

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

TRABALHO DE PARTO: DOS DIAGNÓSTICOS ÀS INTERVENÇÕES.

CONTRIBUTOS PARA A DEFINIÇÃO DE UM MODELO CLÍNICO DE DADOS

LABOR: FROM DIAGNOSES TO INTERVENTIONS.

CONTRIBUTIONS FOR DATA CLINICAL MODEL DEFINITION

Dissertação orientada pela Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Ângela Raquel Fontes Delgado

Porto 2017

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

Ao meu Pai

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho de investigação é um processo complexo e algo solitário, na perspetiva de alguns. No entanto no caminho percorrido na elaboração deste trabalho, contei com a confiança e o apoio de inúmeras pessoas e instituições, às quais gostaria de deixar o meu agradecimento.

À **Professora Doutora Alexandrina Cardoso** pela orientação científica, estímulo, partilha de conhecimento, e dedicação, pela confiança que sempre depositou em mim, dando-me o privilégio de fazer este caminho comigo; pela sua amabilidade e por influenciar e alimentar, a realização deste projeto que, sem o seu saber e exigência, não teria sido possível.

Ao **corpo docente do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia**, em particular aos peritos que participaram no grupo de discussão, por disponibilizarem o seu tempo e sabedoria, pela partilha de conhecimentos, incentivo e envolvimento.

Aos **colegas de serviço e amigas**, pelo suporte e compreensão, fazendo com que este percurso se tornasse um bocadinho mais fácil. Em especial às amigas Ana Catarina Ângélica, Carmo, Cláudia e Cecília, pelo grande exemplo de vida, pelo interesse que demonstraram no meu trabalho, por partilharem vivências e reflexões, mas, especialmente, por me lembrarem que a amizade não se desvanece com a distância e o tempo.

À **família**, pelo impulso na inscrição neste Mestrado; pela vossa presença em todos os momentos, pela tolerância, paciência e incentivo nos mais difíceis; pelo carinho e palavras de força e de ânimo que sempre transmitiram; pela ajuda, e abertura em partilhar receios e desejos; por tudo o que abdicaram para que esta jornada se cumprisse:

Obrigada **Mãe**, por acreditares, por viveres para me proteger, por puxares a corda sempre que caí ao fundo do poço, por me apoiares, por estares sempre perto, por chorares e rires comigo, por largares tudo para me acudir, por conversares, pela preocupação, pela amizade e pelo orgulho que sinto em seres a minha Mãe.

Obrigada **Pai**, por me despertares para os aspetos da vida que realmente importam, pelo exemplo, pelo carinho, por me transmitires os valores mais importantes, por me aperfeiçoares com cada palavra, pela confiança nas minhas capacidades e por te

orgulhares na pessoa que me tornei, o que me leva a não desistir e seguir sempre em frente. Obrigada meu Anjo da guarda, a ti dedico este trabalho.

Obrigada **Mana**, pela ajuda, por me ouvires, pela tua visão prática e simples e pelas perguntas que me levaram a refletir no sentido mais puro de cada momento na vida.

Obrigada **Marido**, pela paciência, pela força das tuas palavras, e aconchego do teu abraço nos momentos de desânimo.

Obrigada **Tia Dina, cunhados e sogros** queridos, pelo entendimento e confiança, mas, sobretudo, por me mostrarem sempre aquele carinho enorme que me alentou.

Obrigada **Tio Nal e Madrinha e Padrinho**, meus avós emprestados, por torcerem em todos os momentos pelo meu sucesso.

O meu profundo e sentido agradecimento a todos, e a cada um em particular!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CIDESI – Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cm – Centímetros

DGS – Direção Geral da Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EESMO – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Saúde Materna e Obstétrica

ICNP – International Council of Nurses practice

ISO – International Organization for Standardization

MCD – Modelo(s) Clínico(s) de Dados

MCEESMO – Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia

ml – Mililitros

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Preparação para o parto

SAPE® – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

RESUMO

A Enfermagem como profissão centra-se em processos físicos e em reacções das pessoas a eventos de vida que levam a uma transição. As transições exigem interações complexas e ter um filho é considerada uma transição de desenvolvimento. O trabalho de parto corresponde aos processos perinatais desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta (Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), 2015). Ter uma abordagem sistemática à documentação relacionada com esta área-chave é um desafio para os enfermeiros e um motivo relevante para o desenvolvimento da pesquisa. Espera-se que os sistemas de informação traduzam as opiniões dos enfermeiros sobre sua própria prática. OS Modelos Clínicos de Dados devem utilizar uma ontologia de enfermagem mundialmente reconhecida, que traduza conhecimento baseado em evidências bem como os conhecimentos adquiridos na prática e validadas pela teoria de enfermagem. Contribuir para a definição de um Modelo Clínico de Dados com base em diagnósticos e intervenções de enfermagem é um dos objetivos deste estudo. O estudo visa identificar os diagnósticos de enfermagem e as intervenções que descrevem o padrão de atendimento associado ao foco Trabalho de parto, com base na documentação produzida atualmente pelos enfermeiros, de 12 de janeiro a 20 de fevereiro de 2013. Para a análise da documentação produzida pelos enfermeiros foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin. Para o processo de análise foram incluídos 128 diagnósticos e 224 intervenções do SClinic (sistema electrónico de informação clínica de enfermagem) que usa a versão beta 2 da CIPE®, e pudemos definir aproximadamente 15 diagnósticos e 70 intervenções usando a versão CIPE® 2015. Surgiram alguns novos conceitos que podem contribuir para o desenvolvimento de uma nova versão da CIPE®.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Transições na parentalidade; Evento crítico; Sistemas de Informação em Enfermagem; Modelo Clínico de Dados; CIPE®.

ABSTRACT

Nursing as a profession focuses on physical processes and on people's reactions to life events that lead to a transition. Transitions demand complex interactions and having a child is considered a developmental transition. Child delivery as body processes from beginning of cervical dilation through delivery of placenta is a focus of the nursing practice (ICN, 2015). Having a systematic approach to the documentation related to this key area is a challenge for nurses and a relevant reason for the development of research. It is expected that the information systems translate the views of nurses regarding their own practice. Detailed clinical models should use nursing ontology globally recognised, should translate knowledge evidencebased as well the knowledge acquired in practice and validated by the nursing theory. To contribute to the definition of DMC based on nursing diagnostics and interventions is one of the purposes of this study. The study aim to identify the nursing diagnosis and interventions that describe the pattern of care associated with the focus Child bearing, based on documentation currently produced by the nurses, from the 12th January to the 20th February 2013. For the analysis of nurses documentation was used Bardin content analysis recommendations. For the analysis process were 128 diagnostics and 224 interventions included in SCLinic (nursing electronic clinical information system) that use ICNP® version beta2, we were able to define approximately 15 diagnostics and 70 interventions using the ICNP® version 2015. Emerged some new concepts that may contribute for ICNP new version.

Key-words: Labor/labour; Parenting transitions; Critical event; Nursing Information System; Clinical Data Model; ICNP®.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. Transição Para A Parentalidade	23
2. O Trabalho De Parto Como Evento Crítico Da Transição	26
2.1. O Trabalho De Parto Como Processo Corporal	27
2.2. O Trabalho De Parto Enquanto Processo Cognitivo E Emocional	30
2.3. O Trabalho De Parto Como Processo Social	36
3. Terapêuticas De Enfermagem	41
3.1. Preparação Para O Parto	42
3.2. Assistência Peri-Parto	45
4. Da Prestação De Cuidados À Definição De Modelos Clínicos De Dados	48
4.1. Da Necessidade De Sistemas De Informação Em Enfermagem	49
4.2. Da Necessidade De Linguagem Comum	51
4.3. Da Necessidade Da Interoperabilidade Entre Os SIE	54
4.4. Da Necessidade Do Desenvolvimento De Modelos Clínicos De Dados	56
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
5. Justificação Do Estudo	60
6. Finalidade e Objetivos Do Estudo	63
7. Opção Metodológica Do Estudo	64
8. Método De Análise De Dados	65
8.1. Material Do Estudo	65
9. Análise De Conteúdo	66
9.1. Definição Do <i>Corpus</i> De Análise	68
9.2. Validação Por Grupo De Peritos	71
10. Considerações Éticas	73
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
11. Categorias Relativas Aos Diagnósticos De Enfermagem	75
11.1. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam Por Foco: Trabalho De Parto	76
11.2. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam Por Foco: Conhecimento	77
11.3. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam por Foco: Capacidade	84
11.4. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam Como Cliente Outra Pessoa Que Não a Grávida/Parturiente	86

12.	Resultado Final Da Categorização: Diagnósticos De Enfermagem _____	88
13.	Categorias Relativas Às Ações De Enfermagem _____	89
13.1.	Da Recolha De Dados: Atividades De Diagnóstico e Atividades De Avaliação _	91
13.2.	Das Intervenções De Enfermagem _____	95
14.	Resultado Final Da Categorização: Ações De Enfermagem_____	106
15.	Contributo Para A Especificação De Um Modelo Clínico De Dados Centrado No Trabalho de Parto: Associação Dos Diagnósticos Às Intervenções _____	108
CONCLUSÃO _____		113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____		117
ANEXOS _____		137
	Anexo I – Diagnósticos: Documentação produzida pelos Enfermeiros	
	Anexo II – Intervenções: Documentação produzida pelos Enfermeiros	
	Anexo III – Enunciados de Diagnósticos – Excluídos e respetivos critérios	
	Anexo IV – Enunciados de Intervenções – Excluídos e respetivos critérios	
	Anexo V – Exemplar de documento para a Validação pelo grupo de Peritos	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Categorias e Unidades de registo associadas à dimensão Conhecimento _____	77
TABELA 2: Categorias e Unidades de registo associadas à dimensão Capacidade _____	85
TABELA 3: Categorias e Unidades de registo relativas às atividades de diagnóstico e de avaliação _____	92
TABELA 4: Categorias e Unidades de registo relativas às intervenções de Enfermagem __	96
TABELA 5: Conteúdos das Intervenções do domínio das ações do Ensinar, Instruir e Treinar _____	100

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Estrutura para a construção do Diagnóstico de Enfermagem _____	53
FIGURA 2: Estrutura para a construção da Intervenção de Enfermagem _____	54
FIGURA 3: Categorias dos tipos de ação _____	90
FIGURA 4: Organização dos tipos de ação usados pelos enfermeiros na documentação. _	95
FIGURA 5: Associação dos diagnósticos às intervenções no domínio: Trabalho de parto	109
FIGURA 6: Associação dos diagnósticos às intervenções no domínio: Conhecimento __	110
FIGURA 7: Associação dos diagnósticos às intervenções no domínio: Capacidade _____	111

INTRODUÇÃO

Tornar-se pai e tornar-se mãe são processos que correspondem a transições. O seu caráter irreversível faz com que a parentalidade seja descrita como uma das transições mais marcantes do ciclo de vida, impulsionando grandes mudanças e reestruturações pessoais e familiares (Darvill et al., 2010; Ohashi et al., 2012). Todas as transições são responsáveis por alterações profundas na vida das pessoas, mas a transição para a parentalidade é especialmente crítica. Ao longo do desenvolvimento de mudanças existem desafios de maior dificuldade e complexidade, que podem instigar stresse e vulnerabilidade, constituindo pontos ou eventos críticos. O Trabalho de parto é um processo que envolve componentes psicológicos, físicos, sociais, económicos e culturais, sendo, por isso, considerado por vários autores um fenómeno complexo e um evento crítico na transição para a parentalidade.

Os enfermeiros passam grande parte do tempo de trabalho em contato direto com as pessoas e constituem, assim, um grupo profissional privilegiado para as preparar e ajudar durante o processo de transição. Segundo Meleis et al. (2000), a Enfermagem é capaz de compreender e facilitar a transição dos indivíduos, não existindo outra disciplina que necessite tanto de conhecimento-base no âmbito da potencialização de conhecimentos/habilidades dos seus clientes para lidar com os eventos que influenciam a sua saúde. O enfermeiro tem como missão identificar as necessidades em cuidados de enfermagem de cada pessoa/comunidade. Este processo diagnóstico, fundamentado no juízo clínico é imprescindível para o estabelecimento duma decisão clínica (diagnóstico) acertada e consequente implementação da ação (intervenção) mais adequada, para atingir o resultado esperado. Os dados, os diagnósticos, as intervenções e os resultados constituem elementos centrais da prestação de cuidados e dos Modelos Clínicos de Dados (MCD).

Documentar os cuidados de enfermagem visa produzir registos sobre a sua implementação, promover a continuidade dos cuidados, possibilitar a sua avaliação, facilitar os processos de investigação e otimizar a sua gestão. A organização dos dados resultantes do exercício profissional dos enfermeiros tem, nas últimas décadas,

representado um grande desafio para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem (SIE), devido à crescente necessidade de informação e às dificuldades na sua gestão (Sousa, 2012). Neste âmbito, os SIE constituem-se como ferramentas indispensáveis para a documentação dos cuidados. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) emerge, na tentativa de desenvolver uma terminologia de enfermagem agregadora das já existentes. A norma ISO (International Organization for Standardization) 18104: 2014 corresponde ao contributo para a interoperabilidade semântica dada a diversidade de terminologias existentes na saúde (ISO, 2014).

A prática baseada na evidência tem vindo a ser cada vez mais referenciada como ferramenta capaz de promover melhores decisões clínicas e assim melhores cuidados de saúde. Neste trabalho, torna-se então fundamental que seja identificada e definida, pelos enfermeiros, a informação que, simultaneamente, integre a melhor evidência científica disciplinar e seja aplicável e potenciadora de melhores práticas. A construção de conjuntos de dados permitirá aos enfermeiros documentar as suas decisões usando conceitos comuns, e garantirá a incorporação nos processos de tomada de decisão dos pressupostos teóricos provenientes do conhecimento disciplinar de enfermagem. É neste contexto que surgem os Modelos Clínicos de Dados, suportados na melhor evidência disponível e influenciadores das melhores decisões face às necessidades específicas de cada cliente (Goossen, 2012; Mendes, 2013).

Através de um estudo qualitativo, do tipo descritivo e transversal, e a partir da análise de conteúdo das customizações nacionais do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®), associadas ao fenómeno Trabalho de Parto, pretendeu-se evoluir para a definição de um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem, procurando assim, contribuir para o desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados centrado no Trabalho de parto como evento crítico na Transição para a parentalidade, uma área ainda inovadora no núcleo dos SIE.

Este relatório pretende ser um registo dos procedimentos realizados e das opções metodológicas assumidas ao longo do percurso da investigação. O primeiro capítulo, o enquadramento teórico, pretende problematizar as questões da Transição para a parentalidade, centrando-se no Trabalho de parto enquanto processo, e, ainda aborda alguns conceitos relacionados com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e o papel dos Modelos Clínicos de Dados neste contexto. No segundo capítulo reafirmamos a pertinência da presente investigação e seus possíveis contributos, e, posteriormente, detalhamos as

opções metodológicas tomadas. O terceiro capítulo está reservado à análise e discussão dos resultados conseguidos. Por último, na conclusão, pretende-se apresentar algumas considerações, as reflexões finais, exploração das limitações do trabalho desenvolvido e implicações deste para a prática de enfermagem. Por fim, a realização deste trabalho permite, também, encerrar um ciclo de estudos iniciado em 2015, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O caminho percorrido revelou-se rico em oportunidades de encontro com o conhecimento daqueles que se cruzaram neste trajeto.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O corpo deste capítulo resulta da pesquisa e revisão da literatura realizadas a partir dos conceitos gerais do estudo, pelo que descrevemos e sistematizamos alguns dos aspetos mais relevantes. O capítulo inicia-se com uma breve apresentação da Teoria das Transições. Posteriormente, parte-se para a análise dos processos da Transição para a parentalidade, evidenciando o Trabalho de parto, como evento crítico desta transição, enquanto processo corporal, cognitivo, emocional e social. De seguida, são contextualizadas as Terapêuticas de Enfermagem, nomeadamente a preparação para o parto e a assistência peri-parto, enquanto ações terapêuticas de enfermagem com vista à facilitação das respostas da mulher. Por fim, faz-se uma incursão na temática dos SIE, da prestação de cuidados à definição de Modelos Clínicos de Dados, na qual se explicita o conceito e o seu papel enquanto ferramenta promotora das melhores decisões clínicas. Fizemos, assim, uma revisão das ideias e dos resultados de pesquisa mais significativos, que nos permitiram consolidar os conhecimentos relacionados com a temática e evoluir para a problematização e justificação da investigação.

1. Transição Para A Parentalidade

Tornar-se mãe e tornar-se pai correspondem a transições (Cardoso, 2014; Meleis et al., 2000). A transição traduz um processo, que decorre ao longo de diversas fases, organizadas numa determinada sequência ao longo do tempo e em função do que muda e fica diferente, envolvendo tanto a rutura com a vida tal como era conhecida, como com as respostas da pessoa ao evento que a desencadeou (Meleis et al., 2000).

Na teoria de médio alcance de Meleis, as transições são explicadas a partir de três aspetos fundamentais: (1) a natureza, caracterizada pelo tipo (desenvolvimental,

situacional, saúde/doença e organizacional), pelo padrão (simples - múltiplo, sequencial - simultâneo, relacionado - não-relacionado) e pelas propriedades (consciencialização, envolvimento, mudança, espaço temporal e eventos críticos); (2) as condições que dificultam ou facilitam as transições (pessoais, da comunidade ou da sociedade); e, (3) os padrões de resposta (traduzidos pelos indicadores de processo e de resultado). As terapêuticas de enfermagem são também um elemento essencial na teoria representando tanto os objetivos como as intervenções implementadas para facilitar a transição e garantir resultados que traduzam mais saúde/bem-estar.

A incorporação dos conhecimentos e das habilidades necessárias para assumir os cuidados a um filho e a redefinição dos significados constituem elementos chave da transição (Meleis et al., 2000). A percepção do que mudou propicia mudanças de atitudes e ajustamentos de comportamentos. Daí ser fundamental conhecer e descrever os efeitos e significados dessas mudanças, para compreender o processo de transição (Meleis et al., 2000).

O processo interno de perceber o que está a mudar e a ficar diferente espelha a congruência entre o que se conhece sobre os processos e respostas esperadas, e as percepções das pessoas que vivenciam transições semelhantes. Meleis et al. (2000) identificam este processo como uma propriedade designando-a de consciencialização (*awareness*). Todavia, aquelas autoras acrescentam que a ausência de manifestações de consciencialização não impede o início da transição; afirmam, contudo, que numa transição é suposto existir algum grau de consciencialização acerca das mudanças que estão a ocorrer. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, uma vez que a pessoa apenas se pode envolver na transição depois ter a noção da mudança e do que está a mudar. O envolvimento (*engagement*) reflete-se na procura de informação, recurso a modelos e de preparação ativa, face à necessidade de ajustamento às mudanças (Meleis et al., 2000). Também a passagem do tempo é assumido como elemento chave. O período de tempo em que decorre a transição vai desde a rutura com o que era habitual e rotineiro até ao viver com as alterações inerentes à transição, alcançando um novo equilíbrio (Kralik et al., 2006). Este período temporal tem início nos primeiros sinais de antecipação e de percepção de mudança e é caracterizado pela ocorrência de instabilidade, confusão e distresse. O espaço temporal é variável e dependente da natureza da mudança (Schumacher et al., 1999). Eventualmente terminará com um novo período de estabilidade.

Para Meleis et al. (2000) as condições influenciadoras da qualidade da transição vivenciada pela pessoa têm a ver com os significados que a própria atribui ao que está a mudar, com as expectativas que experiencia face à nova situação, com os seus níveis de conhecimento e capacidade, e com o ambiente socioeconómico em que se encontra inserida. As expectativas e significados da mulher em relação ao Trabalho de parto, ao seu próprio bem-estar e ao bem-estar do seu bebé, podem influenciar, positiva ou negativamente, o modo como o Trabalho de parto é experienciado (Beaton et al., 1990; Green, 1990; Hodnett, 2002).

A transição requer aprendizagem e alteração de comportamentos por parte de quem as vivencia, com consequente ajustamento ao que mudou e ficou diferente. Conhecer, antecipar e estar preparado para enfrentar os fatores que concorrem para a mudança, tornarão a transição mais bem-sucedida. Os indicadores de transições saudáveis são o bem-estar, a mestria no desempenho de um papel e o sentir-se bem no novo papel (Meleis, 2010). A vivência de uma transição implica a pessoa que a experiencia esteja mais vulnerável. Por isso, os enfermeiros assumem como missão facilitar as transições (Meleis et al., 2000).

Numa transição saudável, os sentimentos iniciais de stresse são substituídos por sensações de bem-estar e pelo domínio nas novas competências para lidar com a nova condição. Uma vez que uma transição se desenrola ao longo do tempo, identificar os indicadores de processo que movem os clientes em direção à saúde ou em direção à vulnerabilidade permite a avaliação e intervenção por parte dos enfermeiros para facilitar resultados mais favoráveis (Meleis et al., 2000). Os indicadores permitem determinar o impacto da adaptação na consciencialização – ao localizar-se e estar situado – e no envolvimento – ao sentir-se ligado e interagir – bem como no desenvolvimento da confiança e estratégias de *coping* (Meleis, 2010). Uma transição saudável é determinada pela demonstração, por parte do indivíduo, de mestria e de comportamentos necessários para gerir a nova situação e ambiente. A pessoa sente-se confortável no exercício do novo papel, adquirindo mestria, através da transformação pessoal e integração fluida da identidade (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Ao longo da transição para a parentalidade, mães e pais, precisam incorporar o papel de mãe e o papel de pai, respetivamente, desenvolvendo novas competências cognitivas, motoras e sociais e a adição de novas tarefas ao papel primário. Trata-se de um processo irreversível, com início durante a gravidez, e que permite que uma mulher se conceba como

mãe e um homem se conceba como pai daquele filho. Os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, incluindo o preparar-se para o parto, interiorizando as expectativas da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados, é entendido como um foco de atenção dos enfermeiros (CIE, 2015).

No caso da transição para a maternidade, o nascimento de um filho, principalmente do primeiro, inaugura definitivamente a maternidade, e esse facto vem acompanhado de todo o *status* e toda a pressão social do papel de mãe (Lopes et al., 2005). A vida tal como era conhecida é interrompida, resultando em instabilidade, ansiedade, stresse e incerteza quanto à congruência entre as expectativas criadas e a realidade decorrente do exercício do novo papel (Mercer, 2004; Meleis et al., 2000). Para além disso, pode ser marcada por eventos identificáveis, reais e concretos, ou seja, pontos e eventos críticos que se associam a momentos de instabilidade e vulnerabilidade, mas que resultam, usualmente, no aumento da consciencialização da mudança e diferença, bem como a um envolvimento mais ativo (Meleis et al., 2000). O Trabalho de parto emerge como um evento crítico, constituindo-se como uma das variáveis com mais significado no processo de transição para a maternidade (Mercer, 2004).

2. O Trabalho De Parto Como Evento Crítico Da Transição

O Trabalho de parto é um processo que pode ser considerado um evento crítico da transição para a maternidade (Cardoso, 2014). O significado e expectativas atribuídos ao Trabalho de parto acompanham toda a gravidez, e a forma como decorre transforma-se uma memória que marca a história de vida da mulher e do seu filho. A irreversibilidade do Trabalho de parto vem acompanhada da reformulação da identidade da mulher. Por isso, o Trabalho de parto não pode ser somente definido como um acontecimento composto por um conjunto de processos biológicos; precisa, também, ser definido na sua vertente social e cultural, na medida que organiza a identidade da mulher de uma nova forma e em que as relações com outros são reformuladas, devido à sua nova condição: a de mãe.

De acordo com Meleis et al. (2000), os eventos críticos correspondem a situações identificáveis que determinam momentos de maior instabilidade e de vulnerabilidade, condicionando o decurso da transição. De facto, a evidência tem vindo a demonstrar que a experiência do parto pode afetar, nos primeiros tempos, positiva ou negativamente, a autoestima da mãe, o estado emocional e as interações precoces com a criança. A inevitabilidade do momento do parto traz à experiência da transição para a maternidade elevada dose de instabilidade. Estudos têm vindo a demonstrar que à medida que o termo da gravidez se aproxima, os níveis de ansiedade e preocupações, os medos, as incertezas e o sentimento de risco relativamente ao Trabalho de parto aumentam (Lopes et al., 2005). O Trabalho de parto constitui-se num momento em que as expectativas e a ansiedade que acompanharam a grávida acabam por tomar uma dimensão real.

O medo é uma das respostas mais prevalentes quando a grávida reflete e imagina a sua experiência de Trabalho de parto (Loureiro, 2013; Souto, 2013). Loureiro (2013), num estudo que visava determinar os níveis de medo do parto de 180 grávidas, assistidas em centros de saúde da zona Norte de Portugal, através do Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP), verificou que todas as mulheres revelaram algum medo do parto, variando os scores entre um valor mínimo de três e um máximo de 122, apresentando uma média considerada como nível elevado de medo do parto.

2.1.O Trabalho De Parto Como Processo Corporal

É a natureza complexa do Trabalho de parto que transforma o nascimento de um filho num momento de transição que marca uma profunda mudança na vida da mulher (Stern et al., 2005). O nascimento é o acontecimento que conduz a mulher na direção da maternidade e o processo de Trabalho de parto pode afetar esta transição.

O Trabalho de parto corresponde aos processos perinatais desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta (CIE, 2015). De acordo com Montenegro e Rezende (2014), o Trabalho de parto organiza-se em quatro períodos: (1) período da dilatação (dividida em duas fases, a latente e a ativa); (2) período da expulsão; (3) período da dequitação; (4) e, período da hemostase.

O período da dilatação tem início com contrações uterinas rítmicas e regulares, podendo ser dolorosas, que produzem alterações de apagamento e de dilatação no colo uterino e termina com a dilatação completa do colo do útero – 10 centímetros (cm) (Montenegro et al., 2014; Graça, 2010).

A dilatação do colo uterino permite que o feto desça através da cavidade uterina até à vagina, mediante a ação de duas forças: a força mecânica, exercida pela apresentação do próprio feto e pela tensão causada pelas membranas amnióticas; e, a força das fibras musculares uterinas - das contrações (Montenegro et al., 2014; Graça, 2010).

