia a assunção de um papel mais ativo das parturientes e ao aumento dos seus níveis de satisfação com a experiência de parto (Abdolhian et al., 2014; Akin, & Saydam, 2020), sendo o autocontrolo o sentimento que gera mais satisfação nas mulheres (Toberna et al., 2020).

A dança promove o estabelecimento da relação de proximidade e de ajuda, entre a parturiente, o seu acompanhante e o EESMO, o que contribui para a satisfação das parturientes (Abdolhian et al., 2014). Dikmen, & Gonenç (2020) acrescentam ainda, que o apoio emocional dado pelo EESMO é uma intervenção adicional promotora de redução da dor, ansiedade e medo. Neste sentido, a satisfação pode ser atingida com o uso da dança aliada ao apoio emocional, facultado pelo EESMO e com a presença do acompanhante.

A dança enquanto estratégia de alívio da dor nas parturientes, sendo promotora de posicionamento verticais e liberdade de movimentos, permite também melhores resultados nos parâmetros hemodinâmicos maternos com eficácia comprovada nos resultados neonatais através de altos valores de saturação de oxigénio periférico e de Índices de Apgar ao 5º e 10º minutos mais elevados. Salienta-se que os melhores resultados se observaram nos grupos em que as parturientes dançaram com o acompanhante o que evidencia a importância do vínculo existente

Quadro 1- Síntese dos artigos analisados

Autores e Ano	País	Título	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Objetivos do estudo	Resultados
Abdollahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikhan (2014)	Irão	Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo caso (n=30) e grupo controle (n=30)	Avaliar a eficácia da dança no alívio da dor e na satisfação.	A intensidade da dor do grupo caso foi significativamente menor aos 30 e 60 m. após a intervenção; Não revelou diferença significativa na duração da fase ativa da dilatação; O grupo caso apresentou melhores índices de satisfação; O score de dor foi semelhante nas diferentes tipologias de acompanhante das grávidas.
Akin & Saydam (2020)	Turquia	The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo de dança com o EESMO (n=40), Grupo de dança com companheiro (n=40) e grupo controle (n=80)	Determinar os efeitos da dança na percepção da dor, satisfação com o parto e nos resultados neonatais.	A intensidade da dor do grupo dança com o EESMO e companheiro são significativamente menores do que no grupo de controle, e com menos recurso à analgesia; A dança com o companheiro revelou melhores <i>outcomes</i> no Índice de <i>Apgar</i> do RN ao 5/10min, conduzindo a melhoria da oxigenação fetal; O suporte emocional, a mobilidade e a dança reduziram os níveis de ansiedade, de dor e maior índice satisfação.
Dikmen & Gonenç (2020)	Turquia	Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo com dança e música (n=31) Grupo só com música (n=30) e grupo de controle (n=32)	Testar efeitos da dança e música e só da música na percepção da dor e medo.	A dança e a música ou a música isoladamente reduzem significativamente a percepção da dor e medo. A dança e a música ou a música isolada, promovem o autocontrole e participação ativa da mulher no seu trabalho de parto.
Toberna, Horter, Heslin, Forgie, Malloy & Kram (2020)	USA	Dancing during labor: Social Media Trend or Future Practice?	Síntese temática	Sintetizar o conhecimento sobre a temática	O tipo de dança e seus benefícios estão ainda pouco estudados. O autocontrole é o sentimento que gera satisfação nas mulheres, sendo este possível de alcançar com a dança. A dança pode diminuir a dor e a duração do trabalho de parto.

entre ambos no incremento positivo dos resultados neonatais (Akin, & Saydam, 2020).

Conclusão

Considerando a importância da adoção de estratégias baseadas em evidência científica, por parte dos EESMO, que promovam um parto fisiológico e normal, conclui-se que o uso da dança, associada à música, bem como a outras estratégias como a liberdade de posições e movimentos, são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes que reduzem a dor, ansiedade e medo, promovem o autocontrole, a satisfação e contribuem para melhores parâmetros hemodinâmicos da parturiente e do recém-nascido.

Até a utilização da dança, o EESMO promove a autonomia e o autocontrole da parturiente o que influencia a tomada de decisões que digam respeito ao trabalho de parto, minimizando intervenções desnecessárias que culminam num parto normal, promovendo a satisfação e contribuindo para uma experiência de parto positiva.

O uso da dança associada a outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a dilatação, pode trazer limitações à percepção do seu verdadeiro efeito o que justifica a necessidade de continuar a investigar esta temática, para que seja possível, identificar claramente as suas potencialidades e contributos para uma experiência de parto positiva.

Referências Bibliográficas

1. Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6 (3), 219–226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee on Obstetric Practice. *Obstetrics*

and Gynecology, 133(2), 164–173.

3. Akin, B., & Saydam, B. K. (2017). A new approach to reducing the perceived birth pain: Labor Dance. *Gumushane University Journal of Health Sciences*, 6(3), 218–224.

4. Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16 (5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>

5. Andrews, C. M., & O'Neill, L. M. (1994). Use of pelvic tilt exercise for ligament pain relief. *J Nurse Midwifery*, 39(6), 370–4. [http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182\(94\)90156-2](http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(94)90156-2)

6. Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>

7. Bio, E. R. (2007). Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-12022008-141747/publico/ElianeRodriguesBio.pdf>

8. Cunha, S. (2010). Dançaterapia como forma de promover a comunicação no autismo. (Trabalho realizado no âmbito do Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial). Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/791/5/PG-EE_2010_SandraCunha.pdf

9. Dikmen, H. A., & Gonenç, I.M., (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>

10. Gokyildiz, S. S., Ozturk, M., Avcibay, B. V., Alan, S., & Akbas, M. (2018). The effect of music on pain and anxiety of women during labor on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.015>

11. <https://www.adta.org/> (2020)
12. International Confederation of Midwives. (2014). Position Statement Midwives. Keeping Birth Normal: Position Statement. 1–3.
13. International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies 2018 UPDATE. Final version published January 2019.
14. Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labor: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
15. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-164. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>. www.cochranelibrary.com
16. Leão, M. R. de C., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Angelo, M. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(8), 2395–2400. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
17. Loman, S. (2016). Judith S. Kestenberg's Dance/Movement Therapy Legacy: Approaches with Pregnancy, Young Children, and Caregivers. *American Journal of Dance Therapy*, 38(2), 225–244. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9218-0>
18. Lothian, J. A. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 48–54. <https://doi.org/10.1624/105812409x461225>
19. Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009). The vertical position during labor: Pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 393–398. <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a02v9n4.pdf>
20. Oeftering, G. M. (1999) Belly-dancing through pregnancy: a way to give birth and not be delivered. *Int J Childbirth Educ*. 1999;14 (3), 6-8.
21. Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188–193. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>
22. Ordem dos Enfermeiros, & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2010). Documento de Consenso “Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada”. Edição OE (2012). 1-36. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
23. Parada, C. M. G. L., (2019). Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 1-2. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-72suppl301>
24. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In M. Z. Aromataris (Ed.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*, JBI (Cap. 11). Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
25. Santos, E., Varela, J., & Varela, V., (1998). Maternidade com Qualidade: promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
26. Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Usluogullari, B., & Kafali, H. (2014). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: A randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 78 (4), 244–250. <https://doi.org/10.1159/000365085>
27. Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social

- Media Trend or Future Practice? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(2), 213–217. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1723>
28. World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-155021-5.

ANEXO 2: Certificado de participação nas Jornadas de Obstetrícia com uma comunicação livre e dois pósteres



XIV JORNADAS INTERNACIONAIS de ENFERMAGEM
de SAÚDE MATERNA e OBSTÉTRICA - **WEBINAR**

Por uma vida melhor...

Díploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Cátia Andreia dos Santos Lopes

Portador(a) doc. de identificação

participou

com a Comunicação Livre: "Efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto: uma scoping review", classificada como Segunda Melhor Comunicação Livre (2º Lugar), nas

"XIV Jornadas de Obstetrícia - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 19 e 20 de Novembro de 2021, através da plataforma Zoom via Webinar.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 20 de Novembro de 2021



**E.S.S. Vale do Ave
Famalicão**



XIV JORNADAS INTERNACIONAIS de ENFERMAGEM
de SAÚDE MATERNA e OBSTÉTRICA - **WEBINAR**

Por uma vida melhor...

Díploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Cátia Andreia dos Santos Lopes

Portador(a) doc. de identificação

participou

com o Poster: "Efeitos da dança na parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto: uma scoping review", nas

"XIV Jornadas de Obstetrícia - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 19 e 20 de Novembro de 2021, através da plataforma Zoom via Webinar.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 20 de Novembro de 2021



**E.S.S. Vale do Ave
Famalicão**



**XIV JORNADAS INTERNACIONAIS de ENFERMAGEM
de SAÚDE MATERNA e OBSTÉTRICA - WEBINAR**

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Cátia Andreia dos Santos Lopes

Portador(a) doc. de identificação

participou

com o Poster: "Redes sociais na gravidez: dependência ou fonte de informação", classificado como Terceiro Melhor Poster (3º lugar), nas

"XIV Jornadas de Obstetrícia - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 19 e 20 de Novembro de 2021, através da plataforma Zoom via Webinar.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 20 de Novembro de 2021



**E.S.S. Vale do Ave
Famalicão**

ANEXO 3: Declarações de participação em formações



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

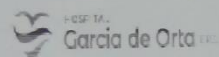
CÁTIA ANDREIA DOS SANTOS LOPES

membro nº 83683 desta Ordem, participou no 'Webinar' **Mobilidade e Verticalidade – Contributos para uma experiência de parto positivo**, no dia **05 de Maio de 2021**, com duração total de **02h00**, na "Plataforma digital Cisco Webex Events".

Lisboa, 25 de Maio de 2021.

P^a A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²



FORMAÇÃO EM SERVIÇO CERTIFICADO

Declara-se que, **Cátia Lopes** participou, como **Formanda**, numa Formação em Serviço realizada na Consulta Externa de Obstetria do HGO, EPE, intitulada:

"Contraceção e Métodos Contraceptivos Disponíveis em Portugal"

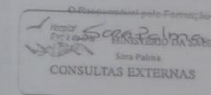
A formação realizou-se a **18 de junho de 2021**, das 20 às 22horas (2horas), plataforma Zoom®.

O Diretor de Serviço

Alcides Pereira
DIRETOR SERVIÇO
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
ALCIDES PEREIRA

O Chefe de Serviço

Sora Palma
CHEFE DE SERVIÇO
CONSULTA EXTERNA



¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atende 0,38 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do nº30º nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 155/2015, de 16 de Setembro.



CERTIFICADO

Certificamos que,

CATIA LOPES

participou no **Ciclo de Webinars Patient Care** sobre **UMA NOVA ERA DA CONTRACEÇÃO ORAL...**, que decorreu no dia 12 de maio de 2021.

12 de maio de 2021


Dr. José Canas da Silva
Comissão Científica


Dr. Rui Cernadas
Comissão Científica

DECLARAÇÃO

Declara-se que **CÁTIA ANDREIA DOS SANTOS LOPES** participou na **Videoconferência "Movimento em Trabalho de Parto"** realizada no dia 28 de Julho de 2021, com a duração total de 1 hora.

Lisboa, 28 de Julho de 2021


A Área de Gestão da Formação
Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 7707/2021/CF
BLOCO PARTOS/HGO

ANEXO 4: Autorização para utilização do Questionário de Avaliação da Satisfação
com a Experiência do Parto de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais

Solicitação de autorização para utilização do QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

Externo

Caixa de entrada x



CÁTIA ANDREIA DOS SANTOS LOPES <catialopes@campus.esel.pt>
para bbfi, Maria ▾

terça, 10/11/2020, 16:26



Muito boa tarde

Exma. Senhora Professora Doutora Bárbara Figueiredo.

O meu nome é Cátia Andreia dos Santos Lopes, sou Enfermeira, Mestranda do 11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um projeto de intervenção junto das grávidas em trabalho de parto para o próximo ano letivo.

Encontrei na revisão de literatura, o QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO, do qual V/Exma. é uma das autoras em conjunto com R. Costa, B., A. Pacheco, A. Marques, & A. Pais.

Tentei contactar V/Exmas. para o email que se encontra no artigo: bbfi@iep.uminho.pt. O envio deu erro, pois parece já não estar atualizado. Neste sentido, contactei a Universidade do Minho, que gentilmente me cederam o seu email.

Gostaria de saber se me poderá ajudar, no sentido de contactar todos os autores, a fim de, obter autorização ao meu pedido que anexo ao presente mail.

Muito obrigada pela sua atenção, com os melhores cumprimentos,

Cátia Lopes

Enfermeira, Mestranda do 11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna

Cara Enfermeira Cátia Lopes,

Desde já agradecemos o seu contacto e interesse na utilização do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto.

Teremos muito gosto em autorizar a sua utilização. Segue em anexo.

Agradecemos que nos dê conta dos resultados que obtiver com este questionário.

Bom trabalho!

Melhores cumprimentos,
Raquel Costa

ANEXO 5: Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo e colheita de dados

Hospital Garcia de Orta EPE
Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta

Título: Estudo intitulado "Contributos da dança para uma experiência de parto positiva"

Investigador Principal: Enfª Cátia Lopes

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 08/02/2021.

Estiveram presentes:

- ☒ Nome: Dra Natália Dias (Presidente)
- ☒ Nome: Dra Ana Soares
- ☒ Nome: Dra Benedita Nunes
- ☐ Nome: Dra Cátia Gradil
- ☒ Nome: Dra Isabel Pereirinha
- ☒ Nome: Dr. José Luis Metello
- ☒ Nome: Dra Maria Gomes Ferreira
- ☒ Nome: Dr. Miguel Rodrigues
- ☒ Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 18/02/2021.


Dra. Paula Breia
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 23 02 /2021

ANEXO 6: Síntese das atividades realizadas ao longo do ER

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion 54
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman
 - Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) 194
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor.
 - Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) 45
 - Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries 3
 - Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births 1
 - Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births 12
 - Episiotomia/Episiotomy 1
 - Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy 28
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk
 - Gravidez/Pregnancy (40) 44
 - Trabalho de parto/Labor 46
 - Puerpério/Puerperium 2
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) 108
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) 108
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care 16
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology 29

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/Supervision and care to the woman in the area of sexual health

- Colocação de DIU/IUD insertion practice 2
- Colocação de implantes/Implants insertion practice 7
- Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 19

10. Prática Simulada/Simulated practice

- Prática em partos eutócicos/Practice eutocic delivery 2
- Prática em partos de apresentação pélvica/Practice in breech presentation deliveries 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/Practice on episiotomy and initiation to the suture technique 4
- Prática na colocação de DIU/IUD insertion practice 1
- Prática na colocação de implantes/Implants insertion practice 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 1

Lisboa, 10 / 02 / 2022

Estudante/Student

Cátia Andreia dos Santos Lopes

Docente/Teacher

Maria João Freitas

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M^{te} Andreia Graça dos Santos