No período da dilatação é possível distinguir duas fases: a fase latente e a fase ativa. A evolução de fase latente para fase ativa é determinada pelos centímetros da dilatação do colo do útero. Estas noções foram lançadas por Emanuel A. Friedman, obstetra norte-americano, nos anos 50. Num estudo observacional realizado por Peisner e Rosen nos finais dos anos 80, no qual foram incluídas 1699 parturientes foi observado que 60% dos trabalhos de parto avançaram para fase ativa quando o colo atingiu os quatro cm de dilatação e 89% quando atingiu os cinco cm (Peisner e Rosen, 1986). A fase latente é caracterizada pela presença de contrações uterinas dolorosas e alterações do colo uterino, até aos quatro cm de dilatação; já a fase ativa é caracterizada por contrações uterinas regulares e dolorosas e dilatação do colo superior a quatro cm (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007; Royal College of Midwives, 2012). Todavia, autores mais recentes afirmam que o padrão de progressão do Trabalho de parto na população contemporânea é diferente daquela que foi observada nos anos naquela época (Hodnett, 2004; Lauzon et al., 2004).

O período expulsivo é diagnosticado quando existe dilatação cervical completa do colo uterino (10 cm) e corresponde ao período em que o feto é expulso através do canal de parto até ao seu nascimento. Este período também pode ser dividido em duas fases: a fase passiva corresponde à dilatação completa com ou sem perceção da vontade de empurrar e a fase ativa corresponde na qual que para além da dilatação completa, a apresentação fetal é visível e a mãe apresenta esforços ativos para empurrar. Esta fase do Trabalho de parto decorre sob ação das contrações uterinas, da gravidade e dos esforços expulsivos maternos. A apresentação fetal atinge o pavimento pélvico, e, nesta fase, as contrações adquirem um carácter expulsivo. Quando a apresentação fetal se posiciona abaixo das espinhas isquiáticas, com o alongamento dos nervos e músculos e a estimulação dos recetores de estiramento na parede vaginal posterior, induz um aumento da libertação de

ocitocina endógena o que desencadeia, na mulher, o ímpeto de “fazer força” e “desejo de empurrar”. Estas contrações reflexas do útero, após a estimulação do colo, consistem no reflexo de *Ferguson*. A percepção deste reflexo permite que a parturiente adquira algum controlo sobre o esforço de empurrar. Os esforços expulsivos caracterizam-se por utilizar a musculatura abdominal e a respiração para facilitar a expulsão do feto. (Cunningham et al., 2012; Graça, 2010).

O terceiro período do Trabalho de parto corresponde à dequitação. Este processo é caracterizado pela saída da placenta e dos anexos. A expulsão da placenta pode ocorrer por um de dois mecanismos: de Shultze, quando ocorre a inversão da parte central da placenta e a face que se apresenta na vagina é a fetal, ou de Duncan, ou seja, a inversão da parte central da placenta não acontece e a face que se apresenta na vagina é a face materna (Montenegro et al., 2014).

O quarto período do Trabalho de parto também é extremamente importante devido aos riscos de hemorragia pós-parto, ou seja, de perda sanguínea de volume superior a 1000 ml, ou redução do hematócrito superior a 10%, ou pela necessidade de transfusão sanguínea (Campos et al., 2011). São objetivos do período de hemóstase verificar o tónus do útero pós-parto, a perda hemática vaginal e o estado geral da mulher (Montenegro et al., 2014; Lowdermilk et al., 2008).

Assim, espera-se neste período, que o útero diminua gradativamente, após o parto, formando o globo de segurança de Pinard, isto é, um útero de consistência firme relacionado com a constrição dos vasos parietais pelo miométrio bem contraído (Montenegro et al., 2014). O órgão deve ser palpado para se avaliar a sua consistência que deve ser dura e a sua altura deve regredir em torno de um cm por cada dia.

Assim, enquanto processo corporal, o Trabalho de parto, pode dizer-se que é avaliado tendo em conta:

- Condição do colo: Quanto à *posição*: refere-se à localização do colo perante o exame vaginal, pode-se encontrar numa posição posterior, intermédia ou anterior, à medida que o Trabalho de parto se desenvolve. À *consistência*: refere-se a característica do colo, se está duro ou mole ao toque vaginal. À *dilatação*: alargamento do orifício e do canal cervical. O diâmetro vai aumentando desde menos de um cm até à dilatação completa (igual 10 cm), que corresponde ao fim do primeiro estágio de Trabalho de parto. À *extinção*: Encurtamento e adelgaçamento do colo, medido em percentagem de 0% (colo

com cerca de um cm de espessura) até 100% (colo extinto) (NICE, 2007; Royal College of Midwives, 2012).

- Estática fetal: *Atitude* - postura do feto, caracterizada pela flexão generalizada de todo corpo (ovoide). *Situação* - longitudinal, o maior eixo do feto é paralelo ao maior eixo da mãe; transversa - o maior eixo do feto é perpendicular ao maior eixo da mãe; oblíqua - o maior eixo do feto é diagonal ao maior eixo da mãe. *Apresentação* - parte fetal acessível ao toque/exame através do colo; poderá ser cefálica, se a parte do feto que se apresenta é o occipital, pélvica se é o sacro ou de espádua se é o ombro. *Posição* - relação do ponto de referência da apresentação, com os lados esquerdo ou direito. *Variedade* - relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversa.

- Descida do feto: Caracterizada pelos Planos de Hodge, consiste na relação entre a apresentação fetal e a linha imaginária traçada entre as duas espinhas isquiáticas maternas e corresponde à medição do grau de descida da apresentação no canal de parto (primeiro plano de Hodge corresponde ao nível do bordo superior da sínfise púbica; segundo plano corresponde ao bordo inferior sínfise púbica; terceiro plano ao nível das espinhas ciáticas e quarto plano apresentação à vulva)(Hodnett, 2004; Lauzon et al., 2004).

Durante este processo, outro dado a avaliar é a dor de Trabalho de parto. A dor de Trabalho de parto, é entendida pela CIPE® versão 2015 como “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o Trabalho de parto” (CIE, 2016, p.54). No Trabalho de parto, a dor é progressiva, aumenta com o avançar da dilatação e a intensidade das contrações uterinas.

2.2.O Trabalho De Parto Enquanto Processo Cognitivo E Emocional

A *preparação e conhecimento* constituem-se como fatores facilitadores da Transição na medida em que contribuem para a incorporação e ajustamento do autocontrole para lidar com a situação. A preparação antecipada representa um meio facilitador da vivência de todo o processo (Meleis, 2010).

O Trabalho de parto decorre numa sequência previsível, mas as diferentes fases do Trabalho de parto são experienciadas pela mulher de forma única, em função da consciencialização dos seus próprios recursos e necessidades e dos significados que atribui ao processo e a tudo que o rodeia. A diversidade de significados está associada a diferentes aspetos do Trabalho de parto. O conceito de autocontrolo, para algumas mulheres, relaciona-se com o controlo sobre o processo de Trabalho de parto, por exemplo, a sua duração. Para outras, implica envolvimento nas decisões relacionadas com a gestão do Trabalho de parto. Para outras ainda, associa-se ao controlo do seu próprio comportamento e emoções enquanto o processo acontece. De acordo com os resultados do estudo qualitativo desenvolvido por Iravani et al. (2015), as necessidades e expectativas das mulheres dividiram-se em sete categorias principais: fisiológicas, psicológicas, informativas, sociais e relacionais, estima, segurança e necessidades médicas. Todas as necessidades-chave relacionam-se com uma necessidade fundamental, denominada "perceção de controlo e *empowerment* no Trabalho de parto". Conhecer as necessidades, os valores, as preferências e as expectativas de uma mulher durante o Trabalho de parto e parto auxilia os profissionais da saúde a prestar cuidados de alta qualidade às mulheres. Neste sentido, também surgiram diversos estudos que revelam que a participação ativa e informada e a perceção de controlo durante o Trabalho de parto são preditores da satisfação da experiência de Trabalho de parto. No estudo qualitativo, realizado por Gibbins et al. (2001), os autores verificaram que todas as mulheres queriam tomar parte ativa no seu Trabalho de parto e perceber em si um maior controlo. Para isso contribuíram, entre outros aspetos, as informações dadas durante a gravidez e o Trabalho de parto e o facto de ter sido incluída na tomada de decisões durante o Trabalho de parto.

Por sua vez, os trabalhos desenvolvidos têm vindo a evidenciar que o conhecimento acerca do Trabalho de parto diminui o medo das mulheres, aumenta o relaxamento e diminui a tensão, o que amplia a probabilidade de uma maior perceção de controlo, contribuindo para uma experiência de Trabalho de parto mais positiva. Já o contrário, isto é, a antecipação de Trabalho de parto menos positiva durante a gravidez, foi observado em mulheres menos informadas. Acrescentam também, que a falta de informação ou informação inconsistente contribuiu para uma experiência de Trabalho de parto mais negativa do que o esperado. As mulheres mais bem preparadas para o Trabalho de parto, estão mais propensas a ter expectativas realistas em relação aos níveis esperados de dor, experienciam menos emoções negativas e desenvolvem autoconfiança, que,

consequentemente, poderá conduzir à percepção de uma experiência mais positiva (Iravani et al., 2015).

Para se prepararem para o parto, as mulheres procuram informação em diversos suportes. Num trabalho de investigação realizado por Mcardle et al. (2015), as mulheres favoreceram a informação fornecida pelos profissionais da saúde, principalmente do Enfermeiro(s) Especialista(s) em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Os EESMO são profissionais bem preparados para lidar com as mulheres e dar-lhes informação imparcial com base em evidência científica. Conhecimento este que lhes permite tomar decisões e fazer escolhas informadas. Apesar da internet conter informação sobre esta temática, as mulheres precisavam ser tranquilizadas quanto à confiabilidade desta. Estas preferiram receber informações de seu EESMO ou outro profissional da saúde. Uma minoria referiu procurar e/ou partilhar informação a partir da troca de experiências com os seus familiares ou amigos. A crescente importância da internet no domínio da saúde é um facto, assim como também é um facto o seu potencial para alterar a relação entre o profissional e o cliente. Os profissionais e investigadores na área da saúde já não controlam a produção e disseminação de informação em saúde que estão disponíveis nas mais diversas formas eletronicamente (Santana, 2009).

De facto, a confiança nos profissionais de saúde é encorajadora, mas também incumbe aos profissionais da saúde um conhecimento desenvolvido na melhor evidência para fornecer elevada informação e de qualidade. As conclusões deste estudo têm implicações importantes para prática obstétrica. Os profissionais da saúde precisam capacitar as mulheres com conhecimentos sobre a saúde e bem-estar, no contexto do nosso fenómeno, relacionados com o Trabalho de parto, de modo que estas possam fazer escolhas que melhorem as suas próprias experiências e também o resultado final deste processo. O desafio para o enfermeiro é envolver as mulheres para assim definir que intervenção será necessária e depois desenvolver os adequados recursos (Mcardle, 2015). Nesta lógica, na literatura, a utilização da internet é interpretada como um recurso que apoia a autonomia ou como um suporte quando a relação cliente/serviço de saúde não é eficaz. Num estudo realizado por Burton et al. (2013) foram analisadas 50 entrevistas com mulheres grávidas. Algumas destas referiram que a utilização da internet principalmente visava a partilha das suas experiências. Outras referiram procurar informações específicas, por curiosidade, para complementar a informação recebida nas consultas ou, mais raramente, por falta de informação (Burton et al., 2013).

Numa revisão sistemática levada a cabo por Sayakhot et al. (2016), em que foram incluídas sete publicações em que o tamanho da amostra variou de 182 a 1347 mulheres grávidas, grande parte dos artigos relatou que as mulheres utilizavam a internet como fonte de informação sobre gravidez. A maioria das mulheres procurou informações de saúde na Internet que fossem confiáveis e úteis no entanto não discutiu as informações encontradas com os profissionais da saúde, criando assim um risco destas ficarem mal informadas e talvez desnecessariamente ansiosas ou preocupadas sobre diversas questões. As grávidas usam frequentemente a Internet para obter informações sobre vários tópicos relacionados com a gravidez, incluindo as fases do parto. De acordo com os resultados desta revisão é necessária mais investigação para abordar questões relacionadas com as fontes de informação, bem como abordar formas de melhor informar as mulheres sobre os perigos da utilização da Internet.

Efetivamente, os cidadãos tornaram-se coprodutores de informação em saúde, através de blogs, de e-mails, de comunidades virtuais de autoajuda, proporcionando assim inúmeras oportunidades de receber informação médica, e a ajuda que encontram *online* pode parecer aos olhos do utilizador mais completa e útil do que a informação tipicamente fornecida pela sua equipa de saúde (Ferguson et al., 1999; Santana, 2009). Porém, a qualidade, a segurança e a eficiência em cuidados de saúde dependem em grande medida das tomadas de decisão corretas baseadas em informação adequada e acessível atempadamente.

É assim essencial que o enfermeiro que acompanha a grávida tenha a sensibilidade necessária para perceber que, por detrás de qualquer pergunta, por mais ingénua que possa parecer, podem existir importantes aspetos emocionais latentes. A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Enquanto a mulher não desenvolve essa perícia e formas particulares de gerir as necessidades, os profissionais da saúde são um recurso importante para o desempenho desse novo papel (Graça et al., 2011). Os enfermeiros especialistas, devem responsabilizar as grávidas neste processo e como tal, têm que proporcionar a estas mulheres as ferramentas necessárias para que tal aconteça.

Nesta perspetiva, os profissionais da saúde continuam a ser uma das principais fontes de informação. Destes, os EESMO ocupam lugar de destaque. Crescentemente, os enfermeiros ESMO concebem e implementam programas de preparação para o parto que

assume tanto a mulher como o homem como clientes dos cuidados. Estes programas garantem informações precisas e realistas e promovem o desenvolvimento de competências para lidar com o Trabalho de parto de forma positiva aumentando a mestria e a autoconfiança nos recursos internos para facilitar o Trabalho de parto. Em Portugal, a frequência da preparação para o parto é um direito legalmente estabelecido, pela Lei nº 142/99 de 31 de Agosto. No regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna , a preparação para o parto, centrada na assistência à grávida e família:

“(...) visa, por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios músculo-articulares promotores de flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento” (2011, p.14).

A evidência tem vindo a demonstrar o impacto positivo que o recurso a algumas técnicas tem durante o Trabalho de parto, quer ao nível do autocontrolo quer ao nível do facilitar o processo.

Em 2014, numa revisão integrativa realizada por Mafetoni et al., onde se incluíram 19 estudos publicados entre os anos de 2003 e 2013, uma das técnicas estudadas e avaliadas durante o Trabalho de Parto foi a deambulação e/ou a prática de manter a parturiente em postura vertical. Esta estratégia revelou ser importante para o alívio da dor, embora tenha sido descrito que a dor aumenta à medida que se dá a evolução da dilatação cervical. Durante a fase ativa, a utilização da massagem lombossacral, juntamente com os exercícios respiratórios e de relaxamento, e/ou o uso da crioterapia, do banho de chuveiro e da imersão revelaram ser técnicas eficazes. A técnica de exercício respiratório isolada foi significativa na redução da dor, mas citada somente num estudo durante o Trabalho de parto. Considerou-se importante enfatizar e valorizar a opinião da mulher em Trabalho de parto, visto que cada parturiente enfrenta este processo de maneira e forma distintas. O uso das técnicas facilitadoras tem crescido e novos estudos procuram melhores evidências para sua utilização como estratégia de alívio da dor. Novas pesquisas que foquem a preferência das parturientes nessas estratégias, são imprescindíveis para ampliar a humanização e a qualidade na assistência ao parto (Mafetoni et al., 2014).

A análise dos estudos, levada a cabo numa revisão sistemática, por Osório et al. (2014) evidenciou que a massagem, a aromaterapia, o banho de imersão, a acupuntura e a acupressão são métodos eficazes para aliviar a dor no Trabalho de parto, pois além de

diminuírem a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e stresse. Dentre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do Trabalho de parto. Além de diminuir a percepção da dor e o nível de stresse e ansiedade, as parturientes que utilizaram esta intervenção não relataram a necessidade de métodos farmacológicos. A massagem, a aromaterapia e a musicoterapia compuseram as intervenções onde as parturientes não relataram necessidade de analgésico, ao contrário do banho de imersão e da acupuntura. Além disso, o estudo concluiu que as intervenções não interferem no tipo e na duração do Trabalho de parto, mostrando-se seguras para a prática clínica. Acredita-se que resultados positivos à aplicação das estratégias não farmacológicas durante o Trabalho de parto possam ser intensificados se estas fossem associadas entre si, de maneira complementar. Os achados deste estudo apontam para a necessidade de mais pesquisas, principalmente para a Enfermagem, focalizando o uso dessas e outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parto, visando humanizar a assistência à parturiente (Osório et al., 2014).

Neste mesmo contexto, foi publicada em 2016 uma revisão integrativa, na qual se verificou que a posição vertical constitui uma estratégia eficaz, assim como o banho quente proporcionou um efeito relaxante. A bola suíça apresentou-se útil, especialmente, na percepção e controlo das contrações uterinas e na dilatação cervical; outro método, a crioterapia, destacou-se devido ao efeito no alívio da dor; a deambulação evidenciou-se como método eficaz a partir de cinco centímetros de dilatação cervical e os exercícios respiratórios contribuem na redução da ansiedade. Além dos métodos citados, ressalta-se a relevância da presença do acompanhante, durante o processo. Salienta-se a importância de conhecer as experiências prévias, as expectativas e as queixas da mulher, levando em consideração que estes representam aspectos singulares e que cada parturiente possui suas particularidades. Reforça-se a importância da equipa de profissionais proporcionar conforto à mulher, respeitar as suas escolhas e contribuir para que o Trabalho de parto e parto represente uma experiência positiva (Schvartz, 2016).

2.3.O Trabalho De Parto Como Processo Social

Numa perspectiva estereotipada, poder-se-á afirmar que, ao longo dos anos a paternidade seguiu caminho diverso do da maternidade: à mãe cabia alimentar, cuidar e dar carinho; ao pai cabia garantir o alimento (Melo et al., 2015). Mas a sociedade não é estática. Altera-se a cada dia que passa. A revolução tecnológica e a era da informação trouxeram uma nova visão ao mundo. Também a entrada das mulheres no mercado do trabalho reconfigurou a organização da família e a maternidade deixou de ser o auge da vida da mulher.

Num contexto social, em contante mudança, percebe-se que a gravidez e o parto para além de processos fisiológicos tem uma dimensão social. O Trabalho de parto pode ser entendido como um evento biopsicossocial, permeado por valores culturais e sociais, para além dos biológicos, emocionais e afetivos.

Apesar de representar um acontecimento feliz – o nascimento de um filho – o Trabalho de parto sempre foi associado a dor e sofrimento. E tem sido assim através dos tempos e dos povos. O parto é um ato cultural, pois reflete os valores sociais prevalentes historicamente em cada sociedade (Gama et al., 2009). Ao longo dos tempos, o Trabalho de parto foi assunto tratado por mulheres. No período do pós II Guerra Mundial, com as mudanças sociais e os avanços tecnológicos e na medicina, o nascer, tal como outros eventos de vida, como por exemplo o morrer, passaram a ser institucionalizados.

Os avanços científicos na assistência peri-parto e o domínio deste processo por parte dos profissionais condicionou a passagem do nascimento de um evento familiar para um processo intra-hospitalar. Esta realidade teve importante impacto na taxa de mortalidade infantil, como os dados epidemiológicos da PORDATA ilustram: 1960 – 77,5 ‰; 2015 – 3,4‰. Já na taxa de mortalidade materna, os dados já não evidenciam tamanha diferença (1960 – 10,7 ‰; 2015 – 10,2‰).

Apesar das mais-valias em termos da taxa de mortalidade infantil, alguns autores assumem que uma das consequências adversas da institucionalização do Trabalho de parto é que as rotinas e os profissionais da saúde assumem o protagonismo e a parturiente passa

a ser entendida como um objeto e não como o sujeito da ação (Moraes et al., 2006). Atualmente, as questões centram-se nestes temas. Relatórios relacionados com a saúde têm vindo a questionar os níveis variados de intervenção médica no parto em países europeus, sem qualquer correlação evidente com os resultados (Euro-Peristat, 2004; Elmir et al., 2010). A institucionalização do parto parece ter favorecido a perda de privacidade e de autonomia pela mulher durante o parto, estando sujeita às normas e práticas institucionais (Moura et al., 2007).

Estas questões têm também sido alvo da atenção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que já nos finais do século passado defendeu que a assistência pretendida, no momento do trabalho de parto, seria aquela que visa *“obter uma mãe e uma criança saudáveis como o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural”* (OMS, 1996, p. 4).

Num estudo realizado, por meio duma pesquisa descritiva transversal numa amostra de 100 mulheres, na perspetiva destas o uso de algumas práticas no Trabalho de parto e nascimento devem ser estimuladas e outras eliminadas. Entre as práticas que devem ser estimuladas, destacou-se: o cuidado com a privacidade da mulher; a participação do acompanhante de escolha da mulher durante todo o processo; a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no Trabalho de parto; o incentivo do contato pele-a-pele da mãe e do recém-nascido e amamentação logo após o nascimento. No entanto, foram encontradas práticas que devem ser utilizadas com precaução ou eliminadas da assistência ao parto e que foram mencionadas pelas mulheres como: a transferência da mulher durante o período expulsivo para a sala de parto; a posição de litotomia no momento do nascimento; o jejum no Trabalho de parto, a punção venosa de rotina, os toques vaginais em curto espaço de tempo e por mais de um profissional e a realização da episiotomia de forma rotineira. Percebeu-se que mulheres desconhecem os seus direitos e permanecem passivas em seu processo de parto. Isto ocorre apesar dos esforços institucionais em mudar o modelo de atenção ao parto. Foi constatada aqui a importância das mulheres estarem informadas sobre as práticas recomendadas para que tenham autonomia e recebam atendimento na perspetiva do parto humanizado, pelo que a participação das mulheres torna-se essencial (Apolinário et al., 2016).

O plano de parto pode funcionar como ferramenta útil para fazer essa conexão entre o que é desejado pela mulher e o que poderá ser feito ou evitado no sentido de respeitar

essas vontades. Assim, será possível fazer com que haja altos níveis de satisfação no Trabalho de parto e parto, mesmo que nem tudo tenha corrido como foi expectado (Kuo et al., 2010).

A experiência de parto é um fator que influencia profundamente a forma como a mulher efetua o seu processo de transição para a parentalidade. Segundo Conde et al. (2007) e Hardin et al. (2004), quando positiva, leva a sentimentos de bem-estar, enriquecimento pessoal, autoeficácia e autocontrolo. Estes sentimentos vão ter repercussões a longo prazo, tanto na capacidade para lidar com futuros eventos stressantes, como no exercício da maternidade. Este facto releva para os EESMO pois torna claro que, após se terem identificado os fatores que influenciam a experiência de parto, é importante perceber como se pode ajudar a mulher a conseguir perceber uma experiência positiva.

2.3.1. Quem Acompanha A Parturiente

A presença de alguém que acompanha a parturiente ao longo do Trabalho de parto é já consensual entre todos os elementos que rodeiam o evento. Já nos anos 80, Cranley et al. (1983) reconheceram que a presença do parceiro ou de uma outra pessoa significativa junto à parturiente é fomentadora do equilíbrio físico e emocional da mulher e do processo de ligação mãe-filho precoce. A evidência produzida nas últimas décadas tem sido unânime. Gjerdingen et al. (1991) mostraram a relação benéfica do apoio de um acompanhante durante o Trabalho de parto, na redução do número de complicações físicas maternas e de depressões no período pós-parto. Parke (1996) observou que mulheres que contaram com a participação do companheiro durante o Trabalho de parto relataram menores níveis de dor, receberam menos quantidade de medicação e revelaram uma experiência de Trabalho de parto mais positiva do que aquelas que não foram acompanhadas. Gibbins et al. (2001) mostraram que a presença do companheiro junto da mulher em Trabalho de parto, através do apoio, incentivo e confiança transmitida, teve efeito positivos no autocontrolo e na capacidade de *coping* da mulher, observando diminuição da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade e percepção de uma experiência positiva de Trabalho de parto. Pinheiro et al. (2015) num estudo que pretendeu conhecer as percepções, as expectativas e os

conhecimentos das puérperas em relação à experiência do parto normal, tendo entrevistado 32 puérperas, verificaram que a grande maioria das mulheres que teve um acompanhante familiar considerou esta experiência positiva, destacando os aspectos de conforto, apoio, segurança e tranquilidade que ter uma pessoa próxima traz. Os resultados dos estudos de Hardin et al. (2004) mostraram que a presença de uma figura significativa para a mulher constitui um dos elementos mais influentes numa apreciação positiva da experiência de Trabalho de parto.

Meyer (2012) desenvolveu uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar os atributos centrais da experiência de trabalho e parto. Quando as mulheres avaliam as suas experiências de parto, os resultados foram resumidos qualitativamente a quatro fatores relevantes - as expectativas pessoais, ao apoio dos cuidadores, a qualidade da relação cuidador-utente e o envolvimento na tomada de decisões – que parecem ser tão importantes que anulam as influências da idade, status socioeconómico, etnia, ambiente físico do nascimento, dor, imobilidade, intervenções médicas e continuidade do atendimento. As influências da dor, do alívio da dor e das intervenções médicas intraparto, quanto a satisfação subsequente, não foram nem óbvias, nem diretas, nem tão poderosas quanto as influências das atitudes e comportamentos dos cuidadores.

Mais recentemente, Hodnett et al. (2013), numa revisão da *Cochrane*, que envolveu 22 estudos e 15288 mulheres verificaram que quando existe apoio contínuo durante o Trabalho de parto há maior probabilidade de ocorrer um parto eutócico (RR 1.08, 95% CI 1.04 a 1.12) e de ser administrado menor dose de analgesia (RR 0.90, 95% CI 0.84 a 0.96) ou de ser reportada uma experiência insatisfatória (RR 0.69, 95% CI 0.59 a 0.79). Para além destes achados, constataram que a duração do Trabalho de parto era menor (MD -0.58 horas, 95% CI -0.85 a -0.31) e menor probabilidade de baixo Apgar ao 5.º minuto. Face a estes resultados os autores recomendam que todas as mulheres deveriam ter apoio durante o Trabalho de parto.

Neste sentido, Carlsson et al. (2011), num estudo qualitativo que incluiu mulheres que ficaram em casa durante a fase latente do Trabalho de parto, verificaram que o envolvimento do respetivo companheiro foi considerado como muito importante para elas. Vários estudos têm vindo a revelar que o companheiro/accompanhante influencia a decisão de ir para o hospital (Barnett et al. 2008; Carlsson et al. 2009; Eri et al. 2010). Nestes estudos foi observado que as mulheres reportam aumento dos níveis de ansiedade quando o respetivo companheiro as encorajava a ir para o hospital quando elas ainda se sentiam

confortáveis em casa (Cheyne et al. 2007). Os resultados destes estudos recomendam que os companheiros/acompanhante seja envolvido na preparação para o parto.

Também para Hallgren et al. (1999) parece importante a preparação para o parto do ponto de vista do homem, através da discussão das expectativas em relação ao seu papel durante o Trabalho de parto e os primeiros tempos pós-parto. O desafio essencial será envolver quer a mulher quer o companheiro/acompanhante na preparação para o parto, de modo que possam tomar decisões informadas sobre o Trabalho de parto (Jordaan, 2009), apoiar-se mutuamente e lidar melhor com os acontecimentos do Trabalho de parto. (Widarsson et al., 2012)

Nesta sequência, Iravani et al. (2015), realizaram um estudo qualitativo cujo objetivo foi explorar as necessidades, valores e preferências de 24 mulheres durante o Trabalho de parto numa cultura diferente da portuguesa – mulheres iraquianas. Mas a realidade é sobreponível. Dos resultados daquele estudo, no que se refere à presença contínua de um acompanhante, que poderia ser o companheiro, um familiar ou uma doula, as autoras perceberam que todas valorizaram a presença de alguém. Mas não necessariamente a mesma pessoa: umas preferiam o companheiro, umas preferiam a própria mãe, outras preferiam uma amiga.

A inclusão de uma figura de suporte escolhida pela parturiente é uma das recomendações encorajadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996). Em Portugal, encontra-se regulamentado o direito da mulher ter um acompanhante durante o Trabalho de parto, através da Lei n.º 14/85 de 6 de julho.

Quando a escolha do casal é que seja o companheiro (pai) a acompanhar neste processo, importa que ambos se preparem para o parto. Estudos demonstraram que quando o homem é preparado para o Trabalho de parto, tanto ele como a mulher experimentaram níveis elevados de satisfação no período pós-parto por terem compartilhado a experiência (Chan et al., 2002). Premberg et al. (2011) defendem que o homem precisa de ser reconhecido como um participante importante no Trabalho de parto. A sua presença, acompanhando passo a passo a evolução do Trabalho de parto, apoiando a companheira de forma contínua, traz benefícios, recordações positivas que se tornarão marcantes para toda a vida do casal (Perdomini, 2010). Esta referência ao homem é essencial pelo espaço que ocupa como figura significativa durante o Trabalho de parto, já segundo Carvalho (2003, p. 394):

(...)“observamos novas possibilidades de construção da maternidade e da paternidade através da abordagem humanizada do parto e nascimento. (...) Desta maneira, tanto a maternidade como a paternidade são beneficiadas, facilitando a solidariedade e compartilhamento de emoções profundas no nascimento da criança, o que pode contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre homens e mulheres.”

O entendimento do companheiro/acompanhante como cliente dos cuidados está contemplado desde 2011 no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica quando se refere: *“(...) e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente (...)”* (p.14).

3. Terapêuticas De Enfermagem

Definir a Enfermagem como uma disciplina facilitadora das transições e uma profissão que promove o bem-estar, garante uma perspectiva única do cuidar (Souto, 2013).

As terapêuticas de enfermagem visam a facilitação dos processos de transição, acompanhando as mudanças e impactos, preparando as transições eminentes e potenciando o processo de aprendizagem de novas tarefas relacionadas com experiências de saúde e de doença (Meleis et al., 2000). Os objetivos das terapêuticas de enfermagem, sob o ponto de vista das transições, são de facilitar um processo de transição saudável, diminuir as transições não saudáveis e promover indicadores de processo positivos (Schumacher et al.,1999). As transições são assim caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010).

As terapêuticas implementadas ao longo da transição desenvolvimental para a parentalidade assumem-se como essenciais nos períodos antecipatórios de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos da transição sobre o indivíduo. Schumacher e Meleis (1994) acrescentam que esta preparação exige tempo suficiente para uma gradual incorporação de novas responsabilidades e implementação de novas competências, sendo que, o conhecimento surge como um meio privilegiado para possibilitar a preparação dos indivíduos para as suas transições.

A informação, nomeadamente a fornecida pelos enfermeiros, tanto durante a gravidez como durante o Trabalho de parto, tem sido considerada como um fator relevante, por possibilitar uma maior participação no processo de decisão e aumentar a perceção de estar no controlo da situação, influenciando a satisfação com a experiência de Trabalho de parto (Green et al., 1990; Gibbins et al., 2001).

Na revisão desenvolvida por Hodnett et al. (2013), a maior parte das mães descrevem a importância do suporte físico dos profissionais da saúde e/ou acompanhante. De acordo com os resultados, as participantes tinham como expectativa que as enfermeiras especialistas em SMO revelassem empatia, interesse e constante suporte emocional. Acreditavam que as mulheres que percebem que as enfermeiras as apoiam experienciam maior autocontrolo do que as que não sentem esse apoio. De acordo com os resultados desta revisão da *Cochrane*: o apoio durante o Trabalho de parto pode melhorar o processo fisiológico do Trabalho de parto bem como os sentimentos de autocontrolo e competência e, por isso, reduzir a necessidade de intervenções obstétricas.

A preparação para o parto e a assistência peri-parto são cuidados que as enfermeiras especialistas ESMO implementam.

3.1.Preparação Para O Parto

A institucionalização do parto expôs as mulheres a um modelo de intervenção biomédico, centrado em procedimentos invasivos que levaram à perda de autonomia e de capacidade de participação no processo (Schmalfuss et al., 2010). Com vista a contrariar estes resultados, considera-se ser necessária a promoção da participação ativa da mulher/casal no Trabalho de parto e parto (OMS, 2003; Sousa, 2015).

A preparação para o parto é considerada como fonte pertinente de educação pré-natal (Slade et al., 2000; DGS, 2001). Neste âmbito, dotar a grávida e acompanhante, de conhecimentos e capacidades que a/os ajudem a tomar decisões adequadas à promoção dos seus potenciais de saúde é um dos objetivos dos EESMO. No sentido da sua concretização, planeiam e implementam intervenções que permitem tornar a grávida e

acompanhante mais conscientes, autónomos e capazes de tomar decisões, pelo que necessitam reconhecer e desenvolver as suas capacidades.

Lamaze Internacional (2013) considera como princípio que cada mulher tenha confiança em si, tenha liberdade para encontrar conforto durante o Trabalho de parto, e possua apoio familiar e de profissionais da saúde que acreditem que ela tem em si a capacidade para parir. Assim, procura-se preparar a mulher para ter o seu filho em segurança; ensinar a encontrar, através de uma vasta diversidade de formas, o conforto necessário durante o Trabalho de parto; ajudar a desenvolver um plano de parto que reflita as intenções da mulher e preparar para a tomada de decisão informada. Ao contribuir para que as mulheres tomem decisões informadas, as intervenções promovem um maior conhecimento sobre o parto e dão oportunidade à mulher/casal para discutirem as suas escolhas (Romano et al., 2008).

Em Portugal, a preparação para o parto é entendida como um direito, devidamente explanado na Lei nº 142/99 de 31 de agosto que faz parte da assistência de enfermagem pré-natal. Apesar disso, a manutenção das intervenções de rotina no Trabalho de parto e a alta taxa de cesarianas existente no país levou, em 2010, à criação do projeto “Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada” com o objetivo de se “*construir um consenso sobre conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal*” (Leite et al., 2012, p. 9), sendo a preparação para o parto considerada um fator preponderante na promoção do parto normal.

Como recomendado pela DGS (2001), nas intervenções implementadas, importa proporcionar à mulher a oportunidade de desenvolver estratégias para lidar com o Trabalho de parto, para a gestão da dor e da ansiedade, ensinando-lhe não só estratégias comportamentais, mas também cognitivas, tais como: técnicas de distração (que envolvem a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de utilização de técnicas passivas (a atenção é desviada para outro estímulo), como ativas (desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás) e de confronto (para transformação da experiência emocional por processos abstratos e internos). A DGS sugere, ainda, que os profissionais da saúde recorram à técnica de reestruturação cognitiva, de forma a ajudarem a mulher a lidar melhor com os agentes stressores e a encarar a situação de uma forma mais positiva. No entanto, e de acordo com Escott et al., (2009), nos programas de preparação para o parto, é desenvolvido um número limitado de estratégias para a gestão da dor de Trabalho de parto, estando a aprendizagem mais centrada em

quatro técnicas comportamentais: o controlo da respiração, o relaxamento, o posicionamento e mais recentemente a massagem.

Em contrapartida, Walsh (2012) refere que relativamente ao Trabalho de parto, os investigadores encontraram escassa evidência de que as sessões do programa de preparação para o parto poderão contribuir para reduzir a dor de Trabalho de parto, o número de pedidos de epidural, e no aumento da taxa de partos normais. Contudo, há evidência de que a sua frequência está associada a uma maior satisfação com a experiência de parto. Por este ângulo, em 2010, Maimburg et al., efetuaram um estudo experimental com o objetivo de identificar se a participação em programas de Preparação para o parto (PPP), durante a gravidez tinha efeito sobre o Trabalho de parto. Concluíram que as nulíparas que frequentaram o programa chegaram mais vezes ao hospital na fase ativa do Trabalho de parto e com mais dilatação cervical e que tendiam a usar menos meios farmacológicos para alívio da dor no Trabalho de parto, inclusive analgesia epidural. Não verificaram-se diferenças, entre os grupos no que diz respeito à perceção da experiência de parto.

Em forma de abordar esta temática, McMillan et al., em 2009, realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de avaliar o custo e a eficácia da educação pré-natal e identificar a opinião dos intervenientes acerca do seu papel e benefícios. No que diz respeito à PPP, apuraram que a frequência dos programas estava associada a altos níveis de satisfação com a experiência de parto, principalmente se os processos educativos utilizados promoviam a participação ativa do casal e o envolvimento e apoio do companheiro, e que o conhecimento adquirido pela mulher ajudava a sentir que controlava o processo de parto. Num trabalho efetuado em 2007, e revisto em 2011, através de uma revisão sistemática de literatura que incluiu nove estudos, envolvendo 2284 mulheres, Gagnon e Sandall (2011), pretenderam avaliar a eficácia dos programas de preparação para o parto e parentalidade na aquisição de conhecimento, na ansiedade, na sensação de controlo, na dor, no Trabalho de parto, na amamentação, nas capacidades parentais e no ajustamento psicológico e social. Os autores concluíram que são, ainda, desconhecidos os benefícios da preparação para o parto nas variáveis em estudo.

Em síntese, podemos afirmar que há alguma evidência de que a preparação para o parto é eficaz no que diz respeito à promoção da satisfação com a experiência de parto, à obtenção de conhecimento sobre Trabalho de parto, às técnicas de relaxamento e gestão da dor de Trabalho de parto e, também, na promoção da participação ativa e envolvimento

da mulher e acompanhante. Há evidência contraditória sobre a sua eficácia na redução do recurso a meios farmacológicos para alívio da dor de Trabalho de parto, inclusive no recurso à analgesia epidural, e no aumento da utilização de técnicas não farmacológicas. Nas variáveis ansiedade, controlo da dor de Trabalho de parto, são, ainda, desconhecidos os seus benefícios.

3.2.Assistência Peri-Parto

A assistência pretendida no momento do parto, será aquela que visa “...obter uma mãe e uma criança saudáveis como o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (OMS, 1996, p. 4).

Com efeito, para que os profissionais da saúde não entrem num ciclo vicioso denominado de massificação do cuidado, recomenda-se evitar o atendimento medicalizado de assistência ao parto que desconsidera os desejos da mulher e patologiza o processo (Carraro et al., 2008). Os profissionais da saúde devem primar por respeitar este período de transição e apoiar o empoderamento da mulher para a tomada de decisões relativamente ao seu Trabalho de parto e parto.

Iravani et al., em 2015, desenvolveram um estudo cujo objetivo foi realizar uma pesquisa das revisões sistemáticas publicadas sobre as intervenções mais utilizadas para a assistência do Trabalho de parto e parto. Um total de 23 revisões sistemáticas foram incluídas. Todas as revisões sistemáticas avaliaram as intervenções utilizadas mais comumente para o parto e o primeiro período do Trabalho de parto. Algumas das intervenções de rotina que são comuns durante o Trabalho de parto e nascimento podem nem sempre ser essenciais ou benéficas para mulheres com gestações de baixo risco e sem complicações. O resultado desta análise detetou evidências de alta qualidade para apoiar as boas práticas na assistência do primeiro período de Trabalho de parto e parto. Com base nesta visão geral, as evidências científicas não suportam a realização por rotina de enemas de rotina, tricotomia, monitorização contínua da frequência cardíaca fetal, amniotomia

precoce e restrição de fluidos e alimentos durante o Trabalho de parto. Essas práticas podem estar associadas a complicações sem benefícios suficientes e, provavelmente, devem ser evitadas. A evidência apoia o apoio contínuo, a continuidade dos cuidados do EESMO, o encorajamento da posição não-supina e a liberdade de movimento durante o Trabalho de parto. Estas práticas devem ser rotineiramente realizadas.

Na mesma linha de estudo Porto et al. (2010) realizaram uma revisão da literatura em busca das melhores evidências disponíveis sobre a assistência ao primeiro período do Trabalho de parto. Foram abordados desde o local da assistência, a importância da definição do risco da parturiente, até a posição desta e algumas intervenções, como jejum, realização de enema, punção venosa e infusão de líquidos, tricotomia, deambulação, utilização do partograma, monitorização da frequência cardíaca fetal, intervenção ativa do Trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce, o alívio da dor por métodos não farmacológicos, a analgesia de parto, além do suporte contínuo intraparto. Foi concluído que o jejum, o enema, a punção venosa, a infusão de líquidos e a tricotomia, rotinas realizadas anteriormente de forma frequente, atualmente não são mais recomendadas. A deambulação, no entanto, deve ser estimulada. O partograma é recomendado para identificação de possíveis anormalidades na evolução do parto. O método de escolha para avaliação da vitalidade fetal intraparto é a monitorização fetal intermitente. Devane et al. (2017), na atualização de uma revisão sistemática da *Cochrane*, que teve como finalidade comparar os efeitos da cardiotocografia intermitente e/ou contínua sobre os resultados maternos e infantis em mulheres grávidas sem fatores de risco, incluiu quatro ensaios envolvendo mais de 13.000 mulheres do Reino Unido e Irlanda. Os resultados relatados na revisão de 2012 permaneceram inalterados. A cardiotocografia contínua aumenta a probabilidade da taxa de cesariana em cerca de 20%. Os resultados desta revisão suportam as recomendações de que a cardiotocografia de forma contínua, desde a admissão da parturiente, não deve ser utilizada em mulheres com baixo risco

O alívio da dor em obstetrícia também é motivo de vários estudos. Dentre os métodos não farmacológicos, a hipnose, acupuntura e imersão em água podem ser utilizadas para essa finalidade. Por outro lado, aromaterapia, massagem, relaxamento, biofeedback e a neuroestimulação elétrica transcutânea devem ser reservados a protocolos de pesquisa, não havendo evidências suficientes para sua prática de rotina. O suporte contínuo da parturiente por uma pessoa que não seja da área de saúde foi considerado benéfico, determinando maior probabilidade de parto vaginal. A decisão por uma ou outra forma de assistência ao primeiro período do parto deve sempre ser discutida com a

parturiente, principalmente nas situações em que não há evidência para a sua recomendação.

Nos países em que o Trabalho de parto e parto são monitorizados, como é o caso de Portugal, verifica-se com maior afluência a adoção de posições que facilitam a utilização de técnicas médicas e que conferem maior comodidade aos profissionais da saúde (Fernández, 2012). Sabe-se que as posições assumidas pela parturiente no Trabalho de parto (de forma orientada ou intuitiva) enquadram-se numa prática milenar para facilitar o seu conforto perante a dor do Trabalho de parto e parto. Estas foram inicialmente assumidas pela mulher na busca de conforto, mas foram evoluindo para posições orientadas e clinicamente assistidas, onde os profissionais da saúde passaram a ter parte ativa na condução do processo de parto (Silva et al., 2007).

Na assistência durante o trabalho de parto, a indicação relativa à posição da parturiente também pode influenciar o Trabalho de parto. Nos últimos anos, para uma maior ligação entre o processo de apoio clínico, a autonomia e espontaneidade advinda da busca de conforto pela própria parturiente, tem-se vindo a desenvolver uma nova perceção sobre o efeito de determinadas práticas em obstetrícia, resultando no incentivo de práticas que permitam à mulher maior participação nas decisões do Trabalho de parto e parto. A título exemplificativo, incentiva-se a deambulação e algumas posições espontâneas que podem ficar limitadas quando a parturiente está sujeita a intervenções obstétricas na fase ativa do Trabalho de parto (Mamede et al., 2007). Num estudo levado a cabo por Silva (2007), revelou que as posturas verticais durante o parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos quando comparado à litotomia dorsal devendo, portanto, ser adotadas preferencialmente na assistência ao parto. A mulher pode adotar a postura em que se sentir mais confortável (ereta ou sentada, de cócoras, de quatro ou de mãos-joelho e em decúbito lateral esquerdo), e o profissional que a assiste deve conhecer as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Num outro estudo, a posição de litotomia é a mais utilizada pelos profissionais da saúde, mantendo um enfoque intervencionista que subtrai à mulher a possibilidade de experienciar o parto como um processo fisiológico, diminuindo significativamente a sua autonomia no ato de parir (Mamede et al., 2007). Nesta lógica, alguns autores defendem que o recurso à posição litotómica tradicional deveria acontecer somente para os partos operatórios por restringir a perfusão uteroplacentária, ou seja, a síndrome da hipotensão

supina, podendo levar à acidemia fetal pela descida do pH sanguíneo em consequência da diminuição da excreção placentária de dióxido de carbono e acumulação de hidrogénio (Silva et al., 2007; Graça, 2010; Beckmann et al., 2010).

O incentivo à deambulação e à alternância de posicionamento têm sido reapreciadas e indicadas como aspetos vantajosos e benéficos para a mulher e para o feto. Estas práticas constituem-se em evidências que permitem ajuizar sobre a liberdade de assunção de posições de maior conforto pela parturiente no Trabalho de parto e parto, podendo ser vistas como formas de cuidado benéficas a serem encorajadas (Mamede et al., 2007).

Conforme recomenda a OMS (2003), as práticas intervencionistas durante o Trabalho de parto somente devem ser adotadas caso exista um motivo válido e com clara evidência de sua efetividade. Intervenções não justificadas sobre um processo essencialmente fisiológico podem ter efeitos inesperados, e suas repercussões em longo prazo são difíceis de avaliar. O processo de Trabalho de parto e parto representam experiências humanas das mais importantes e profundas, podendo trazer tanto impacto positivo como negativo para a confiança materna, adaptação parental e relações familiares.

4. Da Prestação De Cuidados À Definição De Modelos Clínicos De Dados

No âmbito do exercício autónomo, o enfermeiro deve identificar as necessidades em cuidados de enfermagem do indivíduo ou do grupo, família ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Esta identificação de necessidades concretiza-se no julgamento clínico do enfermeiro sobre um determinado foco de atenção e é traduzido no diagnóstico de enfermagem. O processo diagnóstico, como juízo clínico, envolve o reconhecimento da existência de evidências apresentadas pelo cliente e identificadas a partir de informações sobre um problema de saúde ou um processo vital (North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2015-2017, 2015). O diagnóstico de enfermagem emerge, então, como o enunciado atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um foco de atenção que determinará as intervenções de Enfermagem (CIE, 2002). Assim, o diagnóstico de enfermagem pode ser definido como uma decisão clínica sobre as respostas do indivíduo,

família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais. As intervenções emergem a partir das necessidades identificadas e são implementadas de modo a atingir um determinado resultado. Os resultados de enfermagem representam a *“medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem, a intervalos de tempo, após uma intervenção de enfermagem”* (CIE, 2002, p.xvii), clarificando o impacto e a adequação da intervenção implementada. Os dados, os diagnósticos, as intervenções e os resultados constituem elementos centrais da prestação de cuidados e dos Modelos Clínicos de Dados.

4.1. Da Necessidade De Sistemas De Informação Em Enfermagem

A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos depende em grande medida da informação partilhada entre os vários níveis do sistema de saúde (Mendes, 2013; OE, 2001). Os enfermeiros desde sempre se preocuparam com a documentação dos cuidados, independentemente do local onde trabalham ou do tipo de clientes que cuidam. Para Doenges e Moorhouse (2010) documentar os cuidados de enfermagem visa produzir documentação sobre a sua implementação, promover a continuidade dos cuidados, possibilitar a sua avaliação, facilitar os processos de investigação e otimizar a sua gestão.

A otimização dos sistemas de informação (SI) e do fluxo informacional nas instituições de saúde precisa ser encarada como uma estratégia fundamental para a melhoria os cuidados prestados, realidade a qual a enfermagem não pode ficar alheia. Os SI devem ser definidos como estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante de modo a torna-la acessível e útil para aqueles que a utilizam (Sousa, 2006). A qualidade e a forma como a informação se encontra organizada e disponível aos utilizadores é central na estruturação e desenvolvimento destes SI (Goossen, 2010).

A organização dos dados resultantes do exercício profissional dos enfermeiros tem, nas últimas décadas, representado um grande desafio para o desenvolvimento de SIE, devido à crescente necessidade de informação e às dificuldades na sua gestão (Sousa,

2012). Os SIE são a parte dos sistemas de informação da saúde direcionados para as necessidades de documentação dos enfermeiros (Pereira, 2009).

É fundamental que um SIE possa responder às necessidades de tratamento, gestão e organização da informação, resultante da documentação produzida pelos enfermeiros em relação com os processos envolvidos nos cuidados de enfermagem e emergente dos modelos em uso. Simultaneamente o SIE deve também ser capaz de perspetivar o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos conceituais expostos (Silva, 2001). Para além de constituírem ferramentas essenciais à continuidade dos cuidados, os SIE funcionam como repositórios de dados passíveis de serem utilizados como matéria-prima na formalização do conhecimento de enfermagem (Pereira, 2009). Por isso, é hoje consensual a ideia de que os SIE oferecem oportunidades para melhorar a prática clínica e para aumentar a eficácia da abordagem terapêutica decidida e implementada pelos enfermeiros.

As tecnologias de informação e comunicações são o suporte da documentação sistemática dos cuidados permitindo o armazenamento de dados referentes aos cuidados de saúde, recursos e resultados, para que possam ser acedidos e analisados pelos profissionais da saúde no sentido de obter um melhor planeamento de estratégias para ajudar a pessoa e a família (CIE, 2002). Fruto da sua alargada utilização em suporte eletrónico, emerge a necessidade destes SIE serem trabalhados de forma a corresponderem às necessidades sentidas pelos seus utilizadores principais, os enfermeiros.

A documentação das intervenções de enfermagem, prescritas e implementadas, enquanto resposta profissional a um ou vários diagnósticos de enfermagem identificados, é condição fundamental para a qualidade e continuidade da assistência de enfermagem e para a avaliação dos resultados obtidos. Assim, a utilização dos SIE informatizados e com uma sistematização da conceção de cuidados de enfermagem, existe a oportunidade de produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que dependem diretamente da quantidade e qualidade dos dados que lhes estão na origem (Pereira, 2009; Sousa, 2006).

Neste contexto, os SIE constituem-se como ferramentas indispensáveis para a documentação dos cuidados. Hoje em dia, para os enfermeiros já não basta a utilização de aplicativos que permitam apenas a documentação das suas práticas. O desafio passa por desenvolver SIE que facilitem a tomada de decisão, que sugiram soluções apoiadas em

conhecimento produzido pela própria disciplina e apresentem, num formato entendível por todos, os resultados obtidos (Goossen, 2010; Huff, 2011).

4.2. Da Necessidade De Linguagem Comum

O desenvolvimento dos SIE acompanhou a evolução da documentação dos cuidados. Atualmente, os dados deixaram de estar centrados somente nas tarefas realizadas pelos enfermeiros e na descrição narrativa dos acontecimentos, procedeu-se a inclusão de um sistema de linguagem comum, através da articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada e incorporaram-se enunciados fundamentais do processo de enfermagem (Silva, 2001). Já antes, a variabilidade na forma de documentar, decorrente da não sistemática na narrativa dos cuidados e da duplicação de informação, criava muita dificuldade na interpretação dos conceitos, colocando em causa a sua utilidade clínica.

A conceção de um SIE toma por pilar a ideia de uma comunicação efetiva. De facto, só comunicamos através da linguagem se todos atribuirmos os mesmos significados aos mesmos significantes (Silva, 2001). Por isso, a introdução progressiva de sistemas de linguagem comum e a inclusão da linguagem classificada nos sistemas de informação informatizados tornou a documentação de enfermagem mais compreensível e possibilitou a interpretação de igual forma entre os profissionais (Silva, 2001; Pereira, 2009). Para além disso, a linguagem utilizada para descrever a enfermagem é um aspeto determinante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o seu desenvolvimento. Em síntese, a existência e a utilização de uma mesma linguagem pelos profissionais de enfermagem é uma das condições essenciais para a construção de um conhecimento de enfermagem estruturado e formalizado.

Neste contexto, a CIPE® surge de um conjunto de esforços, na tentativa de desenvolver classificações em enfermagem, incitados pelo CIE, construindo uma terminologia de enfermagem agregadora das múltiplas já existentes. A CIPE® foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados em todo o mundo.

Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais da saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática.

A CIPE® facilita a documentação padronizada dos cuidados prestados. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e a gestão dos cuidados de Enfermagem, as previsões financeiras e de recursos, a análise dos resultados clínicos, o desenvolvimento de políticas e estimular a investigação em enfermagem.

A construção de uma CIPE® deu os primeiros passos nos anos 90. Em 2008, a OMS reconheceu a CIPE® como membro (uma classificação relacionada) da Família de Classificações Internacionais da OMS, reconhecendo que uma terminologia para o domínio da Enfermagem é essencial para a documentação dos cuidados de saúde (CIE, 2011).

Atualmente, a CIPE® apresenta um estatuto de terminologia formal, dinâmica e em estado de constante evolução, que segue as normas internacionais para as terminologias e que permite aos profissionais de enfermagem a documentação da sua prática clínica, identificando diagnósticos de enfermagem, prescrevendo intervenções de enfermagem e obtendo resultados de enfermagem.

Em Portugal, a partir dos trabalhos desenvolvidos por Silva (1995; 2001), foi possível a construção de um modelo de dados para um sistema de informação de enfermagem, que proporcionou a utilização, pelos enfermeiros, de sistemas de informação incorporando a CIPE®, na altura a versão *beta 2*. Destes trabalhos, resultou a evolução da documentação dos cuidados em suporte de papel para essa mesma documentação em suporte eletrónico através do SAPE®. Este sistema permite ao utilizador, neste caso o enfermeiro, documentar o processo de tomada de decisão, identificando os diagnósticos de enfermagem e prescrevendo intervenções de enfermagem. Simultaneamente permite o acesso às prescrições de outros técnicos, nomeadamente do médico, as quais implicam intervenções de enfermagem do domínio interdependente, por exemplo, prescrições medicamentosas e atitudes terapêuticas médicas. A sua utilização iniciou-se em contexto hospitalar sendo posteriormente adaptado à lógica de assistência no âmbito dos cuidados de saúde primários e a partilha entre estes dois níveis de assistência (Silva, 2001; Sousa, 2012).

A uniformização da estrutura dos enunciados de diagnóstico e intervenções é estabelecido pela ISO, criada em Genebra, em 1947. A ISO tem como objetivo principal aprovar normas internacionais em todos os campos técnicos, como normas técnicas,

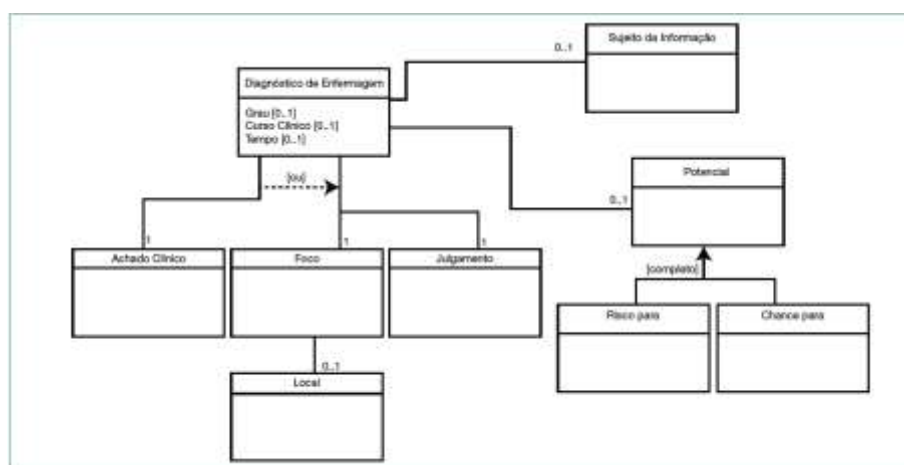
classificações de países, normas de procedimentos e processos, e etc. Promove a normatização de empresas e produtos, para manter a qualidade permanente.

A norma atual referente à aprovação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é a norma ISO 18104: 2014 (Marín et al., 2013; ISO, 2014). Esta norma resulta de trabalhos prévios, iniciados em 1999, sob a liderança de Virgínia Saba, que procuraram desenvolver a criação da Norma ISO para que fossem contempladas as diversas terminologias de documentação em enfermagem. A primeira norma foi apresentada ao Comité Técnico ISO/TC 215 de Informática em Saúde e aprovada como norma ISO 18104: 2003- *Health Informatics: Integration of a reference terminology model for nursing* (Marín et al., 2013).

A norma ISO 18104: 2014 tem como objetivo “estabelecer um modelo de terminologia de referência de enfermagem alinhado com as metas e objetivos de outros modelos de terminologia em saúde específicos, de forma a fornecer um modelo de terminologia de referência em saúde mais unificado” (Marín et al., 2013, p.300).

As duas estruturas apresentadas na norma ISO 18104: 2014 são: Estrutura categorial para Diagnósticos de Enfermagem e a Estrutura Categorial para Ações de Enfermagem (Marín et al., 2013; ISO, 2014).

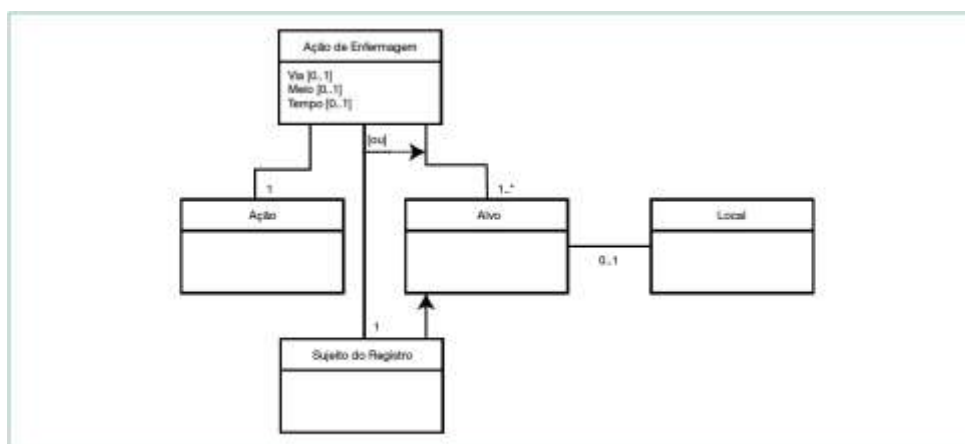
De acordo com esta norma, um diagnóstico de enfermagem pode ser expresso tanto como um julgamento, como um foco ou achado clínico, representando assim uma necessidade em cuidados atual/real; ou poderá representar uma necessidade potencial, expressa como risco ou oportunidade (chance para) (Figura 1.).



Fonte – Traduzido de: ISO: Health Informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems, FDIS 18104.

Figura 1. Estrutura para a construção do Diagnóstico de Enfermagem

As ações de enfermagem, entendidas como atos intencionais aplicados a um ou mais alvos, exige para a sua construção um descritor para ação, – mandatório no enunciado – que pode ser caracterizado pelo *timing* (tempo ou período em que a ação ocorre), e pelo menos um descritor para alvo (Figura 2).



Fonte – Traduzido de: ISO. Health Informatics: Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems, FDIS 18104.

Figura 2. Estrutura para a construção da Intervenção de Enfermagem

De acordo com esta estrutura, alvo é aquele (a) – cliente – ou aquilo que é afetado (a) pela ação ou que fornece o conteúdo para a ação (Marín et al., 2013; ISO, 2014). Quando no enunciado da intervenção é o próprio cliente o que é sujeito da ação, o alvo pode ser suprimido da expressão.

4.3. Da Necessidade Da Interoperabilidade Entre Os SIE

A norma ISO 18104: 2014 corresponde a um contributo para a interoperabilidade semântica dada a diversidade de terminologias existentes na saúde e a variedade de padrões de documentação. A estrutura categorial apresentada para a construção dos diagnósticos e das ações de enfermagem é uma forma para organizar os conceitos que representam aspetos de interesse da Enfermagem; pode também ser entendida como

forma para facilitar a harmonização das terminologias clínicas existentes (Marín et al., 2013).

A comunicação efetiva entre os diferentes níveis de assistência e, dentro de cada um, entre os seus diversos intérpretes é fundamental. Os dados clínicos necessitam de ser partilhados e reutilizados, o que significa que terá de existir uma partilha eficaz da informação entre os vários sistemas de uma instituição e mesmo entre instituições.

A habilidade dos profissionais da saúde, e dos múltiplos sistemas, para entender os dados clínicos que são partilhados é conhecida como interoperabilidade (Goossen, 2010). A norma ISO/IEC 2382-01 define a interoperabilidade entre os sistemas como a capacidade de comunicar, executar programas ou transferir dados entre várias unidades funcionais sem exigir que o utilizador tenha conhecimento das características únicas dessas unidades. Esta interoperabilidade continua a revelar-se um processo complicado, pois apesar da crescente preocupação com o assunto, os dados clínicos continuam a aparecer em diferentes formatos, mesmo quando pretendem transmitir a mesma informação. De facto, múltiplos termos podem referir-se a apenas um conceito, bem como um mesmo termo se pode referir a mais do que uma ideia (Leal, 2006).

Os défices de interligação e interoperabilidade entre os SIE nos diferentes contextos de ação das práticas – mesmo quando suportados nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) – e os demais sistemas e aplicativos em uso têm constituído um fator limitador da partilha e agregação de dados (Sousa, 2006).

No âmbito de algumas discussões em torno do assunto, identificam-se alguns dos constrangimentos que dificultam a interoperabilidade em Portugal. São exemplos apresentados: obsolescência tecnológica dos SI existentes; necessidade de redefinir a arquitetura dos SI; ausência de regulação e certificação do mercado por parte das entidades governamentais com responsabilidade nas TIC da Saúde; e, ausência de orientações estratégicas a nível da interoperabilidade.

Alguns autores defendem a ideia de que se não existirem modelos claramente definidos e estruturados será possível dizer as mesmas coisas de muitas formas; acresce ainda o facto de que se os dados não forem comparáveis entre fontes, não podem ser agregados em repositórios e conseqüentemente não podem ser reutilizados. Por isso, este autor afirma que os melhores cuidados de saúde, e a partilha da informação que deles resulta, requerem o uso de sistemas informatizados, de apoio à tomada de decisão, que por sua vez só podem ser suportados através da adoção de terminologias estandardizadas e

dados estruturados e devidamente codificados. Assim, a definição de Modelos Clínicos de Dados traduz o esforço que permite criar uma estrutura estandardizada com recurso a terminologia necessária para a tomada de decisão clínica e a análise de dados (Huff, 2011).

4.4. Da Necessidade Do Desenvolvimento De Modelos Clínicos De Dados

O desafio para uma prática clínica que garanta cuidados de qualidade é a atualização e a utilização da melhor evidência científica em cada momento. Por isso, a prática baseada na evidência tem vindo a ser cada vez mais referenciada como ferramenta capaz de promover melhores decisões clínicas e assim melhores cuidados de saúde. Assim sendo, importa incorporar esse conhecimento nos desenvolvimentos e reformulações dos SIE em uso, dando conta, por esta via, do contributo do seu exercício profissional no seio de uma equipa multidisciplinar. Neste trabalho, torna-se então fundamental que sejam identificados e definidos, pelos enfermeiros, os dados ou a informação que, simultaneamente, integre a melhor evidência científica disciplinar e seja aplicável e potenciadora de melhores práticas de enfermagem. A construção destes conjuntos de dados permitirá aos enfermeiros documentar as suas decisões usando conceitos comuns, e garantirá a incorporação nos processos de tomada de decisão dos pressupostos teóricos provenientes do conhecimento disciplinar de enfermagem (Goossen, 2010; Mendes, 2013).

De acordo com Sousa (2012), as questões atuais centram-se com a formalização do conhecimento e da sua representação, sendo necessário um esforço no sentido do desenvolvimento de estruturas que permitam a construção de enunciados clínicos – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem – em formatos de especificação que traduzam equivalência semântica. É neste contexto que surgem os Modelos Clínicos de Dados, suportados na melhor evidência disponível e influenciadores das melhores decisões face às necessidades específicas de cada cliente (Mendes, 2013). A tomada de decisão em enfermagem relaciona-se diretamente com a escolha de alternativas no caminho a seguir pelo enfermeiro perante o seu cliente e caracteriza-se pela qualidade e pelo impacto das ações baseadas nas decisões tomadas.

Os conjuntos de dados com utilidade clínica para os enfermeiros, constituem-se como parte fundamental a incorporar na construção dos Modelos Clínicos de Dados de enfermagem. Os Modelos Clínicos de Dados constituem um conjunto de informações relacionáveis e clinicamente relevantes, que refletem as especificações da forma como as necessidades de informação clínica devem ser representadas para permitir a sua partilha, sem ambiguidade ou subjetividade. Para a sua definição e estruturação são utilizadas ontologias, como por exemplo a CIPE® versão 2015, ou seja, conjuntos de conceitos pertencentes a uma determinada área do conhecimento, e descrevem complexas estruturas de informação que dão a indicação sobre a forma como a mesma deve ser expressa. Os Modelos Clínicos de Dados definem as regras de utilização mas evoluem com o tempo, sendo atualizados à medida que a realidade e a evidência se modificam (Beale e Heard, 2007; Bernal et al., 2012).

Os Modelos Clínicos de Dados tem um caráter flexível, podendo incluir muitas opções para descrever o mesmo objeto (Hovenga et al., 2005). Podem ser classificados como específicos ou compostos. Um Modelo Clínico de Dados específico representa uma estrutura que relaciona conceitos previamente definidos face a um determinado foco de atenção em enfermagem. O Modelo Clínico de Dados composto, mantém os mesmos princípios de estruturação e agrega vários Modelos Clínicos de Dados específicos que se interrelacionam entre si (Mendes, 2013). Exemplificando, um Modelo Clínico de Dados simples pode ser estruturado para um foco de atenção para a enfermagem obstétrica no âmbito da Parentalidade. Já num modelo composto, podem relacionar-se vários modelos específicos centrados num conjunto de focos de atenção relacionados com o processo de transição para a parentalidade e as condições que influenciam esse processo, como por exemplo os focos: consciencialização face ao que muda no corpo com o Trabalho de parto; disponibilidade para aprender técnicas para lidar com o Trabalho de parto; conhecimento para identificar sinais de Trabalho de parto, etc.

Os arquétipos são Modelos Clínicos de Dados mais complexos. Correspondem a modelos de dados altamente relacionados e clinicamente significativos, constituindo-se por partes de conhecimento que indicam como representar conceitos ou informação (Hovenga, et al., 2005). Para Beale e Heard (2007) um arquétipo pode ser considerado como sendo semelhante a uma folha de instruções LEGO® que define a configuração das peças LEGO® para construir um determinado objeto (por exemplo, um navio). E em função das instruções, com as mesmas peças, é possível criar diferentes construções. Os arquétipos dão origem a dados que respeitam os modelos conceituais e utilizam adequadamente as

ontologias, criando uma ponte de ligação entre estas, o *software* e a informação disponibilizada.

Os arquétipos, enquanto instruções para descrever a realidade, ao serem colocados no sistema de informação, melhoram a interoperabilidade semântica, e conseqüentemente a qualidade dos cuidados de saúde prestados, uma vez que a informação influencia positivamente a tomada de decisão clínica (Goossen et al., 2010). Em vários estudos não é feita distinção entre os conceitos de arquétipo e Modelo Clínico de Dados, assumindo-os como semelhantes. O termo Modelo Clínico de Dados é o termo mais utilizado a nível europeu, nomeadamente pela *Health Level Seven* (HL7).

É hoje uma realidade a informática em enfermagem, enquanto área de conhecimento bastante definida, com anos de aplicação e desenvolvimento e que muitas vezes ajuda a redesenhar a prática do cuidado, garantindo qualidade e segurança aos enfermeiros e aos seus clientes. Na sociedade altamente tecnológica em que vivemos, a construção de aplicativos informatizados adaptados a esta necessidade dos SIE implica refletir sobre a construção, a manutenção e a garantia da qualidade dos Modelos Clínicos de Dados que os devem incorporar. Por isso, Silva (2001) refere que o grande desafio para a enfermagem do futuro implica saber construir e utilizar na prática diária o conhecimento próprio da disciplina, as ontologias de enfermagem e os Modelos Clínicos de Dados a incorporar sistemas de informação de enfermagem válidos e fiáveis.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica usa métodos que, por excelência, permitem o desenvolvimento do conhecimento e a identificação de novos saberes, representando, portanto, o caminho para a construção do conhecimento próprio de todas as disciplinas. Como tal, o conhecimento de enfermagem alcançado, graças a investigação científica, promove, não só, a credibilidade dos enfermeiros e a confiança nos cuidados prestados pelos mesmos, como também a evolução de um cuidar intuitivo para um cuidar alicerçado nos resultados comprovados e nos conhecimentos divulgados pela investigação em enfermagem (Coutinho, 2013; Ribeiro, 2010).

O trabalho realizado, acerca da temática envolvida neste estudo, revelou a informação produzida pelos enfermeiros e deixou antever a pertinência do mesmo. O presente capítulo explana as opções metodológicas tomadas, bem como o percurso seguido para o desenvolvimento do trabalho de investigação, de forma a dar resposta às questões orientadoras do estudo e concretizar os objetivos delineados. Incluímos aqui a justificação para o tipo de investigação que foi conduzida, os seus objetivos; uma apresentação do material utilizado, uma enunciação das questões éticas envolvidas e ainda uma intenção expressa para o tratamento dos dados obtidos a partir da análise do seu conteúdo e também da análise dos resultados dos consensos provenientes da reflexão do grupo de peritos. Ao explicitar, detalhadamente, o processo desenvolvido, a fase metodológica constitui uma das etapas nobres de qualquer investigação. Assim, todas as opções tomadas nesta fase determinam de forma substancial a qualidade dos resultados do estudo (Fortin, 2009).

A fase metodológica de um estudo de investigação pode ser descrita como a explicação detalhada e rigorosa da ação desenvolvida no método do trabalho, devendo incluir todos os elementos que conferem a pesquisa a direção a seguir (Freixo, 2010).

5. Justificação Do Estudo

Este estudo insere-se no âmbito da unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) que, tem procurado desenvolver projetos que abordem questões determinantes para o progresso dos SIE e, conseqüentemente, para a descrição com rigor dos cuidados de enfermagem. Assim, através de várias iniciativas, entre as quais estudos que possibilitem o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados nas diversas áreas da disciplina de enfermagem, o grupo *Nursing Pillars* e o CIDESI (Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem), têm apoiado a visão do CIE contribuindo de forma significativa para sua missão (CIDESI, 2013).

A Enfermagem, enquanto disciplina, tem procurado fortalecer a sua prática clínica nos diferentes contextos do cuidado. Para isso, necessita de uma linguagem própria que defina e descreva sua atuação e ação profissional. Há por isso uma enorme necessidade de atualização e utilização da melhor evidência científica em cada momento. Esta realidade coloca desafios aos profissionais da saúde que tomam decisões à custa de informação, decisões essas com implicações sobre a saúde das pessoas.

A necessidade de acesso à informação é cada vez maior por parte de todos os que se encontram envolvidos no processo de cuidados. Por um lado, assiste-se a um maior envolvimento do cidadão nas decisões sobre a sua saúde; simultaneamente, os profissionais da saúde exigem que a informação clínica esteja presente no momento e no local onde é mais necessária, independentemente da origem ou ponto de prestação de cuidados. Por outro, os gestores e os decisores políticos pretendem aceder a informação em tempo útil, para a definição de políticas, programas de gestão e monitorização da qualidade dos cuidados disponibilizados (Sousa, 2012)

Os SIE têm assumido um papel determinante para a crescente visibilidade dos ganhos em saúde resultantes da tomada de decisão dos enfermeiros, oferecendo-nos oportunidades para a melhoria das práticas clínicas e fomentando o reconhecimento da importância do desenvolvimento do conhecimento disciplinar da enfermagem (Pereira, 2009).

Esta necessidade de evolução é progressivamente mais evidente à medida que a utilização dos SIE se vai alargando de forma continuada a um maior número de profissionais. Para os enfermeiros já não basta a utilização de aplicativos que permitam apenas a documentação das suas práticas, procura-se também que facultem a possibilidade de fundamentar a sua tomada de decisão, que sugiram soluções apoiadas em conhecimento produzido pela própria disciplina e apresentem, num formato entendível por todos, os resultados obtidos (Goossen, 2010; Huff, 2011).

A existência e utilização de uma mesma linguagem pelos profissionais de enfermagem é, assim, uma das condições essenciais para a construção de um conhecimento de enfermagem estruturado e formalizado.

O primeiro passo para a uniformização da linguagem dos enfermeiros é a utilização das terminologias para a documentação dos cuidados, pois um sistema de informação só se torna viável através do uso de uma linguagem classificada. A utilização de uma terminologia demonstrou ser imprescindível para melhorar a comunicação, descrever o cuidado de enfermagem, assegurar a possibilidade de comparação de dados, calcular recursos e estimular a investigação em enfermagem (CIE, 2011).

O CIE, enquanto entidade internacional, desenvolveu esforços no sentido da construção de uma terminologia de enfermagem agregadora das múltiplas já existentes nos diferentes contextos internacionais. Na década de 90, o CIE, apresentou os primeiros resultados do que viria a ser a CIPE®. A primeira versão CIPE® foi divulgada em 1996 e foi sofrendo sucessivas evoluções baseadas no trabalho e sugestões fundamentadas dos enfermeiros – versões *alfa*, *beta*, *beta 2*, 1.0, 1.1, 2.0, 2011, 2015.

As versões *beta* expandiram o uso de uma abordagem multiaxial. Foram propostos dois modelos multiaxiais: um modelo de 8 eixos para os fenómenos de Enfermagem e um modelo diferente de oito eixos para as ações de Enfermagem. Os oito eixos para a classificação dos fenómenos de Enfermagem na versão *beta 2* eram: foco da prática de Enfermagem, juízo, frequência, duração, topologia, localização anatómica, probabilidade e portador. Os oito eixos para a classificação das ações de Enfermagem eram: tipo de ação, alvo, recursos, tempo, topologia, localização, via e beneficiário. Desenvolveram-se as definições para o diagnóstico, resultado e ação de Enfermagem, bem como linhas de orientação para compor um diagnóstico, um resultado e uma intervenção de Enfermagem utilizando os modelos multiaxiais. As definições-chave para a CIPE® *beta 2* eram as

seguintes: Fenómeno de Enfermagem (diagnóstico de enfermagem), Ação de Enfermagem: (intervenção de Enfermagem), e Resultado de Enfermagem.

Atualmente, a CIPE® apresenta um estatuto de terminologia formal, flexível e em constante evolução. A combinação destes elementos fundamentais permitiu a evolução da documentação dos cuidados em suporte de papel para essa mesma documentação em suporte eletrónico através do SAPE®. O SAPE® torna-se assim o suporte eletrónico da documentação de enfermagem mais usado em Portugal e a sua existência possibilitou a comunicação e a partilha da informação clínica gerada pelos enfermeiros, entre diferentes níveis de assistência.

Como já fizemos notar, os SIE constituem ferramentas imprescindíveis para a documentação dos cuidados e, à medida que se vão alargando a um maior número de profissionais e contextos, torna-se evidente a contínua necessidade de evolução. Isto porque, para os enfermeiros, já não basta o uso de aplicativos que permitam apenas a documentação das suas práticas, mas procura-se, também, a possibilidade de fundamentar a sua tomada de decisão, ao sugerir soluções apoiadas em conhecimento produzido pela disciplina de enfermagem (Goossen, 2010; Mendes, 2013). As questões que se têm vindo a colocar face a terminologias prendem-se com a formalização do conhecimento e da sua representação, sendo necessário um esforço global no sentido do desenvolvimento de estruturas que permitam a construção de enunciados clínicos em formatos de especificação que traduzam equivalência semântica (Sousa, 2012).

A incorporação de conhecimento formal e atualizado nos SIS é bastante complexa, pelo que a enfermagem tem a responsabilidade de definir, de forma sustentada e rigorosa, o contributo da informação extraível do seu exercício profissional. Torna-se fulcral que sejam identificados e definidos os dados ou a informação que melhor incorpora a evidência científica e que, além de aplicável, seja potenciadora de melhores práticas. A construção destes conjuntos de dados permitirá aos enfermeiros documentar as suas decisões usando conceitos invariavelmente compreensíveis e, portanto, partilháveis, promovendo a incorporação de pressupostos teóricos provenientes do conhecimento da disciplina de enfermagem, no processo de tomada de decisão. É neste contexto que surgem os Modelos Clínicos de Dados, que ao estarem apoiados na melhor evidência disponível funcionam, não só como agentes de suporte à tomada de decisão, mas também como influenciadores de decisões mais adequadas às necessidades específicas de cada pessoa (Mendes, 2013).

Paralelamente, também no âmbito da enfermagem em obstetrícia, se torna pertinente evoluir para a construção de Modelos Clínicos de Dados centrados no evento ou episódio Trabalho de parto, que se dirijam ao contexto obstétrico e que sejam sensíveis a filosofia de cuidados presentes nos serviços de obstetrícia. Uma vez que a ação de enfermagem deve ser sensível aos diferentes contextos de saúde/doença e da natureza da transição dos seus clientes, torna-se evidente a importância do desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados específicos a cada contexto.

6. Finalidade e Objetivos Do Estudo

Este estudo pretende contribuir para a formalização do conhecimento de enfermagem, através da construção de uma parte de um Modelo Clínico de Dados orientado para o Trabalho de parto. Optámos por nos debruçar sobre esta realidade concreta da adaptação à parentalidade, por envolver um processo de transição complexo e singular, no qual os enfermeiros podem exercer um papel preponderante. A convicção da necessidade de desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados que contribuam para a formalização do conhecimento e apoiem a prática de enfermagem, no contexto específico da Parentalidade, foi o ponto de partida para o desenvolvimento desta investigação. Com o presente estudo, pretendemos identificar os dados de enfermagem que são utilizados para a avaliação diagnóstica do Trabalho de parto, bem como os conceitos utilizados pelos enfermeiros quando enunciam diagnósticos e intervenções de enfermagem centrados no Trabalho de parto, e contribuir para o desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados, incorporando diagnósticos e intervenções de enfermagem, para o foco Trabalho de parto.

No sentido de precisar a finalidade deste estudo, surge a necessidade de identificar os objetivos da investigação, que são:

- Identificar os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar os diagnósticos de enfermagem relativos ao foco de atenção de enfermagem: Trabalho de Parto.
- Identificar os conceitos usados pelos enfermeiros para enunciar as intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem;

Após a identificação dos diagnósticos e das intervenções, pretendemos ainda, proceder a uma análise sumária das associações entre os diagnósticos e as intervenções usadas para explicar a conceção de cuidados.

7. Opção Metodológica Do Estudo

Os paradigmas orientam o pensamento e conduzem a escolhas de natureza metodológica que permitem o acesso ao conhecimento. No âmbito de cada paradigma assumem-se diferentes naturezas do conhecimento.

Assim, para alcançarmos os objetivos do nosso estudo, optamos por seguir o método indutivo, recorrendo, portanto, ao paradigma qualitativo. O raciocínio indutivo, utilizado na investigação qualitativa, parte de um conjunto empírico de dados e progride para generalização do conhecimento e formulação científica, através da análise da realidade em estudo (Freixo, 2010). Usualmente, os investigadores optam por este tipo de metodologia quando existe uma lacuna no conhecimento ou quando ainda pouco é sabido ou estudado em relação a um conceito particular (Fortin, 2009). Este é o caso do nosso estudo, uma vez que o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados ainda se encontra numa fase inicial, sendo este pioneiro no âmbito da obstetrícia.

Os estudos de investigação podem-se classificar de acordo com os objetivos e o momento de análise (Polit et al., 2004). Como o que pretendemos é induzir, a partir da documentação dum modelo estruturado para representar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, realizar-se-á um estudo descritivo, baseado na análise de conteúdo sobre a informação documentada pelos enfermeiros. Pretende-se, assim, isolar e definir conceitos importantes emergentes dessas análises, para depois estabelecer relações no sentido de induzir um Modelo Clínico de Dados relativo ao foco de atenção Trabalho de parto.

Trata-se, igualmente, de um estudo do tipo transversal, uma vez que a análise dos dados se reporta apenas a um momento temporal.

8. Método De Análise De Dados

Os métodos usados na investigação são os percursos escolhidos por estarem adaptados aos domínios estudados e por isso, num trabalho deste cariz, fez-se o uso de duas metodologias específicas para nos ajudar a concretizar os objetivos do estudo: análise de conteúdo e validação dessa análise por peritos.

A análise de conteúdo apresentou-se como a estratégia de análise de dados mais adequada aos objetivos e desenho do estudo. Como tal, recorreremos a análise de conteúdo categorial preconizada por Laurence Bardin (2009), partindo para a respetiva análise com categorias definidas *à priori*. Os termos da CIPE® versão 2015 foram usados como categorias *à priori* ao longo do processo de análise.

8.1. Material Do Estudo

Como já foi mencionado, este estudo parte das customizações de enfermagem produzidas a nível nacional, no âmbito de cuidados de saúde materna e obstetrícia, progredindo para o desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados que integra os diagnósticos e as intervenções associados ao evento Trabalho de parto. Por se tratar de um estudo integrado numa das valências de investigação do *Nursing Pillars* e CIDESI, o material utilizado foi-nos facultado por estes grupos de investigação, que o havia usado, anteriormente, num dos seus projetos de uniformização da linguagem utilizada nos registos de enfermagem, resultando no relatório - *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem – SAPE* (Silva et al., 2014).

O material que constituíu matéria-prima para a análise englobou o conjunto de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, parametrizados no SAPE® das Unidades de Saúde dos ACES e das Unidades Hospitalares, que se reportam ao período de 12 de janeiro

de 2013 a 20 de fevereiro de 2013 (Anexos I e II). O critério de seleção na base de dados, foi abranger todos os diagnósticos cujo fenômeno é Trabalho de parto e todas as intervenções relacionadas com este.

Do universo do material do estudo, fizeram parte 128 tipos de enunciados diferentes de diagnósticos de enfermagem e 224 tipos de enunciados diferentes de intervenções de enfermagem.

9. Análise De Conteúdo

A análise de conteúdo é definida por Bardin (2009) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens e pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, organizando-o por categorias significativas que permitam a classificação dos elementos constitutivos da mensagem. Foi de acordo com este método que procedemos a análise de conteúdo ao material, quer a informação extraída dos SIE relativo a documentação e parametrização a partir dos sistemas em uso, quer a informação resultante da discussão produzida pelo grupo de peritos.

O fator comum destas múltiplas técnicas é uma hermenêutica controlada, que, através de inferências, permite a extração de estruturas traduzíveis em modelos (Bardin, 2009). A inferência, enquanto exercício de análise, permite uma passagem da fase de descrição para a fase de interpretação. Assim, os discursos convertidos em unidades de significação sofrem um processo de localização e de atribuição de traços de significado, como resultado de uma relação dinâmica entre o discurso proferido e a atividade interpretativa do investigador.

A análise categorial ou temática é a técnica mais utilizada pela análise de conteúdo. Consiste em encontrar os núcleos de sentido da comunicação, cuja presença ou frequência do aparecimento podem ter significado para o objetivo analítico escolhido. Ou seja, este tipo de análise toma em consideração a totalidade de um texto, passando-o, de forma

objetiva, por um crivo classificativo, de acordo com a frequência da presença, ou não, dos itens de sentido.

Fortin (2009) define também este processo como sendo uma operação de decomposição nas unidades de sentido ou de significação que podem ser palavras ou frases.

As categorias são, então, classes ou rubricas onde se reúne um certo número de elementos, de acordo com as suas características comuns. Estas categorias devem ser exaustivas, englobando o máximo de conteúdos, mutuamente exclusivas, uma unidade de significação só pode fazer parte de uma categoria e corretamente caracterizadas (Bardin, 2009).

Como método científico e rigoroso, de tratamento e análise de dados, apresenta etapas que devem ser respeitadas. Como tal, as diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se segundo três polos cronológicos: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material e (3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2009).

A primeira fase de pré-análise e de leitura primária do texto é uma fase organizativa e de escolha dos documentos a serem submetidos a análise. Permite ao investigador formular uma apreciação inicial do material disponível e proceder a constituição do *corpus* de análise, ou seja, ao conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (Bardin, 2009).

Atendendo ao facto da análise de conteúdo deste trabalho se centrar na caracterização do fenómeno trabalho de parto, tornou-se evidente ser necessária a constituição de um *corpus* de análise que fosse de encontro aos pressupostos assentes na definição de Trabalho de parto como episódio ou evento crítico, na transição para a parentalidade.

Assim desenvolvemos este processo de análise em duas etapas, primeiro analisando o material presente no SAPE® no período de extração dos dados e após analisando os discursos produzidos pelos peritos na procura de critérios de estruturação do Modelo Clínico de Dados em desenvolvimento.

9.1. Definição Do *Corpus* De Análise

O processo de constituição do *corpus* de análise obedeceu as regras preconizadas por Bardin (2009), ou seja, a (1) regra da exaustividade, condição que estipula que não se pode deixar de fora elementos por uma qualquer razão; a (2) regra da representatividade que defende que os elementos a analisar devem ser representativos do universo inicial; a (3) regra da homogeneidade, para qual os elementos escolhidos devem obedecer a critérios de escolha, não podendo apresentar demasiada singularidade fora desses critérios; e a (4) regra da pertinência, na qual os elementos devem ser adequados de forma a corresponderem aos objetivos que suscitam a análise.

Indo ao encontro dos objetivos da presente investigação, a constituição do *corpus* de análise obedeceu a escolhas e seleções que priorizassem o material que pudesse associar-se ao evento Trabalho de parto, excluindo, com a devida justificação, aquele que se associasse a outras problemáticas e/ou diagnósticos. Desta forma, foi excluído do *corpus* de análise todo o material não relacionado com o Trabalho de parto, que não contribuiu para a caracterização ou avaliação deste (Anexos III e IV). Excluímos, assim, os enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem que claramente se associassem a outros focos, que não o Trabalho de parto, como por exemplo:

- Amamentação, como os enunciados: *Conhecimento sobre relação entre amamentação / vinculação mãe – filho; Ensinar sobre prevenção de mastite; Ensinar sobre preparação dos mamilos; Facilitar o amamentar depois do trabalho de parto; Promover vinculação mãe-filho.*

- Gravidez, como as unidades de registo: *Monitorizar altura uterina; Ensinar sobre alterações corporais na gravidez; Ensinar sobre hábitos alimentares durante a gravidez.*

- Optou-se, também, por excluir o material relacionado com Conhecimento e Capacidade sobre a preparação psicofilática para o parto, tais como, *Ensinar sobre preparação psicofilática para o parto; Instruir preparação psicofilática para o parto,* pois atualmente a preparação psicofilática já não está efetivamente associada à realidade atual. Hoje estão propostas outras recentes técnicas comportamentais facilitadoras (exercícios físicos, respiratórios e de relaxamento) que visam a melhor

preparação da mulher para o Trabalho de parto (Mafetoni et al., 2014; Osório et al., 2014; Sousa, 2015). Tal designação é, atualmente, obsoleta.

Foi igualmente excluído todo o material que apresentasse algum erro de enunciação ou formulação, que, de certa forma, nos impedisse de compreender o sentido, o objetivo concreto ou o conteúdo do mesmo, impossibilitando o posterior processo de análise, (Exemplo: *Aprendizagem de Habilidades; Aplicar protocolo*). De forma global, e como exemplo, consideramos assim excluídos: os diagnósticos e intervenções com conteúdo inespecífico, demasiado abrangente ou descontextualizado, não se conseguindo compreender a sua finalidade (Exemplo: *Preparar material; Alimentar a pessoa*); os enunciados que representavam resultados, isto é, associados ao juízo clínico Demonstrado ou Ausente (Exemplo: *Aprendizagem de capacidades sobre trabalho de parto Demonstrado; Trabalho de parto Ausente*); e diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados com prescrição médica (Exemplo: *Conhecimento sobre indução de trabalho de parto e Inserir cateter venoso periférico por procedimento*).

Desta forma, a partir da seleção fundamentada do material que deveria ser rejeitado, foi constituído o *corpus* de análise, com os restantes diagnósticos e intervenções do universo do material do estudo. Dele fazem parte toda a documentação de enfermagem que possa estar ligada ao Trabalho de parto. Salientamos que se procurou chegar a um conjunto de elementos com elevada pertinência, mas também diversidade, de forma a acrescentar riqueza e exaustividade à análise. Dada a extensão do material do estudo, o processo da constituição do *corpus* de análise está devidamente clarificado nos Anexos III e IV, que correspondem, ao material excluído do *corpus*, com a respetiva explicação e esclarecimento dos motivos que levaram à sua exclusão. Nesta sequência, do nosso *corpus* de análise, fizeram parte 41 tipos de enunciados diferentes de diagnósticos de enfermagem e 143 tipos de enunciados diferentes de intervenções de enfermagem.

A definição das unidades, ou seja, a transformação dos dados em bruto em unidades de análise, que são classificadas e agregadas, é uma etapa fundamental de codificação. As unidades de registo constituem segmentos de conteúdo a considerar como unidade base, permitindo a categorização, e que são distinguidas segundo referencial temático (Bardin, 2009). No presente estudo, as unidades de registo correspondem aos enunciados de diagnósticos e de intervenções do SAPE®. Com vista a organização do *corpus* de análise, bem como a agilização do processo de análise e sucessiva categorização, as unidades de registo foram tratadas em Excel, procedendo-se, posteriormente, à sua categorização.

Nesta altura, a categorização apresenta um papel importante, uma vez que é das categorias elaboradas, que o investigador procede a agregação das unidades de registo previamente definidas (Bardin,2009).

Como já foi referido, neste estudo, optou-se por uma definição de categorias e subcategorias *à priori*, ou seja, um *Modelo de Análise de Conteúdo Categorical à priori*.

Uma reflexão e análise mais aprofundada sobre o *corpus* de análise conduziram a seleção das unidades de contexto e conseqüentemente a análise e categorização. Para a construção das categorias utilizamos, como modelo de análise a CIPE® versão 2015 , enquanto estrutura semântica. Esta opção está relacionada com o facto de nesta classificação estarem contidos os conceitos necessários à descrição dos cuidados de enfermagem. Suportamos o processo de análise, também, em parte, pela norma ISO 18104: 2014 (ISO, 2014) enquanto terminologia de referência orientada pelos conceitos de enfermagem.

Ainda assim, deixou-se espaço para uma definição indutiva de categorias, caso se viesse a verificar a necessidade de acrescentar novas categorias e subcategorias ao longo do desenvolvimento do processo de análise de conteúdo. Procuramos então, através do referencial teórico, encontrar o conjunto de dados relevante para a avaliação do foco Trabalho de parto, que aponta para as experiências e vivências de transição no contexto do Trabalho de parto e nascimento.

O investigador pode, assim, realizar uma síntese e seleção dos resultados, deduzir inferências e propor interpretações, utilizando os resultados da análise com fins teóricos e pragmáticos (Bardin, 2009). Neste estudo, as conclusões da análise de conteúdo efetuada, permitir-nos-á evoluir para o desenvolvimento de uma parte do Modelo Clínico de Dados inicialmente proposto.

9.2. Validação Por Grupo De Peritos

Após análise e reflexão sobre as categorias dos dados obtidos, resultaram Tabelas representativas do processo de análise de conteúdo que foram sujeitos à validação por um grupo de peritos (Anexo V).

Nas reuniões, perante a reflexão e discussão produzida pelo grupo de peritos, foram anotadas ideias e pareceres. Face à informação que resultou destes registos, excluindo discursos marginais, foram geradas categorias e subcategorias e definidos critérios de organização e sistematização para a construção do Modelo Clínico de Dados.

9.2.1. O Grupo De Peritos

De acordo, e na sequência do exposto anteriormente, o recurso em termos metodológicos a um grupo de peritos prendeu-se com a necessidade de acrescentar valor empírico, diminuindo a subjetividade inerente a um processo de análise de conteúdo ao material documentado pelos enfermeiros, e expor critérios organizadores do sistema de relações no Modelo Clínico de Dados.

Relativamente aos critérios de seleção dos participantes que integram o grupo de discussão destaca-se primeiramente a necessária experiência e conhecimento acerca do tópico em análise, depois, a disponibilidade para se envolver ativa e decididamente no trabalho e, por último, a capacidade de comungar do desejo coletivo de construir as melhores soluções.

Após auscultação da disponibilidade de um grupo de enfermeiros e de docentes para integrar o grupo de peritos, agendamos duas reuniões tendo os envolvidos sido informados dos objetivos da mesma. As reuniões realizaram-se em outubro e novembro de 2016, nos

dias 21 e 9 respetivamente, das 15h às 19h, em sala própria cedida pela ESEP. Foram os seguintes os objetivos desta abordagem metodológica:

- Validar a análise de conteúdo efetuada à documentação de enfermagem.
- Reconhecer e acrescentar os contributos oferecidos pelos peritos, no sentido de: formalizar categorias e subcategorias.
- Definir critérios de organização e sistematização para a construção do Modelo Clínico de Dados.

O grupo de discussão foi composto pelo próprio investigador e por quatro peritos docentes da ESEP e duas enfermeiras que exercem a sua atividade profissional em Serviços de Obstetrícia, sendo todos os elementos do grupo especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Duas das peritas integram o grupo de investigação *Nursing Pillars*, sendo que uma destas integra também o CIDESI.

9.2.2. Reunião De Peritos

A primeira reunião iniciou-se com uma clarificação dos objetivos da mesma. De seguida o investigador apresentou o tema do estudo de investigação, a sua finalidade e o material sobre o qual recaiu a análise de conteúdo efetuada.

Após esta fase inicial o investigador explicou que os conceitos relacionados com o foco Trabalho de parto descritos na CIPE® e a norma ISO 18104: 2014 foram os modelos utilizados *à priori* para a construção das categorias.

Foi fornecida de seguida as tabelas resultantes da análise da documentação dos enfermeiros e das parametrizações referentes ao foco em estudo, com a respetiva relação entre os vários conceitos em suporte papel. A discussão dos peritos começou nesta fase e prosseguiu até se obter o consenso sobre a validação da análise de conteúdo. Seguidamente, evoluiu-se para a identificação dos critérios dos sistemas de relações entre os conceitos para o Modelo Clínico de Dados.

10. Considerações Éticas

Ao trabalharmos com dados que se reportam aos cuidados de enfermagem é fundamental ter em atenção algumas questões éticas. É de ressaltar os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, que são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e redução das vantagens (Fortin, 2009).

O princípio pela proteção pela vida privada e pelas informações pessoais envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade. O participante tem o direito em conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais. O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do participante não puder ser descoberta por nenhum meio. A confidencialidade diz respeito à gestão das informações pessoais fornecidas pelo participante (Fortin, 2009).

Neste sentido, aquando da recolha de dados pela ESEP, foram *à priori* contactados os Conselhos de Administração e respetivas Comissões de Ética, das instituições selecionadas, no sentido de validar os requisitos éticos que contemplamos neste estudo e autorizar a colheita de dados. Para este trabalho o material recolhido para análise foi organizado em bases de dados sem conterem itens identificativos das instituições, dos enfermeiros ou dos clientes e não existe associado qualquer dado pessoal que identifique os enfermeiros parametrizadores.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos no decurso da investigação. Para atingir os objetivos do estudo recorreu-se como explicado previamente, à análise de conteúdo como modelo de análise de categorias definidas *à priori*. Esta estratégia permitiu-nos identificar o conjunto de dados relevantes para identificar os diagnósticos que emergem em torno do foco Trabalho de parto, bem como, identificar as intervenções associadas a cada um deles. Este capítulo está assim estruturado de acordo com as categorias resultantes da análise de conteúdo utilizando a CIPE® versão 2015 como modelo semântico.

Do processo de análise emergiram 15 categorias de diagnósticos e 70 categorias de intervenções. Também no decorrer deste processo, usando as categorias *à priori*, emergiram alguns termos, essenciais para descrever os enunciados diagnósticos, mas ainda não inclusos na CIPE® versão 2015. Assim, na designação das categorias os novos termos são identificáveis através do uso de []. Assumindo tais termos como novos conceitos a incluir na estrutura da classificação, procura-se ainda sugerir em que local da ontologia poderão ser colocados.

11. Categorias Relativas Aos Diagnósticos De Enfermagem

Os diagnósticos que emergiram assumiam como focos de atenção o processo corporal em si – Trabalho de parto, e as condições relativas à transição, mais especificamente, os conhecimentos e as capacidades para lidar com o Trabalho de parto.

O Trabalho de parto é classificado como um Evento ou episódio sendo definido como “processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta” (CIE, 2016, p. 127). Como resultado de uma primeira análise resulta a proposta de alteração da classificação deste foco de atenção dentro da CIPE®. De facto, nas versões mais recentes da CIPE®, o Trabalho de parto é classificado como um Evento ou

episódio pertencendo ao eixo Tempo. Já na versão *beta 2* era classificado como um tipo de Função (Reprodução), pertencendo ao eixo Foco e tendo como termo de topo Fenómeno. O termo Função é definido como “*processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível*” (CIE, 2002, p. 17), sendo a Reprodução um tipo de Função esta é definida como a “*capacidade de os homens e mulheres participarem na reprodução de uma criança viva (...)*” (CIE, 2002, p. 41). No confronto com as duas definições não fica claro a alteração do foco Trabalho de parto de tipo de Função (CIPE® versão *beta 2*) para tipo de Evento ou episódio (CIPE® versão 2015). Assim, de acordo com a relevância clínica que esta área de atenção revela e a própria definição, sugere-se que este foco de atenção seja reclassificado como Processo corporal (10003446) – Processo do sistema reprodutor (10016860) – Trabalho de parto, e que seja termo-pai dos focos Contração uterina (10020523) e Expulsão Uterina (10020534).

11.1. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam Por Foco: Trabalho De Parto

Da análise dos diagnósticos documentados pelos enfermeiros emergiram duas categorias que tomam como foco de atenção o Trabalho de parto, sendo eles: **Trabalho de parto e Trabalho de parto comprometido**.

A categoria **Trabalho de parto** emerge das unidades de registo como por exemplo *Trabalho de parto presente* e *Oportunidade de trabalho de parto presente*. Estas unidades de registo apontam para a identificação da presença do fenómeno. Numa das unidades de registo surge o termo “Oportunidade”. O conceito “Oportunidade” remete para a probabilidade de ocorrer determinado fenómeno. De facto, de acordo com a CIPE® versão *beta 2*, “Oportunidade” é um termo do eixo Probabilidade, cuja definição é: “*estima-se que um fenómeno de enfermagem desejável ocorra numa determinada probabilidade*” (CIE, 2002, p. 131). A proposta para designar o diagnóstico que emerge da análise daquelas unidades de registo é **Trabalho de parto** sem juízo associado. A ausência de juízo associado ao foco pode ser interpretada como situação presente ou atual, não carecendo de mais especificação no enunciado. Este enunciado está em conformidade com a norma ISO 18104: 2014, que refere que um descritor pode assumir o papel de foco e de juízo representando um diagnóstico de enfermagem (ISO, 2014). A categorização destas

unidades de registo neste enunciado diagnóstico foi corroborada pelos peritos e a sua designação não suscitou qualquer discussão.

A categoria **Trabalho de parto comprometido** toma por base unidades de registo que tomaram como juízo *Ineficácia*. Este juízo era definido na versão CIPE® versão *beta 2* como “alguma coisa que está enfraquecida e sem conseguir produzir o resultado desejado”, ou seja “o resultado desejado não está a ser produzido consistentemente e com sucesso” (CIE, 2002, p.107). Na versão atual da CIPE®, a noção de “estado julgado como negativo; alterado; comprometido ou ineficaz” (CIE, 2016, p.93) é remetido para o termo “Comprometido”. Pela definição associada ao termo percebe-se que “ineficaz” é considerado sinónimo de “comprometido”. Na discussão dos peritos a associação entre a unidade de registo e o enunciado do diagnóstico não suscitou qualquer questão.

11.2. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam Por Foco: Conhecimento

Dos enunciados diagnósticos documentados pelos enfermeiros integraram o *corpus* de análise um total de 27 enunciados que tomam por dimensão o “Conhecimento” relacionado com o Trabalho de parto (Anexo V).

Tabela 1. Categorias e unidades de registo associadas à dimensão Conhecimento

CATEGORIAS	Unidades de Registo
[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre trabalho de parto	Conhecimento da parturiente sobre as fases do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre fase ativa e fase latente do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre o início do trabalho de parto não demonstrado
[Potencial para melhorar] o conhecimento para identificar sinal de trabalho de parto	Conhecimento de sinais de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre sinais de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre sinais de verdadeiro trabalho de parto não demonstrado
[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre complicação durante o trabalho de parto	Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre: complicações do parto não demonstrado Conhecimento sobre: complicações do TP não demonstrado Conhecimento sobre: complicações do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto (RPM, APPT, Hemorragia) não demonstrado
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto	Conhecimento sobre método de ajuda no trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre técnicas facilitadoras de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento da parturiente sobre a sua colaboração nas fases de trabalho de parto não demonstrado

Dos diagnósticos documentados pelos enfermeiros foi possível identificar quatro categorias de diagnóstico que assumiam como foco de atenção o “Conhecimento”

relacionado com o Trabalho de parto (Tabela 1). Na versão CIPE® versão 2015, à semelhança da versão CIPE® *beta 2*, “Conhecimento” é definido como “*conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação*” (CIE, 2016, p.47). Para Meleis et al. (2000), a preparação e conhecimento constituem condições facilitadoras, exercendo uma forte influência no decorrer do processo de transição e potenciando a ocorrência de uma transição saudável. Por isso, compreende-se que os enfermeiros enunciem quantidade substantiva de diagnósticos centrados na necessidade de informação que as grávidas e/ou parturientes evidenciam. Assim, as necessidades em conhecimentos centram-se no processo em si e nas estratégias consideradas úteis para lidar com o Trabalho de parto.

Da análise emergiram categorias centradas nos conteúdos específicos do Conhecimento, nomeadamente: sobre Trabalho de parto; para identificar sinal de Trabalho de parto; sobre expulsão uterina; sobre complicação durante o Trabalho de parto; e sobre estratégias para lidar com o Trabalho de parto.

Começamos por discutir o juízo associado aos diagnósticos documentados pelos enfermeiros. Conforme descrito na Tabela 1, o juízo usado para caracterizar o nível de conhecimento foi “não demonstrado”. De acordo com a CIPE® versão *beta 2*, este juízo é definido como a “*negação de que um fenómeno de enfermagem seja evidenciado como um comportamento publicamente observável*” (CIE, 2002, p.92). Da análise, reconhecemos que os enfermeiros pretendiam documentar a necessidade do Conhecimento pela sua falta. Todavia, numa perspetiva que tem por referência o modelo das Transições de Meleis, hoje em dia, entende-se que o ajuizar desta necessidade traduzir-se-á com maior rigor por via do potencial da pessoa para se ajustar à nova situação, tendo o Conhecimento como condição facilitadora. Assim, a identificação da falta de determinado conteúdo do Conhecimento associada à disponibilidade para aprender efetiva permite descrever o diagnóstico de uma forma mais positiva (se discutido com o cliente) e mais rigorosa (se à luz da Teoria das Transições). Esta ideia já havia sido lançada por Silva et al. (2014) no relatório relativo à Análise da parametrização nacional do SAPE®, quando se refere que importa descrever as necessidades relativas ao desenvolvimento das competências cognitivas – conhecimentos e capacidades – numa visão mais orientada para as oportunidades de desenvolvimento do potencial da grávida e menos para a afirmação das suas limitações ou défices. Assim, o juízo que poderá descrever esta intencionalidade é [Potencial para melhorar]. Na CIPE® versão 2015, na consulta dos diversos juízos percebemos que não existe esta ideia, observa-se sim que existe um termo de topo designado de “Potencialidade” definido como “Estado” que

tem como termos filhos “Atual” e “Risco”. Nesta estrutura parece faltar um termo que permita designar diagnósticos que revelem que a intenção do enfermeiro é promover, já que prevenir pode ser inferido do diagnóstico de “Risco” e o resolver o problema, do diagnóstico “Atual”. Na norma ISO 18104: 2014 (ISO, 2014) esta ideia está presente no “Potencial”, que contempla como descritores o “Risco” ou a “Oportunidade/Chance”. O conceito de “Oportunidade” pode ser dito por [Potencial para melhorar] já que partilham o mesmo significado. Assim, [Potencial para melhorar] trata-se de um novo termo a incluir numa nova CIPE®. A sugestão é a sua inclusão no Eixo: Juízo (*Judgment*) como um tipo de “Potencialidade” (10015151), que para além do “Atual” (10000420) e do “Risco” (10015007) passaria a incluir [Potencial para melhorar], traduzido no inglês por “*Potential to enhance*”. Assim, sempre que o juízo for “não demonstrado” será assumido como novo juízo [Potencial para melhorar] quer nos conhecimentos quer nas capacidades.

A categoria **[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre Trabalho de parto** toma por base unidades de registo como: *Conhecimento da parturiente sobre as fases do trabalho de parto; Conhecimento sobre fase ativa e fase latente do trabalho de parto; Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto; e, Conhecimento sobre o início do trabalho de parto* (Tabela 1). Em algumas unidades de registo, os enfermeiros especificaram a cliente dos cuidados – *parturiente*. Parturiente é, por definição, a mulher em Trabalho de parto. Todavia, nos enunciados de diagnósticos propostos nas categorias decidiu-se omitir a referência ao cliente dado que este é o “*sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção*” (CIE, 2016, p.141). De facto, a parturiente é a detentora do processo clínico, logo todos os registos produzidos nele referem-se ao seu titular. Este princípio – omitir o cliente – foi usado para todos os enunciados de diagnóstico. Esta decisão foi subscrita pelos peritos aquando da discussão.

A categoria **[Potencial para melhorar] o conhecimento para identificar sinal de Trabalho de parto** remete para um aspeto específico do Conhecimento sobre o Trabalho de parto. Da análise, decidimos manter esta especificação dado a relevância clínica que este aspeto tem para a prática de cuidados. De facto, é relevante que a grávida seja capaz de identificar em si própria os sinais de Trabalho de parto de modo a evitar idas desnecessárias ao serviço de urgência de obstetrícia ou chegar numa fase tardia à maternidade. Esta necessidade em cuidados assume particular relevância nos casos em que a gestação ainda não atingiu o termo (<37 semanas). Por isso, importa documentar especificamente este diagnóstico. A discussão em torno desta categoria foi pacífica entre os peritos.

Uma outra especificação relacionado com o Conhecimento sobre Trabalho de parto é a categoria **[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre expulsão uterina**. Esta categoria emerge de unidades de registo que se centram nos esforços expulsivos da mãe para facilitar a saída do feto, tais como *Conhecimento sobre o puxo dirigido e Conhecimento sobre o sopro*. Da análise destes enunciados, pareceu-nos que os enfermeiros se centram nos conteúdos que a parturiente precisa dominar relacionados com as “*contrações musculares uterinas e abdominais dolorosas e expulsão da criança, placenta e membranas através do canal de parto durante o trabalho de parto até à expulsão completa da criança, placenta e membrana*” (CIE, 2016, p.58). Esta definição corresponde à definição de Expulsão uterina da CIPE® versão 2015 e que é sobreponível à definição da versão *beta 2*. No segundo período do Trabalho de parto, a percepção da vontade de empurrar é estimulada pela progressão da descida fetal. A pressão exercida pela cabeça fetal, estimula os recetores de estiramento que desencadeiam libertação de ocitocina). Esta resposta neuro-endócrina é conhecida como reflexo de *Ferguson*. Assim, os esforços expulsivos da parturiente no sentido de auxiliar a passagem do feto através do canal de parto, é recomendada a sua realização espontânea (Lowdermilk et al., 2008; Graça, 2010). A evidência sugere que o puxo espontâneo no segundo estágio de Trabalho de parto deve ser incentivado para melhores resultados fetais. O esforço expulsivo espontâneo deve ser aceite como uma boa prática, sendo que as parturientes podem ser encorajadas a escolher o seu próprio tipo de esforço expulsivo (“puxo”). O profissional pode fornecer mais sentido explícito, orientação e assistência com o puxo, a pedido da parturiente ou quando parece razoável (Ferreira, 2014; Lemos et al., 2015). Conhecer o processo de realizar os esforços expulsivos facilita a colaboração da parturiente e contribui para um período expulsivo mais efetivo.

A discussão dos peritos em torno desta categoria centrou-se na questão: qual é, de facto, o foco de atenção dos enfermeiros obstetras? O Conhecimento sobre como este processo se desenrola ou a Capacidade da mulher para participar ativamente no processo. Não será por via da execução do esforço expulsivo por parte da parturiente que se consegue facilitar o período expulsivo? A resposta a esta questão fez com que os peritos sugerissem que as unidades de registo deveriam ser associadas à categoria: **[Potencial para melhorar] a capacidade para executar [esforços expulsivos]** (Tabela 2). Este enunciado, após a discussão em torno dos diversos argumentos apresentados, foi consensual entre o grupo de peritos. Importa ainda acrescentar que esta necessidade em cuidados poderá ser identificada quer durante o período pré-natal – na preparação para o parto – como no

período intraparto. Neste enunciado, a expressão [esforços expulsivos] emerge como um novo termo a incluir numa nova versão da CIPE®. Este conceito poderá ser definido como: esforços reflexos e/ou voluntários de expulsão, através dos músculos perineais, abdominais e respiratórios, que com a combinação de contrações intrauterinas facilitam a expulsão do feto e/ou da placenta (Cunningham, 2012; Ferreira, 2014; Lemos et al., 2015).

A categoria **[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre complicação durante o Trabalho de parto** teve origem nas unidades de registo: *Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto* e *Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto (RPM, APPT, Hemorragia)*. Da análise de conteúdo dos enunciados, a primeira questão que emergiu foi: são complicações “do” trabalho de parto ou complicações que ocorrem “durante” o Trabalho de parto? Tendemos a responder a esta questão caindo para a resposta “durante”. Na continuidade da análise e na tentativa de responder àquela questão, concluímos que a rotura prematura de membranas (RPM) não faria sentido estar associada já que o termo “prematura” remete para antes de estar em Trabalho de parto, logo não é “do” nem “durante” o Trabalho de parto. A mesma lógica poderá ser usada para a ameaça de parto pré-termo, já que este se refere a ameaça, ou seja, antes, e não “do” nem “durante” o Trabalho de parto. Já a hemorragia poderá acontecer “durante” o Trabalho de parto (Cunningham, 2012; Hamilton, 2016).

No que se refere ao *Conhecimento sobre complicações*, houve alguma discussão no grupo de peritos. A questão relativa à responsabilização da grávida na identificação das complicações durante o Trabalho de parto foi discutida. A hemorragia vaginal é uma das complicações documentada pelos enfermeiros. Todavia, emergiu a questão se a parturiente deveria ser responsável pela deteção desta situação para alertar a equipa. Outras complicações podem surgir. Complicações não só relativas a mecanismos de natureza dinâmica (por exemplo, disfunção contráctil uterina ou esforços expulsivos inadequados) como a mecanismos de natureza mecânica (relativas ao nível da apresentação, da posição, descida e dimensões fetais, ou anomalias da bacia materna ou do canal de parto), ou ainda outras anomalias, como por exemplo, presença de líquido amniótico tingido de mecónio, para além da já referida hemorragia. Mas não integravam a documentação dos enfermeiros analisada. Após a discussão, a tonalidade da decisão entre os peritos apontou para manter como diagnóstico o **[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre complicação durante o Trabalho de parto** sem especificação do tipo de complicação. Esta descrição era suficiente para ser clinicamente útil, não sendo pertinente, do ponto de vista clínico,

especificar no enunciado do diagnóstico a hemorragia vaginal, ou outra complicação (Tabela 1).

Depois de analisarmos os enunciados relativos ao Conhecimento sobre o processo, passamos a analisar os enunciados relacionados com os conhecimentos sobre as estratégias consideradas úteis para lidar com o Trabalho de parto documentadas pelos enfermeiros.

Os enfermeiros passam muito do seu tempo de trabalho em permanente contato com as pessoas e constituem, assim, um grupo profissional privilegiado para as preparar e ajudar neste processo. De acordo com Meleis et al. (2000), o enfermeiro facilita os processos inerentes à transição através da potencialização da aprendizagem e desenvolvimento de novas competências da pessoa que está em transição. O parto é considerado um evento crítico da transição. Assim, o desenvolvimento de capacidades que facilitem este processo por parte da mulher, em particular durante a gravidez, pode constituir-se uma condição facilitadora.

A necessidade em cuidados que desencadeia o processo de cuidados centrado na aprendizagem daquelas estratégias deu corpo à categoria **[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o Trabalho de parto**, que emergiu a partir de unidades de registo tais como *Conhecimento sobre método de ajuda no trabalho de parto*, *Conhecimento sobre técnicas facilitadoras de trabalho de parto* e *Conhecimento da parturiente sobre a sua colaboração nas fases de trabalho de parto*. Neste enunciado de diagnóstico sugere-se mais um novo termo: [lidar com]. De acordo com a definição nos dicionários, esta expressão traduz a ideia da forma como alguém se relaciona ou reage a uma situação ou pessoa. O significado desta expressão em inglês – “*to deal with*” – segue a mesma linha de pensamento, apresentando como definição: *deal with something to take action to do something, especially to solve a problem*. A noção que há conteúdos e estratégias que ajudam a mulher a saber como agir para fazer face a determinada situação parece ficar patente na utilização da expressão [lidar com]. Na estrutura da CIPE®, este novo termo poderia ser categorizado, como um tipo de Ação: “*processo intencional*” (CIE, 2016, p.113), ou seja, um tipo de Fenómeno com uma “*série de funções ou ações para atingir um resultado*” (CIE, 2016, p.73).

Da discussão na reunião de peritos destacou-se a questão se [lidar com] não seria sinónimo de “ *coping*”. O grupo de peritos consultou a definição de “ *coping*” da CIPE® versão 2015, verificando que a definição apontava para a atitude face à situação e não a

ação face à situação. De facto, “ *coping* ” é definido como um tipo de Atitude para “*gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*” (CIE, 2016, p.50). Da síntese final da discussão, a tendência geral do grupo foi considerar a expressão [lidar com] como a mais substantiva para traduzir o sentido clínico da necessidade em cuidados.

Das unidades de registo foi possível enunciar um conjunto de estratégias que os enfermeiros documentavam como técnicas para [lidar com] o Trabalho de parto, como pode ser consultado também no Anexo V. A documentação das dimensões do Conhecimento sobre as técnicas reportavam para: técnica de relaxamento; técnica respiratória; técnica de posicionamento; técnica de exercício muscular ou articular; e, uso de dispositivo: bola de parto.

Na reunião com os peritos, foi consensual a noção do uso destas técnicas por parte da mulher como facilitadoras do lidar com o Trabalho de parto. E a partir desta observação surgiu a questão: a necessidade em cuidados deverá ser descrita por via do Conhecimento ou por via da Capacidade? De facto, a aprendizagem destas técnicas tem início, em parte significativa dos casos, ainda durante a gravidez. Nos programas de preparação para o parto, há oportunidades de treino para o desenvolvimento das capacidades para usar estas técnicas durante o Trabalho de parto. E também foi pacífico que a utilização destas técnicas exige um conjunto de conhecimentos, mas na sua essência, a intencionalidade do enfermeiro obstetra é desenvolver a capacidade. Assim, da discussão dos peritos houve a proposta de associar as unidades de registo centradas nos conhecimentos sobre as técnicas documentadas pelos enfermeiros às categorias relacionadas com a Capacidade para executar a técnica específica (Tabela 2).

Na documentação produzida pelos enfermeiros, as unidades categorizadas em **[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o Trabalho de parto através de técnica de exercício muscular [e/ou] articular** remetiam somente para o foco Conhecimento. Todavia, na mesma lógica das anteriores, os peritos defenderam que este conteúdo também se refletia na execução dos exercícios cuja intencionalidade é consciencializar a mulher da sua bacia, promover posição corporal mais anatómica durante a gravidez, fortalecer os músculos abdominais e pélvicos e facilitar a descida do feto. Emergiu assim, neste mesmo sentido, a categoria **[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto através de técnica de exercício muscular [e/ou] articular**. Além disso, dado que os exercícios realizados compreendem tanto músculos como articulações, a sugestão dos peritos foi acrescentar o [e/ou] ao enunciado da designação da

técnica, sugerindo a proposta desta alteração para a nova versão da CIPE® no termo já existente com o código 10012300.

11.3. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam por Foco: Capacidade

Tomando como foco de atenção a “Capacidade” da mulher, grávida ou parturiente, para lidar com o Trabalho de parto os enfermeiros documentavam quatro estratégias: técnica de relaxamento, técnica respiratória, posicionamentos e uso de bola de parto.

Nos desenvolvimentos e entendimentos mais recentes da utilização da CIPE® tem-se verificado a substituição do termo “Aprendizagem de capacidades” por “Habilidades para” e, mais recentemente, com a CIPE® versão 2015, por “Capacidade” (Silva et al., 2014). Na CIPE® versão *beta 2*, “Aprendizagem de capacidades” foi definido como um tipo de Aprendizagem com as seguintes características específicas: *“aquisição do domínio de habilidades práticas associada a treino, prática e exercício”* (CIE, 2002, p.40). O termo “Aprendizagem de habilidades” foi adotado como termo preferido na maior parte dos contextos clínicos para enunciar o foco Aprendizagem de capacidades descrito na versão *beta 2*. As mudanças e diferentes tentativas de designação desta área de atenção estão associadas a questões relacionadas com o sentido clínico e intencionalidade do enfermeiro. De facto, os enfermeiros podem contribuir para o desenvolvimento de competências cognitivas (Conhecimento) e instrumentais (Habilidades). Há aspetos que a mulher precisa conhecer para tomar decisões (por exemplo: Conhecimento para identificar sinais de Trabalho de parto) e há outros conteúdos e treino que visam desenvolver na pessoa a Capacidade de fazer qualquer coisa. É relativamente a esta última parte que importa encontrar um termo que melhor a descreva.

Na versão CIPE® 2015, existe o termo “Capacidade”, que na versão original em inglês é *“Ability”*. Nos dicionários de língua inglesa, o termo *“Ability”* tem associado como conceito: *power or capacity to do or act physically, mentally, legally, morally, financially, etc. ou the power or skill to do something*. Esta definição vai ao encontro da definição de Capacidade nos dicionários de português. O conceito deriva do latim *“capacitas”* e é definido como um conjunto de habilidades e recursos que tem um indivíduo para que realize uma tarefa específica; numa definição mais geral, pode dizer-se que “Capacidade” é

a faculdade de algo de abrigar certas coisas dentro de um quadro limitado de alguma forma. A partir destes conceitos, podemos afirmar que a “Capacidade” traduz um processo de incorporação de novas ferramentas para lidar com o mundo. No confronto com o termo “Habilidade”, verificamos que um termo é usado para definir o outro. Nos dicionários de português, o conceito de “Habilidade”, que tem origem no latim “*habilitas*”, refere-se à capacidade e à disposição para (fazer) algo. Por seu turno, “Capacidade” corresponde à habilidade que permite que uma pessoa complete uma tarefa.

Assim, o termo Capacidade incluído na CIPE® versão 2015 será usado para traduzir as necessidades em cuidados relacionadas com o desenvolvimento de recursos, neste caso específico, para lidar com o Trabalho de parto (Tabela 2).

Tabela 2. Categorias e unidades de registo associadas à dimensão Capacidade

CATEGORIAS	Unidades de Registo
[Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o trabalho de parto	Aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto não demonstrado Aprendizagem de capacidades sobre trabalho de parto não demonstrado
[Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o trabalho de parto através da técnica de exercício muscular [e/ou] articular	Conhecimento sobre exercícios de básculas da bacia não demonstrado
[Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o trabalho de parto através da técnica de relaxamento	Aprendizagem de Habilidades para executar as técnicas de relaxamento não demonstrado Conhecimento sobre técnicas de relaxamento não demonstrado
[Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o trabalho de parto através da técnica respiratória	Aprendizagem de capacidades sobre técnica de respiração não demonstrado Aprendizagem de Habilidades para executar técnica respiratória não demonstrado Aprendizagem de Habilidades sobre técnica respiratória não demonstrado Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios respiratórios não demonstrado Conhecimento sobre tipos de respiração durante o trabalho de parto não demonstrado Conhecimento da parturiente sobre exercícios de controlo da respiração demonstrado Conhecimento sobre exercícios respiratórios não demonstrado Conhecimento sobre técnica de respiração não demonstrado Conhecimento sobre técnica respiratória não demonstrado
[Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o trabalho de parto através da técnica de posicionamento	Aprendizagem de Habilidades para executar os posicionamentos não demonstrado Conhecimento sobre posicionamentos adequados em trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre posicionamentos não demonstrado
[Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o trabalho de parto através de dispositivo: bola de parto	Aprendizagem de Habilidades para utilizar a bola de parto Conhecimento sobre a utilização da bola de parto não demonstrado
[Potencial para melhorar] a capacidade para executar [esforços expulsivos]	Conhecimento sobre o puxo dirigido não demonstrado Conhecimento sobre o sopra não demonstrado

Da análise de conteúdo das unidades de registo emergiu uma categoria geral, isto é, em que não foi especificada a estratégia: **[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto**. Esta categoria permite documentar as necessidades em cuidados garantindo a possibilidade de especificar outra qualquer estratégia. Da análise emergiram, então, as restantes categorias centradas em cada técnica específica: **através da técnica de relaxamento; através da técnica respiratória; através da técnica de posicionamento; e, através de dispositivo: bola de parto**. De acordo com a evidência atual, estes métodos, enquanto recursos usados pelas parturientes, contribuem para a diminuição da perceção de dor e redução dos níveis de ansiedade e de stresse (Mafetoni et al., 2014; Osório et al., 2014).

A categorização destas unidades de registo nestes enunciados de diagnóstico foi subscrita pelos peritos sem qualquer questão.

11.4. Diagnósticos De Enfermagem Que Tomam Como Cliente Outra Pessoa Que Não a Grávida/Parturiente

Da análise das unidades de registo emergiram enunciados que especificaram outro cliente que não a mulher: *Conhecimento do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos e Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos*. As categorias que emergiram foram **[Potencial para melhorar] o conhecimento do [acompanhante] para apoiar durante o Trabalho de parto e [Potencial para melhorar] a capacidade do [acompanhante] para apoiar durante o Trabalho de parto**. A maior parte dos termos já havíamos definido a melhor forma de os enunciar com recurso à CIPE® versão 2015. Os termos que carecem ainda de análise são: “apoiar” e “acompanhante”.

O termo “Apoiar” foi escolhido para traduzir a ideia dos “*comportamentos na sala de partos*”. Acreditamos que a ideia dos enfermeiros é que a pessoa que acompanha a parturiente consiga ajustar os seus comportamentos quer ao contexto quer às necessidades de quem está a acompanhar. “Apoiar” é definido como “*assistir, ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar*” (CIE, 2016, p.113). Este

apoio/suporte compreende ter alguém que está continuamente presente e que reassegura e elogia, ajuda com medidas de conforto (por exemplo, o toque, a massagem, o apoio no chuveiro ou na ingestão adequada de líquidos ou mesmo no ajudar a mulher a articular os seus desejos com os profissionais da saúde e outros (Hodnett et al., 2013).

Na revisão sistemática da *Cochrane* concluiu-se que qualquer tipo de acompanhante do Trabalho de parto tem efeito positivo, mas que os benefícios do apoio são maiores quando são oferecidos por indivíduos que não fazem parte da equipa de profissionais da instituição. A evidência tem vindo a demonstrar que esse apoio contínuo tem benefícios clinicamente significativos, incluindo um Trabalho de parto mais curto com taxas aumentadas de parto vaginal espontâneo, diminuição do uso de analgesia intraparto e maior satisfação com a experiência de parto (Hodnett et al., 2013; OMS, 2016).

O termo correspondente a “Prestador de cuidados” na atual versão da CIPE® é “Cuidador”. Mas, tomando por referência a sensibilidade cultural, a expressão usualmente usada é “acompanhante” ou “pessoa significativa”. Esta expressão aponta para a pessoa que a grávida/parturiente escolhe para a acompanhar e apoiar ao longo deste processo. Pode ser o pai da criança e/ou cônjuge, a mãe, uma amiga ou até mesmo alguém que contrate com algum conhecimento do processo (*doula* - mulher que tem formação, mas que não faz parte da equipa profissional da instituição de saúde). Quando pensamos nas possíveis escolhas e as confrontamos com as unidades de registo, tendemos a excluir da listar a última opção – *doula* – dado que estas não se constituirão como clientes dos cuidados dos enfermeiros. Os membros da família ou significativos, esses sim, poderão necessitar de desenvolver conhecimentos e/ou capacidades, quer durante a gravidez quer ao longo do decurso do Trabalho de parto, para apoiar durante o processo e para negociar com a equipa de saúde (Hodnett et al., 2013; Simkin, 2013; OMS, 2016).

A análise da definição na CIPE® versão 2015 de “Cuidador” também não foi facilitadora da orientação do sentido da discussão. Por definição, “Cuidador” é *“aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”* (CIE, 2016, p.143). Apontar para a parturiente como um dependente é algo que se apresenta como estranho, porque não é assim que este cliente é assumido na prática clínica. Na discussão dos peritos esta questão foi amplamente discutida. O principal argumento centrou-se na sensibilidade cultural do termo – a parturiente é dependente para precisar de um cuidador?

O “acompanhante” – termo culturalmente mais sensível e usado pelos enfermeiros – pode ser qualquer pessoa escolhida pela mulher para fornecer-lhe apoio contínuo. O termo “*companion*” é usado para traduzir esta noção (Hodnett et al., 2013; OMS, 2016). A decisão sobre o termo que melhor designa esta “pessoa significativa” foi inconclusiva. Este é um assunto que merecerá ser revisitado com mais profundidade e discussão alargada.

12. Resultado Final Da Categorização: Diagnósticos De Enfermagem

Da análise de conteúdo e da discussão com os peritos emergem as categorias representadas no seguinte fluxo de dados:

1. Processo corporal

- 1.1. Trabalho de parto
- 1.2. Trabalho de parto comprometido

2. Transição

- 2.1. [Potencial para melhorar] o conhecimento sobre Trabalho de parto
 - 2.1.1. [Potencial para melhorar] o conhecimento para identificar sinal de Trabalho de parto
 - 2.1.2. [Potencial para melhorar] o conhecimento sobre complicação no Trabalho de parto
- 2.2. [Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o Trabalho de parto
- 2.3. [Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto
 - 2.3.1. [Potencial para melhorar] a capacidade para executar [esforços expulsivos]
 - 2.3.2. [Potencial para melhorar] capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto através da técnica de exercício muscular [e/ou] articular
 - 2.3.3. [Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto através da técnica de relaxamento
 - 2.3.4. [Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto através da técnica respiratória
 - 2.3.5. [Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o Trabalho de parto através da técnica de posicionamento
 - 2.3.6. [Potencial para melhorar] a capacidade para lidar com o Trabalho de parto através de dispositivo: bola de parto
- 2.4. [Potencial para melhorar] o conhecimento do [acompanhante] para apoiar durante o Trabalho de parto
- 2.5. [Potencial para melhorar] a capacidade do [acompanhante] para apoiar durante o Trabalho de parto

13. Categorias Relativas Às Ações De Enfermagem

Neste ponto pretendemos, mantendo a CIPE® versão 2015 como modelo semântico, identificar as intervenções de enfermagem documentadas pelos enfermeiros que tomam como foco de atenção o Trabalho de parto.

Começamos por analisar o conceito de “Ação”. Ação de enfermagem é definida como qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e conhecimento, que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados de saúde de um cliente (Bulechek et al., 2013). Esta ideia é também partilhada na CIPE® versão *beta 2*, ao definir “Intervenção de enfermagem” como a *“resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”* (CIE, 2002, p.XIX). Por seu turno, Sabacare (2009) define uma intervenção de enfermagem com uma ação – tratamento, procedimento ou atividade – projetada para conseguir atingir um resultado num determinado diagnóstico.

Na ISO 18104: 2014, Ação é definida como um ato realizado por um ator de saúde (*“healthcare actor”*) com a intenção de melhorar ou manter, direta ou indiretamente, a saúde de uma pessoa, grupo ou população e entendidas como atos intencionais aplicados a um ou mais alvos (ISO, 2014; Marín et al., 2013).

De acordo com as orientações do CIE, com recurso à CIPE®, para descrever uma ação de enfermagem é necessário pelo menos um termo que designe a ação e um termo que identifique o alvo. Já de acordo com a norma ISO 18104 : 2014, para descrever uma ação, é mandatário um termo de ação e este termo pode ser qualificado por *“timing”* (tempo ou período em que a ação ocorre) ou outros termos necessários para descrever com rigor a prescrição do enfermeiro. Assim, as ações de enfermagem podem ser qualificadas pelos meios/recursos, vias e localização/local do corpo.

Uma ação de enfermagem é sempre dirigida a um beneficiário, que pode ser especificado no enunciado ou então encontrar-se subentendido porque remete para o proprietário do processo, que no caso deste estudo, é a parturiente – mulher em Trabalho de parto.

Para designar a ação, a norma ISO 18104: 2014 refere que não deve ser usado para descrever as ações de enfermagem o verbo no passado ou no indicativo. Por exemplo, deverá ser usado “observação” em vez de “observado” ou “observar”.

Para o processo de análise trouxemos 143 enunciados de intervenções dos quais emergiram 70 categorias. Em todos os enunciados está presente o verbo que designa a ação. Iniciamos a análise de conteúdo exatamente pelos tipos de ação usados. Depois de uma ou duas leituras em torno dos enunciados, identificamos três intencionalidades às ações discutidas (Figura 3).



Figura 3. Categorias dos tipos de ação

As intervenções documentadas pelos enfermeiros podem ser categorizadas em função da sua intencionalidade. Assim, as ações tipo I remetem para atividades de diagnóstico, isto é, para a descrição de ações cuja intencionalidade é a recolha de dados para identificar ou caracterizar o diagnóstico (exemplo, avaliar); as ações tipo II remetem para as ações prescritas e/ou implementadas face ao diagnóstico identificado (exemplo, ensinar); e, por fim, as ações tipo III cuja intencionalidade é recolher dados para verificar a efetividade das intervenções (ex. avaliar a evolução).

A organização que emergiu assenta em três das cinco etapas do processo de cuidados, nomeadamente a avaliação inicial, as intervenções e a avaliação final (Doenges e Moorhouse, 2010).

Assim, para efeitos da organização do resultado do processo de análise organizamos a apresentação em dois pontos – os enunciados que remetem para ações relacionadas com a recolha de dados (atividades de diagnóstico e atividades de avaliação) e os enunciados que remetem para as ações implementadas face ao diagnóstico (intervenções de enfermagem).

13.1. Da Recolha De Dados: Atividades De Diagnóstico e Atividades De Avaliação

Numa primeira fase, os dados que se recolhem são essenciais para o julgamento clínico, a partir dos quais se tomam decisões e se chega a conclusões acerca do significado dos dados obtidos, no sentido de concluir se são ou não necessárias intervenções de enfermagem (Doenges e Moorhouse, 2010). As ações implementadas pelos enfermeiros que remetem para a recolha de dados iniciais são designadas de atividades de diagnóstico. A recolha de dados envolve dados objetivos e subjetivos, para além da informação registada no processo clínico (NANDA 2015-2017, 2015). O diagnóstico resulta do raciocínio clínico que permite diferenciar os dados – os relevantes dos irrelevantes, reconhecer os dados que faltam, identificar as inconsistências entre os dados e fazer inferências a partir dos dados e/ou agrupamentos de dados resultando no julgamento clínico. O julgamento clínico corresponde a uma interpretação ou conclusão relativamente às necessidades, preocupações ou problemas de saúde do cliente e a decisão de agir, ou não (NANDA 2015-2017, 2015). Numa fase subsequente do processo de cuidados, os dados permitem tirar conclusões sobre a mudança no diagnóstico após a intervenção do enfermeiro, permitindo a avaliação de todo o processo. Da análise das ações relativas às atividades de diagnóstico e de avaliação documentadas integraram o *corpus* de análise um total de 42 enunciados (Tabela 3).

Tabela 3. Categorias e unidades de registo relativas às atividades de diagnóstico e de avaliação

CATEGORIAS	Unidades de registo
Vigiar movimentos fetais	Vigiar movimentos fetais
Vigiar características do [líquido amniótico]	Vigiar características do líquido amniótico Vigiar perda líquido amniótico Vigiar ruptura de membranas
Vigiar estado das [membranas amnióticas]	Vigiar membranas amnióticas Vigiar estado das membranas amnióticas
Vigiar sinais de retenção urinária	Vigiar sinais de retenção urinária Vigiar globo vesical
Vigiar perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea
Vigiar eliminação urinária	Vigiar a eliminação urinária
Monitorizar frequência cardíaca fetal	Monitorizar frequência cardíaca do feto Vigiar frequência cardíaca do feto Vigiar frequência cardíaca fetal
Monitorizar frequência cardíaca	Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar pulso
Monitorizar frequência respiratória	Monitorizar frequência respiratória
Monitorizar tensão arterial	Monitorizar tensão arterial
Monitorizar temperatura corporal	Monitorizar temperatura corporal
Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto	Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto
Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto	Verificar conhecimentos
Avaliar capacidade para lidar com o trabalho de parto	Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto
Avaliar evolução para capacidade para lidar com o trabalho de parto	Verificar aprendizagem de habilidades
Avaliar dor de trabalho de parto	Monitorizar a dor através de escala de dor Vigiar dor
Avaliar evolução da dor de trabalho de parto	Validar dor com escala do observador Vigiar resposta / reação à dor
Avaliar contração uterina Avaliar evolução da contração uterina	Monitorizar contração uterina Vigiar contração uterina Vigiar contração uterina (fase de dilatação) Vigiar traçado cardiotocográfico Vigiar CTG Interpretar traçado cardiotocográfico
Avaliar trabalho de parto Avaliar evolução do trabalho de parto	Monitorizar trabalho de parto Vigiar trabalho de parto Vigiar estadio do trabalho de parto Vigiar estática fetal Vigiar apresentação fetal Monitorizar dilatação do colo útero Monitorizar dilatação do colo uterino Vigiar condição do colo uterino
Inspecionar canal de parto	Inspecionar canal de parto Executar revisão uterina Vigiar laceração

A descrição do resultado da análise destes enunciados é discutida, numa primeira parte, relativamente aos tipos de ação e posteriormente quanto aos alvos da ação.

Os enfermeiros documentam ações usando como tipos de ação o “Vigiar” e o “Monitorizar”. O tipo de ação “Monitorizar” define-se como um tipo de “Determinar” que se caracteriza especificamente por *“escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa”* (CIE, 2016, p.118). O tipo de ação “Vigiar” é definido como um tipo de

“Monitorizar” que se caracteriza por “*averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo*” (CIE, 2016, p.121). Estas ações são associadas a fenómenos (alvos) sobre os quais importa recolher e documentar os dados. Conforme pode ser observado o resultado na Tabela 3.

A ação “Vigiar” surge em 24 enunciados (55,8%) e a ação “Monitorizar” em 11 enunciados (25,5%). Este achado talvez possa ser explicado pela convenção estrutural definida no SAPE[®]. Na definição das ações que remetiam para a recolha de dados, optou-se por usar o termo “Vigiar” nos enunciados que geram um dado de natureza qualitativa e o termo “Monitorizar” naqueles que geram dados de natureza quantitativa.

Assim, definiu-se que quando o propósito do dado a recolher e a documentar traduzia o valor do dado (por exemplo: *Monitorizar frequência cardíaca*) ou a sua presença ou ausência (por exemplo: *Vigiar hemorragia*), manteve-se os enunciados em conformidade com os já usados pelos enfermeiros. Para descrever as ações cujo enunciado que representava recolha de dados que envolvia um raciocínio clínico foi usado o termo “Avaliar”.

Na CIPE[®] existem dois termos relativos ao “Avaliar” com códigos distintos pois referem-se a diferentes conceitos. Um dos termos é destinado a descrever a ação de recolha de dados iniciais para o diagnóstico – “Avaliar” (10002673), no inglês “*Assessing*”. O outro termo é destinado a descrever a ação de recolha de dados para avaliação da efetividade da intervenção – “Avaliar evolução”, (10007066) no inglês “*Evaluating*”. Assim, apesar de não ser usado desta forma atualmente a sugestão é que as duas formas sejam usadas para descrever os dois momentos de recolha de dados. “Avaliar” é definido como estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa (CIE, 2016). Por seu turno, “Avaliar evolução” é definido como um processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos (CIE, 2016).

Em relação às ações centradas na recolha de dados relativos aos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial e temperatura corporal) mantivemos o tipo de ação usado pelos enfermeiros por falta de critério para alterar. Talvez este assunto possa ser alvo de uma discussão mais alargada em fases posteriores.

No que se refere aos alvos da ação, também se observaram algumas sugestões. Dos enunciados resultantes de análise emergem duas sugestões para novos termos: [líquido amniótico] e [membranas amnióticas]. Nas áreas de atenção relacionadas com obstetrícia, estes termos emergem como relevantes para a descrição de alguns cuidados de

enfermagem. Líquido amniótico é definido como o fluido que envolve o embrião, preenchendo a bolsa amniótica, que o protege de choques mecânicos e térmicos e promove a estimulação dos movimentos fetais. Dá-se o nome de bolsa amniótica, por conseguinte, ao revestimento de membranas, que se desenvolve na oitava ou nona semana, para envolver o embrião. A bolsa amniótica é composta pelo âmnios (a membrana interna que envolve o líquido amniótico e o feto) e pelo córion (a membrana exterior que faz parte da placenta e protege o âmnios). Assim, e em conformidade com o que já é documentado pelos enfermeiros, mantiveram-se estas intervenções e é proposta a inclusão dos novos termos. O [líquido amniótico] poderá ser considerado, para efeitos da estrutura da classificação, como um tipo de Substância corporal (10003479), ao mesmo nível que Fluxo menstrual, Sangue ou Bilirrubina. As [membranas amnióticas] poderão ser entendidas como uma estrutura corporal classificada como um tipo de Região corporal (10003451).

A análise da ação *Vigiar perda sanguínea* desencadeou em particular no grupo de peritos discussão em torno do termo “perda sanguínea”. Da discussão inferiu-se que o que se pretendia identificar, na maior parte dos casos, era a presença ou não de hemorragia, sendo a quantidade da perda sanguínea um dos dados a valorizar. Considerou-se que, mais do que a quantidade de sangue e o tempo em que esta ocorre, importava considerar hemorragia como toda a perda de sangue, independentemente da quantidade, em locais e/ou situações em que essa ocorrência fosse considerada anormal.

A especificação no enunciado da intervenção do uso de equipamento, nomeadamente o cardiotocógrafo, foi alvo de discussão no grupo de peritos. Nas atividades *Vigiar traçado cardiotocográfico*, *Vigiar CTG* e *Interpretar traçado cardiotocográfico*, os enfermeiros sentiram necessidade de especificar o método/equipamento usado na recolha de dados. A cardiotocografia consiste na monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e da contractilidade uterina permitindo a análise do efeito da contração na frequência cardíaca do feto através do registo em papel das características da contração. A sua utilização é comum em todos os blocos de parto. De acordo com o grupo de peritos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), as vigilâncias decorrentes da cardiotocografia constituem uma situação de interpretação difícil nomeadamente nas inferências possíveis (Santo, 2016). Assim, sugere-se a possibilidade de associação ao enunciado da intervenção, o recurso – dispositivo de monitorização - utilizado quando as ações **Avaliar/Avaliar evolução da contração uterina** ou **Monitorizar frequência cardíaca fetal** são assinaladas. Assim, o cardiotocógrafo poderá ser representado pelo Monitor de contração (10005126) e pelo Monitor cardíaco (10003873). Claro está que a utilização

destes dispositivos na avaliação da contratibilidade e da frequência cardíaca fetal exigirão a definição dos dados específicos que podem ser extraídos e interpretados. Recentemente, Devane et al. (2017), na atualização duma revisão sistemática da *Cochrane*, concluiu que a cardiocografia contínua está associada a um aumento da probabilidade (20%) da incidência de cesariana e sem qualquer evidência de benefício.

Os enfermeiros após o parto procuram rigorosamente identificar se há estruturas lesadas. A observação de “alguém ou alguma coisa atentamente e de uma forma sistemática” (CIE, 2016, p.117) remete para a ação “Inspeccionar” emergindo a categoria **Inspeccionar canal de parto**. Na reunião com os peritos, foi consensual a categorização desta unidade de registo.

13.2. Das Intervenções De Enfermagem

Após a descrição da análise das ações centrada na descrição das atividades de diagnóstico e de avaliação, passamos para a descrição da análise centrada nas ações enunciadas pelos enfermeiros para darem resposta às necessidades identificadas nos clientes. Numa primeira análise, para compreendermos os critérios de uso, procuramos organizar os diversos tipos de ação à luz da CIPE® versão *beta 2* (CIE, 2002) (Figura 4):

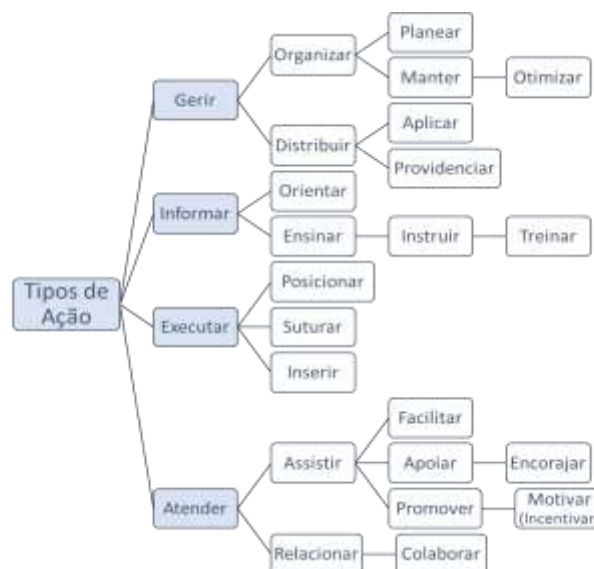


Figura 4. Organização dos tipos de ação usados pelos enfermeiros na documentação.

Constituíram o corpus de análise 101 enunciados. Nos enunciados identificaram-se 21 tipos de ação, a saber: orientar, incentivar, informar, manter, ensinar, treinar, instruir, planear, aplicar, providenciar, assistir, apoiar, facilitar, colaborar, executar, posicionar, inserir, encorajar, suturar e otimizar. Da análise dos enunciados emergiram 48 categorias (Tabela 4).

Tabela 4. Categorias e unidades de registo relativas às intervenções de Enfermagem

CATEGORIAS	Unidades de registo
Orientar para [programa de preparação para o parto]	Orientar antecipadamente para curso de preparação para o parto Orientar para curso de preparação para o parto Incentivar para curso de preparação para o parto Informar sobre curso de preparação para o parto
Incentivar para [programa de preparação para o parto]	Incentivar para curso de preparação para o parto
Incentivar técnica respiratória	Incentivar técnica respiratória
Incentivar exercícios musculares pélvicos	Incentivar exercícios musculares pélvicos
Incentivar andar	Incentivar a deambulação Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular Treinar o uso de estratégias adaptativas para deambular Assistir a pessoa ao deambular
Ensinar sobre trabalho de parto	Ensinar sobre trabalho de parto Ensinar sobre períodos do trabalho de parto Ensinar sobre expulsão uterina (fase de expulsão) Ensinar sobre fisiopatologia do trabalho de parto Ensinar indivíduo pré-parto anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, gravidez e parto Informar sobre a evolução do trabalho de parto
Instruir [esforços expulsivos]	Instruir sobre expulsão uterina (esforços expulsivos)
Treinar [esforços expulsivos]	Treinar a expulsão uterina (fase de expulsão e fase placentária)
Ensinar sobre complicação de trabalho de parto	Ensinar sobre complicações Ensinar sobre sinais de complicações Ensinar sobre sinais de alarme
Ensinar sobre técnicas para [lidar com] o trabalho de parto	Informar sobre métodos de ajuda no trabalho de parto Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Ensinar sobre técnica de relaxamento	Ensinar sobre técnica de relaxamento Planear técnica de relaxamento
Ensinar sobre técnica respiratória	Ensinar a pessoa sobre técnica respiratória Ensinar sobre técnica respiratória
Ensinar sobre técnica de posicionamento	Ensinar sobre posição corporal Ensinar sobre técnica de posicionamento Ensinar a pessoa a posicionar-se Ensinar sobre posicionamento Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se
Ensinar sobre técnica de exercício muscular [e/ou] articular	Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos ativos Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos Ensinar sobre exercícios musculares Ensinar sobre posições de básculas da bacia
Ensinar sobre uso de dispositivo: bola de parto	Ensinar sobre a utilização da bola de parto
Ensinar sobre técnica de imaginação guiada	Ensinar sobre técnica de imaginação guiada
Ensinar sobre técnica de distração	Ensinar sobre técnica de distração
Instruir técnica de relaxamento	Instruir técnica de relaxamento
Instruir técnica respiratória	Instruir técnica respiratória Instruir técnica respiratória (Procedimento)
Instruir técnica distração	Instruir técnica de distração
Instruir uso de dispositivo: bola de parto	Instruir sobre utilização da bola de parto
Instruir técnica de posicionamento	Instruir técnica de posicionamento Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se
Instruir técnica de exercício muscular [e/ou] articular	Instruir técnica de exercícios de Kegel

	Instruir a pessoa sobre exercícios musculares pélvicos Instruir sobre exercícios musculoesqueléticos ativos Instruir sobre exercícios musculares Instruir posições de bacias da bacia Instruir sobre bacias
Treinar técnica de relaxamento	Treinar a técnica de relaxamento
Treinar técnica respiratória	Treinar técnica respiratória Treinar sobre os exercícios respiratórios Treinar 1º tipo de respiração Treinar 2º tipo de respiração Treinar 2º tipo de respiração ou bochechas
Treinar técnica de posicionamento	Treinar a pessoa a posicionar-se Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se
Treinar técnica de exercício muscular [e/ou] articular	Treinar a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos Treinar sobre exercícios musculares Treinar exercício Treinar a implementação de exercícios musculares pélvicos
Treinar técnica de imaginação guiada	Treinar a técnica de imaginação guiada
Treinar técnica de distração	Treinar a técnica de distração
Assistir na técnica de relaxamento	Assistir na técnica de relaxamento
Assistir na técnica respiratória	Assistir na técnica respiratória
Assistir no posicionamento	Assistir a pessoa no posicionamento Posicionar para período expulsivo Posicionar a pessoa
Assistir no trabalho de parto	Assistir a grávida de acordo com o estágio do trabalho de parto Assistir no trabalho de parto Assistir a grávida nas fases do trabalho de parto
Encorajar autocontrole	Encorajar auto controle: ansiedade
Apoiar cliente	Apoiar a família Apoiar a grávida Facilitar suporte familiar Encorajar a grávida
Apoiar no processo de tomada de decisão: [plano de parto]	Orientar sobre plano de parto Informar sobre local de parto
Executar [técnica do parto]	Executar a técnica do parto Executar manobra de distúrcia de ombros por procedimento
Executar [amniotomia]	Executar amniotomia Executar ruptura de membranas
Executar [episiotomia]	Executar episiotomia
Suturar ferida	Suturar a ferida por procedimento Suturar períneo Suturar períneo por procedimento
Colaborar no [parto]	Colaborar no parto
Encorajar repouso	Manter repouso Manter repouso na cama Manter repouso no leito
Providenciar material de leitura	Providenciar material de leitura
Aplicar embalagem fria	Aplicar frio
Aplicar embalagem quente	Aplicar calor
Gerir hidratação	Planejar ingestão de líquidos Incentivar ingestão de líquidos
Inserir cateter urinário	Inserir cateter urinário / algália procedimento Inserir cateter urinário
Gerir ambiente	Optimizar o ambiente físico

No âmbito da preparação para o parto, muitas das intervenções são implementadas em grupo de mães e de pais durante a gravidez. Por isso, dos enunciados dos enfermeiros emergem duas categorias que representam esses cuidados: **Orientar para [programa de preparação para o parto]** e **Incentivar para [programa de preparação para o parto]**. Em conformidade com o defendido ao longo deste relatório, a preparação e conhecimento constitui uma condição facilitadora da transição (Meleis et al., 2000). Assumindo o parto

como um evento crítico da transição, o acesso a um [programa de preparação para o parto] poderá facilitar o lidar com todos os processos físicos, emocionais e sociais inerentes ao Trabalho de parto. O [programa de preparação para o parto] é assumido como um novo termo da CIPE®. A expressão [programa de preparação para o parto] poderá ser considerado como um recurso enquadrado como um tipo de Plano (10014630) ao mesmo nível que, por exemplo, Percurso clínico esperado (10004463) e Plano de amamentação (10038597).

O termo programa deriva do latim “*programma*” e é definido nos dicionários como uma declaração prévia daquilo que se pondera fazer relativamente a alguma matéria ou ocasião ou uma série de ações organizadas com o objetivo de melhorar as condições das pessoas. Preparar-se para o parto remete para a ação realizada pelo próprio, neste caso a mãe e/ou o pai durante a gravidez, que visa a integração de conhecimentos e de capacidades para ser capaz de lidar com o Trabalho de parto. Os conteúdos que integram as diversas sessões do programa incluem: conhecimento sobre o Trabalho de parto; exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da bacia e da identificação das estruturas perineais; exercícios e posicionamentos facilitadores do encaixe do feto na bacia; e, treino de técnicas de respiração e de relaxamento.

A categoria **Incentivar para [programa de preparação para o parto]** emerge da discussão do grupo de peritos a partir do argumento de que “Orientar” é diferente de “Incentivar”. Esta justificação pode ter fundamento nos conceitos associados aos dois termos. “Orientar”, enquanto tipo de “Informar”, é definido como “*dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde*” (CIE, 2016, p. 118). Por seu turno, “Incentivar”, enquanto tipo de Promover, remete para o “*levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade*” (CIE, 2016, p.117). Tendo por base a diferenciação entre estes tipos de ação, mantiveram-se três intervenções centradas no “Incentivar”: **Incentivar técnica respiratória, Incentivar exercícios musculares pélvicos e Incentivar andar** a partir das unidades de registo.

No que se refere aquela última categoria – **Incentivar andar** – houve alguma discussão no grupo de peritos em torno dos tipos de ação: Assistir ou Incentivar? O enfermeiro realmente deve de *assistir* a grávida/parturiente, como cliente dependente, ou estimulá-la a andar, tendo em conta o seu conforto? As unidades de registo associadas são: *Incentivar a deambulação, Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular, Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular, Treinar o uso de estratégias*

adaptativas para deambular e Assistir a pessoa ao deambular. De acordo com vários estudos, a deambulação possuiu efeitos positivos, nomeadamente: eficaz na diminuição da duração do Trabalho de parto e facilita a descida fetal e o posicionamento da apresentação fetal na cavidade pélvica materna (Schvartz et al., 2016). O enfermeiro atua com o propósito de “Motivar” e levar a parturiente a *“atuar num sentido particular ou estimular o seu interesse”* (CIE, 2002, p.154), definição esta da ação “Incentivar”, na CIPE® versão 2015 (CIE, 2016, p.117).

No âmbito dos enunciados que traduzem ações do domínio do “Informar”, nomeadamente “Ensinar”, “Instruir” e “Treinar” emergiram 25 categorias de ação.

O tipo de ação “Ensinar” foi associado a intervenções que remetessem para a transmissão de informação sistematizada e estruturada, tendo por objeto conteúdos específicos, relacionados com a capacitação da grávida/parturiente. De facto, de acordo com a CIPE® versão *beta 2*, tal como na CIPE® versão 2015, Ensinar é entendido como *“dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”* (CIE, 2016, p.116). Da análise emergiram categorias centradas nos conteúdos específicos: sobre Trabalho de parto; sobre complicação durante o Trabalho de parto; e sobre estratégias para lidar com o Trabalho de parto, nomeadamente: técnica de relaxamento, técnica respiratória, técnica de posicionamento, técnica de exercício muscular ou articular, uso de dispositivo: bola de parto e técnica de imaginação guiada (Tabela 4).

Das unidades de registo documentadas pelos enfermeiros, número significativo tomam por tipo de ação o “Instruir”. Na versão atual da CIPE®, esta ação é definida como *“fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa”* (CIE, 2016, p. 117), sendo considerado no âmbito da estrutura da classificação como um filho de “Ensinar”. Também surge número considerável de enunciados com o tipo de ação “Treinar”. Na CIPE® versão 2015, “Treinar” é entendido como *“desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa”* (CIE, 2016, p.121).

Numa análise da relação entre as intervenções e os diagnósticos, os enunciados de diagnóstico que tomam por dimensão o “Conhecimento” poderão ser associados a intervenções com tipo de ação “Ensinar” e/ou “Instruir”. Os enunciados que tomam por dimensão a “Capacidade” poderão ter associados intervenções com tipo de ação “Instruir” e/ou “Treinar”. Atendendo ao conceito de “Instruir”, parece adequado associar intervenções do tipo “Instruir”, quer ao Conhecimento quer à Capacidade. Daqui resulta claro que, as intervenções de enfermagem que visam o desenvolvimento de competências

instrumentais de alguém, através de processos sistemáticos e reiterados, devem privilegiar o tipo de ação “Treinar”. Estas noções já haviam sido sumariamente apresentadas no relatório relativo à Análise da parametrização nacional do SAPE® (Silva et al., 2014).

No âmbito das ações “Instruir” e “Treinar”, a sua totalidade foram associadas a conteúdos previamente alvo do Ensinar, conforme pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5. Conteúdos das intervenções do domínio das ações do Ensinar, Instruir e Treinar

Conteúdo específico da Intervenção	Ensinar	Instruir	Treinar
[Esforços expulsivos]		√	√
Técnicas para [lidar com] o Trabalho de parto	√		
Técnica de relaxamento	√	√	√
Técnica respiratória	√	√	√
Técnica de posicionamento	√	√	√
Técnica de exercício muscular ou articular	√	√	√
Uso de dispositivo: bola de parto	√	√	
Técnica de imaginação guiada	√		√
Técnica de distração	√	√	

Da análise dos enunciados, manteve-se, na maior parte dos casos, os tipos de ação nos enunciados das intervenções em conformidade com os já usados pelos enfermeiros. A decisão da associação dos tipos de ação aos diferentes conteúdos da intervenção foi consensual entre os peritos. De modo geral, também foi mantida a designação das diversas técnicas referidas na documentação produzida pelos enfermeiros, pois estão em conformidade com os termos da CIPE® versão 2015. Todavia, emergiu uma proposta diferente para enunciar o *Instruir sobre expulsão uterina (esforços expulsivos)* e o *Treinar a expulsão uterina (fase de expulsão e fase placentária)*. As categorias **Instruir [esforços expulsivos]** e **Treinar [esforços expulsivos]** emergiram a partir destes enunciados que tomaram como conteúdo específico: [esforços expulsivos]. A discussão deste novo termo poderá começar por rever o conceito de período expulsivo do Trabalho de parto, apresentado no enquadramento teórico que suporta este relatório. É diagnosticado quando existe dilatação completa do colo uterino, por contrações uterinas de forte intensidade e duração, e presença do reflexo *de Ferguson* (perceção da vontade de empurrar – esforços expulsivos) (Montenegro et al., 2014; Graça, 2010). A perceção deste reflexo vai permitir que a parturiente tenha algum controlo sobre o esforço de empurrar e que participe mais ativamente no processo de expulsão. Os esforços expulsivos consistem na utilização da musculatura abdominal e a respiração para facilitar a expulsão do feto. A colaboração ineficaz ou inadequada poderá conduzir a partos instrumentados. Assim, ajudar a mulher a desenvolver a capacidade para a realização dos esforços expulsivos aumenta a probabilidade de um nascimento mais rápido e sem necessidade de intervenção externa. De acordo com vários estudos, a colaboração materna nos esforços expulsivos melhora os

resultados maternos e fetais. As parturientes que usam o puxo espontâneo apresentam maior probabilidade de períneo intacto, diminuição da probabilidade de parto instrumentado e preservação da musculatura perineal; os recém-nascidos apresentam melhor índice de Apgar ao primeiro e ao quinto minutos, maior valor de pH da artéria umbilical e níveis pO₂ (Cooke, 2010; Prins et al., 2011). Assim, o conceito clínico: [esforços expulsivos] é proposto como um novo termo a incluir na estrutura da classificação, tal como foi referido na discussão das categorias dos diagnósticos.

Da análise de conteúdo das unidades de registo emergiu a categoria que descreve a intervenção sem especificar a técnica: **Ensinar sobre técnicas para [lidar com] o Trabalho de parto**. Esta categoria permite documentar a intervenção garantindo a possibilidade de especificar qualquer outra estratégia ainda não contemplada atualmente na documentação. A categorização destas unidades de registo neste enunciado de diagnóstico foi validada pelos peritos sem qualquer questão. No que se refere às especificações das intervenções relacionadas com o desenvolvimento de capacidades para usar estratégias para lidar com o Trabalho de parto, estas centraram-se nas técnicas como: técnica de relaxamento, técnica respiratória, técnica de posicionamento, técnica de exercício muscular [e/ou] articular, o uso da bola de parto, técnica de distração e técnica de imaginação guiada. A utilização e efetividade destas estratégias como facilitadoras do Trabalho de parto e quais os critérios de uso tendo em conta a fase do Trabalho de parto é descrita em inúmeros estudos e *guidelines* (NICE, 2016; Schwartz et al., 2016; Jones et al., 2012). A forma como os enfermeiros documentam estas técnicas está em conformidade com a atual versão da classificação. Da discussão dos peritos, manteve-se a sugestão de alteração no termo já existente na CIPE® versão 2015 – técnica de exercício muscular ou articular (10012300), no original “*Muscle Or Joint Exercise Technique*”. Como mencionado na discussão dos diagnósticos, a sugestão é para a alteração do ou (“or”) para [e/ou] (“and/or”) dado que muitos dos exercícios que facilitam o Trabalho de parto incorporam tanto músculos como articulações.

O programa de preparação para o parto permite a cada mulher aprenderem e treinarem as técnicas para lidar com o Trabalho de parto. Todavia, durante o Trabalho de parto poderá ser necessário ajudá-las a concretizar o momento e a forma mais adequados de as implementar (Hodnett et al., 2013; The Royal College of Midwives, 2012). Talvez por isso, surjam vários enunciados de intervenções que tomam como tipo de ação o “Assistir.” Por definição, “Assistir” é “fazer parte do trabalho com ou para alguém” (CIE, 2016, p.113). Assim, as categorias: **Assistir na técnica de relaxamento, Assistir na técnica respiratória e**

Assistir no posicionamento permitem descrever ações que os enfermeiros implantam durante o Trabalho de parto. Da análise emergiu também a categoria: **Assistir no Trabalho de parto**, que permite descrever sem especificação do tipo de ajuda prestado à parturiente. No início, a categoria foi enunciada como **Assistir durante o Trabalho de parto**. Todavia, na discussão de peritos em torno de “*no*” Trabalho de parto ou “*durante*” o Trabalho de parto, a ideia que prevaleceu foi que o Trabalho de parto pressupõe já a ideia conceptual de processo não sendo necessário reforçar o sentido deste com o termo “*durante*”.

Muitas correntes atuais colocam a mulher no centro do processo de Trabalho de parto. Esta mudança no entendimento da realidade tem ganhado forma através de movimentos de “Humanização do parto”. Uma diferença determinante nesta forma de pensar é a não adoção de procedimentos rotineiros; isto é, cada intervenção que interfira no processo precisa ser fundamentada com critérios clínicos e não ser realizada porque “sim”. Assim, por exemplo a indução do Trabalho de parto, a episiotomia, a tricotomia ou o uso de analgesia só são implementados quando há justificação para tal e conforme fundamentado no capítulo do enquadramento teórico.

Hoje em dia, em muitos serviços, a protagonista é a parturiente e seu filho que vai nascer. Neste contexto, importa tanto os procedimentos profissionais como as expectativas e desejos daquela mulher e de quem a acompanha. Assim, mesmo tendo apenas uma unidade de registo – *Encorajar autocontrolo: ansiedade* emergiu a categoria: **Encorajar autocontrolo**. “Encorajar” é definida como “*dar confiança ou esperança a alguém*” (CIE, 2016, p.115) sendo classificada como um tipo de “Apoiar”. Na mesma linha de pensamento, emerge a categoria **Apoiar cliente** e **Apoiar no processo de toma de decisão: [plano de parto]**. “Apoiar” é definido como “*ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar*” (CIE, 2016, p.113). Assim, emerge um novo termo: [plano de parto] a incluir na nova versão CIPE®, podendo ser classificada como um recurso enquadrado como um tipo de Plano (10014630) ao mesmo nível que, por exemplo, Plano de amamentação ou [Programa de preparação para o parto] também proposto neste estudo.

O plano de parto constitui uma ferramenta essencial para discutir as expectativas em relação ao Trabalho de parto com os profissionais. Para além de contribuir para que as mulheres tomem decisões informadas, dá oportunidade à mulher/casal de discutirem as suas escolhas. Têm, também, como princípio, expor a melhor evidência científica mesmo que esta seja contrária à prática clínica em uso (Romano et al., 2008). O plano de parto é

um documento preparado pela mulher e companheiro, ainda durante a gravidez, que explicita as suas preferências na gestão do Trabalho de parto. Esta intervenção é recomendada pela OMS (2003) como um dos componentes fundamentais dos cuidados pré-natais.

No estudo realizado por Sousa (2015) esta ferramenta foi considerada. A necessidade da sua implementação no programa de preparação para o parto desenvolvido no estudo, surgiu no sentido de: ajudar as mulheres a evitarem as intervenções de rotina a que frequentemente estão sujeitas em ambiente hospitalar; apresentar-se como uma intervenção útil para a promoção da comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde; facilitar a reflexão sobre os elementos stressantes do Trabalho de parto, ajudando a mulher/casal a lidar com o medo e a ansiedade inerentes ao parto; e ainda para incentivar a participação ativa da mulher no Trabalho de parto.

Neste estudo, a maioria das participantes referiu ter sido uma estratégia útil, e mostrou-se entusiasmada com a sua elaboração, referindo que incentivou o casal: a dialogar sobre o Trabalho de parto, a refletir sobre crenças, medos e desejos, e a discutir sobre sentimentos e preocupações acerca do mesmo. Inicialmente, o plano de parto era visto como uma lista de itens, no entanto concluiu numa exposição de necessidades e anseios sobre o Trabalho de parto.

Na documentação surgem várias unidades de registo que representam os registos da assistência peri-parto. A realização do parto em si, isto é, o conjunto de procedimentos realizados pelo enfermeiro para auxiliar a mulher a fazer nascer o seu filho é designado na gíria profissional como “fazer o parto”. Nas unidades de registo, os enfermeiros descrevem este conjunto de ações como *Executar a técnica do parto*, o que conferiu o nome *in vivo* à categoria. **Executar [técnica do parto]** é a categoria que representa um dos aspetos centrais da missão profissional do EESMO. Neste enunciado de intervenção emerge um nome termo: [técnica do parto] cuja inclusão também se propõe para uma nova versão da CIPE®. Este termo poderá ser incluído como um tipo de Técnica (10019525), ao mesmo nível que todas as restantes.

Da análise das unidades de registo emergiu a categoria **Executar [amniotomia]** a partir das unidades de registo: *Executar amniotomia* e *Executar ruptura de membranas*. A amniotomia corresponde à ação de perfurar a bolsa amniótica para permitir a exteriorização do líquido amniótico e promover a progressão do Trabalho de parto

(Cunningham, 2012). Não existe na CIPE® uma técnica que descreva esta ação, por isso sugere-se a sua inclusão como um novo termo como um tipo de Técnica (10019525).

A categoria **Executar [episiotomia]** emergiu da unidade de registo descrita de igual forma. A episiotomia é entendida como um novo termo a incluir numa próxima versão da CIPE®, podendo ser, à semelhança da [técnica do parto] e [amniotomia], incluído como um tipo de Técnica (10019525). A episiotomia é definida como a incisão cirúrgica efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. A decisão da realização desta técnica exige um conjunto de critérios clínicos. A episiotomia pode ser decidida na presença dos seguintes dados: tecido perineal revelador de pouca distensibilidade, durante o coroamento fetal; iminência de rutura dos tecidos; situações de distócia de ombros; e, por vezes, em casos de apresentações fetais occipito-posteriores (Cunningham et al., 2012).

Durante os anos 70, fez parte da rotina na assistência no parto a realização da episiotomia. Os potenciais benefícios que apoiavam a sua prática, contestados mais tarde pela evolução do conhecimento, eram a probabilidade de menor dano perineal do que pelas lacerações espontâneas. Contrariamente ao pensado na época, cada vez mais estudos correlacionam a prática da episiotomia com uma maior incidência de lacerações de terceiro ou quarto grau, incontinência urinária e fecal e dispareunia (Rodriguez et al., 2008; Couto, 2013). De acordo com dados recentes do segundo relatório do projeto Euro-Peristat – o documento mais detalhado sobre saúde e cuidados a mulheres grávidas e crianças na Europa – em Portugal, 72,9% das parturientes são submetidas a episiotomia, a segunda taxa mais elevada de episiotomia nos países europeus, logo a seguir à do Chipre (variado entre 5% na Dinamarca e 75% no Chipre) (Euro-Peristat, 2010).

A reparação dos tecidos lesados, quer por resultado da episiotomia quer por laceração, é designada pelos anais de obstetrícia de “episiorragia”. A episiorragia (do grego “*episeion*”, que significa pubis e “*raphé*”, que significa sutura) é a intervenção que consiste na sutura da ferida perineal resultante do parto. A categoria **Suturar ferida** emerge como o enunciado para descrever aquela intervenção. A esta intervenção poderá ser associada a possibilidade de especificação dos locais do corpo e/ou das estruturas afetadas para melhor descrição da condição da mulher.

Na sua assistência, os EESMO colaboram com outros profissionais da saúde, nomeadamente os médicos obstetras. Por vezes, surgem dificuldades em partos por via vaginal, sendo necessário recorrer-se à utilização de dispositivos mecânicos de diverso tipo,

de modo a facilitar e acelerar o período de expulsão. Os motivos que tornam a realização de um parto instrumental necessária são variados, de modo a evitar situações de risco tanto para a mãe como para o feto. Os médicos são os profissionais preparados para realizar tais intervenções. Todavia, os EESMO colaboram ativamente no processo. **Colaborar no [parto]** emerge como uma categoria que permite, por um lado, descrever que o parto mesmo tendo sido vaginal não foi assumido pelo EESMO – foi realizado por outro profissional – e, por outro, fica assegurada a identificação de quem participou naquele parto. Esta última parte importa também para efeitos de responsabilidade legal. A ação “Colaborar” definida como “*trabalhar em conjunto com uma ou mais pessoas*” (CIE, 2016, p.114), parece descrever a ação do EESMO.

O [parto] poderá constituir um novo termo ou ser representado pelo termo Expulsão uterina (10020534) já existente na CIPE® versão 2015. Todavia, em termos culturais e multiprofissionais [parto] é o termo que mais facilmente identifica o momento e o processo sem suscitar dúvidas.

A categoria **Encorajar repouso** emerge de unidades de registo como *Manter repouso*, *Manter repouso no leito* e *Manter repouso na cama*. Todavia, por um lado, e em rigor, de acordo com o significado dos termos, quem mantém repouso é a cliente e, por outro, já existe uma intervenção predefinida na CIPE® versão 2015 que traduz essa ideia, parece-nos que a representação desta ação dos enfermeiros poderá ser por via do **Encorajar repouso** (10041415).

A unidade de registo *Providenciar material de leitura* deu origem a categoria igualmente designada. Na versão atual da CIPE®, o termo “Providenciar” é definido como “*Distribuir: apontar alguma coisa para alguém*” (CIE, 2016, p.119).

As restantes categorias, após a análise das unidades de registo, resultaram em intervenções já classificadas na CIPE® versão 2015. São essas intervenções: **Aplicar embalagem fria** (10036468); **Aplicar embalagem quente** (10039617) e **Gerir hidratação** (10046317). Na reunião com os peritos, foi consensual a categorização destas unidades de registo.

A manutenção da categoria **Gerir ambiente** na lista das categorias que representam intervenções de enfermagem foi amplamente discutida. Todavia, subsistiu com base no argumento que relaciona os fatores externos com a evolução do Trabalho de parto (Almeida e Oliveira, 2005). Vários estudos apontam para o facto de as condições ambientais, como por exemplo, ambiente ruidoso (com “apitos”, queixas de outras

parturientes, conversas entre profissionais, etc.); ambiente demasiado iluminado; ambiente muito quente ou frio; isolamento na sala de partos; a falta de privacidade; as condições da cama e conforto poderão ser consideradas fatores de stresse e, por essa via, desencadearão a produção de hormonas de stresse (Hodnett et al., 2013; Mafetoni et al., 2014; Apolinário et al., 2016). Hormonas como adrenalina, noradrenalina e o cortisol provocam vasoconstrição, diminuindo a irrigação uterina, com conseqüente compromisso da contratilidade uterina e do bem-estar fetal. A categoria **Gerir eliminação urinária** já classificada na lista das intervenções da CIPE® versão 2015 – 10035238 – emergiu a partir das unidades de *registo Vigiar a eliminação urinária, Inserir catéter urinário / algália procedimento e Inserir catéter urinário*. Numa fase inicial, fez sentido. Mas na discussão de peritos esta categoria foi colocada em causa. A questão que surgiu foi: não será clinicamente mais útil documentar separadamente: **Vigiar a eliminação urinária** e **Inserir catéter urinário**? Por um lado, representam dois tipos de ação diversos e que exigem distintos conhecimentos e habilidades, por parte do profissional. Por outro, **Inserir cateter urinário** exige critérios claros para a sua implementação. No final da discussão, o grupo tendeu a considerar essa hipótese de documentar as intervenções separadamente, como a mais válida.

14. Resultado Final Da Categorização: Ações De Enfermagem

Da discussão com os peritos resultaram alterações na análise de conteúdo realizada anteriormente. Estas alterações são representadas no seguinte fluxo de dados:

1. Atividades de Diagnóstico e de Avaliação

- 1.1. Avaliar / Avaliar evolução conhecimento sobre Trabalho de parto
- 1.2. Avaliar capacidade / Avaliar evolução para capacidade para lidar com o Trabalho de parto
- 1.3. Avaliar dor / Avaliar evolução da dor de Trabalho de parto
- 1.4. Avaliar / Avaliar evolução da contração uterina
- 1.5. Avaliar / Avaliar evolução Trabalho de parto
 - 1.5.1. Vigiar movimentos fetais
 - 1.5.2. Vigiar características do [líquido amniótico]
 - 1.5.3. Vigiar estado das [membranas amnióticas]
 - 1.5.4. Monitorizar frequência cardíaca fetal
- 1.6. Vigiar eliminação urinária
 - 1.6.1. Vigiar sinais de retenção urinária
- 1.7. Monitorizar frequência cardíaca
- 1.8. Monitorizar frequência respiratória
- 1.9. Monitorizar tensão arterial
- 1.10. Monitorizar temperatura corporal
- 1.11. Vigiar perda sanguínea
- 1.12. Inspeccionar canal de parto

2. Intervenções de Enfermagem

- 2.1. Orientar para [programa de preparação para o parto]
 - 2.1.1. Incentivar para [programa de preparação para o parto]
- 2.2. Incentivar técnica respiratória
- 2.3. Incentivar exercícios musculares pélvicos
- 2.4. Incentivar andar
- 2.5. Ensinar sobre Trabalho de parto
 - 2.5.1. Ensinar sobre complicação de Trabalho de parto
- 2.6. Ensinar sobre técnicas para [lidar com] o Trabalho de parto
 - 2.6.1. Ensinar sobre técnica de relaxamento
 - 2.6.1.1. Instruir técnica de relaxamento
 - 2.6.1.1.1. Treinar técnica de relaxamento
 - 2.6.2. Ensinar sobre técnica respiratória
 - 2.6.2.1. Instruir técnica respiratória
 - 2.6.2.1.1. Treinar técnica respiratória
 - 2.6.3. Ensinar sobre técnica de posicionamento
 - 2.6.3.1. Instruir técnica de posicionamento
 - 2.6.3.1.1. Treinar técnica de posicionamento
 - 2.6.4. Ensinar sobre técnica de exercício muscular [e/ou] articular
 - 2.6.4.1. Instruir técnica de exercício muscular [e/ou] articular
 - 2.6.4.1.1. Treinar técnica de exercício muscular [e/ou] articular
 - 2.6.5. Ensinar sobre uso de dispositivo: bola de parto
 - 2.6.5.1. Instruir uso de dispositivo: bola de parto
 - 2.6.6. Ensinar sobre técnica de imaginação guiada
 - 2.6.6.1. Treinar técnica de imaginação guiada
 - 2.6.7. Ensinar sobre técnica de distração
 - 2.6.7.1. Providenciar material de leitura
 - 2.6.7.2. Instruir técnica distração
 - 2.6.7.2.1. Treinar técnica de distração
- 2.7. Instruir [esforços expulsivos]
 - 2.7.1. Treinar [esforços expulsivos]
- 2.8. Assistir na técnica de relaxamento
- 2.9. Assistir na técnica respiratória
- 2.10. Assistir no posicionamento
- 2.11. Assistir no Trabalho de parto
- 2.12. Encorajar autocontrolo
- 2.13. Encorajar repouso
- 2.14. Apoiar cliente
- 2.15. Apoiar no processo de toma de decisão: [plano de parto]
- 2.16. Executar [amniotomia]
- 2.17. Inserir cateter urinário
- 2.18. Executar [técnica do parto]
 - 2.18.1. Executar [episiotomia]
- 2.19. Suturar ferida
- 2.20. Colaborar no [parto]
- 2.21. Aplicar embalagem fria
- 2.22. Aplicar embalagem quente
- 2.23. Gerir ambiente
- 2.24. Gerir Hidratação

15. Contributo Para A Especificação De Um Modelo Clínico De Dados Centrado No Trabalho de Parto: Associação Dos Diagnósticos Às Intervenções

Na definição de um Modelo Clínico de Dados que descreva os cuidados de enfermagem importa considerar os dados, os diagnósticos, as intervenções e os ganhos em saúde. O resultado deste estudo permite contribuir para a especificação dos diagnósticos e das intervenções a partir da análise dos enunciados em uso nos sistemas de documentação.

Para a especificação do Modelo Clínico de Dados resultante deste estudo não foram acrescentadas nem intervenções nem diagnósticos, mesmo que parecesse óbvio, dado que não foi realizada a revisão da literatura para suportar a sua proposta. Tal necessidade poderá ser um pretexto de um novo estudo a partir daquele que desenvolvemos.

Neste estudo, foram identificados 15 diagnósticos, 22 ações tradutoras de recolha de dados e de 48 intervenções de enfermagem. Para a definição do Modelo Clínico de Dados foram organizados numa lógica diagnóstico-intervenção, sendo identificados dois domínios: um centrado no processo corporal e outro centrado na transição.

Quanto aos diagnósticos, no que diz respeito ao processo corporal, foram identificados dois diagnósticos centrados no Trabalho de parto. Já no que concerne a transição, emergiram quatro diagnósticos centrados no Conhecimento e sete na Capacidade da mulher para se preparar para e para lidar com o trabalho de parto.

Quanto às atividades de recolha de dados, quer de avaliação inicial, cuja intencionalidade é a recolha de dados para caracterizar o diagnóstico, quer a avaliação da evolução e/ou de efetividade das intervenções foram associadas aos focos de atenção: Trabalho de parto, Conhecimento e Capacidade.

Relativamente às intervenções, estas foram associadas aos diagnósticos específicos que emergiram da análise. Se da análise de conteúdo à documentação em uso pelos enfermeiros não foi identificado um diagnóstico específico (por exemplo: Conhecimento para lidar com o Trabalho de parto através da técnica de imaginação guiada), as intervenções identificados foram associadas ao diagnóstico com maior nível de abstração.

No domínio do processo corporal Trabalho de parto emergiram dois diagnósticos: **Trabalho de parto** e **Trabalho de parto comprometido** (Figura 5). As intervenções de

enfermagem associadas refletem as ações que os EESMO implementam face a cada um dos diagnósticos. Face ao diagnóstico **Trabalho de parto**, as intervenções que poderão ser prescritas tem como intencionalidade facilitar o processo fisiológico do trabalho de parto, parto (período expulsivo) e nascimento, isto é, proporcionar as melhores circunstâncias para que a natureza possa atuar. Nas situações em que há compromisso no Trabalho de parto, a colaboração com outros profissionais, nomeadamente os médicos obstetras, emerge como intervenção central. Esta intervenção para além de descrever a ação do enfermeiro tem um interesse legal já que importa que todos os intervenientes no parto estejam devidamente identificados e registados nos sistemas de informação em uso.

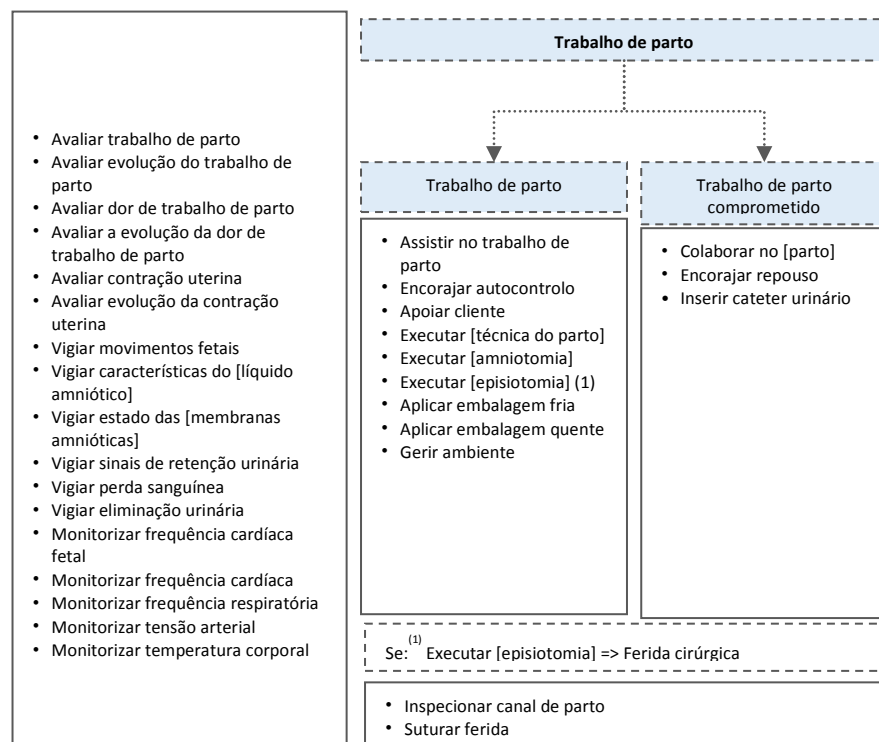


Figura 5. Associação dos diagnósticos às intervenções no domínio: Trabalho de parto

No domínio das transições, a preparação, o conhecimento e as capacidades emergem como condições facilitadoras. Esta noção refletiu-se na quantidade de enunciados diagnósticos identificados.

Centrados no **[Potencial para melhorar] o conhecimento** emergem duas principais dimensões: **sobre trabalho de parto** e **para [lidar com] o Trabalho de parto** (Figura 6.).

Dos conteúdos específicos do conhecimento relativo ao Trabalho de parto destacam-se o **Conhecimento sobre complicações** e **Conhecimento para identificar sinais de Trabalho de parto**. Talvez a especificação destas dimensões do conhecimento sobre Trabalho de parto possam não carecer de distinção no sistema de documentação. Todavia, o registo do diagnóstico **[Potencial para melhorar] o conhecimento para identificar sinal de Trabalho de parto** poderá ter duas relevantes justificações. Por um lado, garante que esse assunto é abordado em todas as grávidas. Por outro lado, as *guidelines* mais recentes recomendam que este assunto seja abordado precocemente na gravidez dado que 50% dos casos não tem fatores de risco identificados (Graça et al., 2011; NICE, 2015).

	[Potencial para melhorar] o conhecimento...			
	...sobre trabalho de parto	...sobre complicação do trabalho de parto	...para identificar sinal de trabalho de parto	...para [lidar com] o trabalho de parto
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto • Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para [programa de preparação para o parto] • Incentivar para [programa de preparação para o parto] • Ensinar sobre trabalho de parto • Apoiar no processo de toma de decisão: [plano de parto] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre complicação de trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre técnicas para [lidar com] o trabalho de parto • Ensinar sobre técnica de imaginação guiada • Ensinar sobre técnica de distração • Ensinar sobre técnica de relaxamento • Ensinar sobre técnica respiratória • Ensinar sobre técnica de posicionamento • Ensinar sobre técnica de exercício muscular [e/ou articular] • Ensinar sobre uso de dispositivo:bola de parto

Figura 6. Associação dos diagnósticos às intervenções no domínio: Conhecimento

Relacionado com o **[Potencial para melhorar] a capacidade** emergiu também o diagnóstico **[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o Trabalho de parto** e a especificação de quatro diagnósticos relativos a cinco técnicas facilitadoras do Trabalho de parto conforme se ilustra na Figura 7.

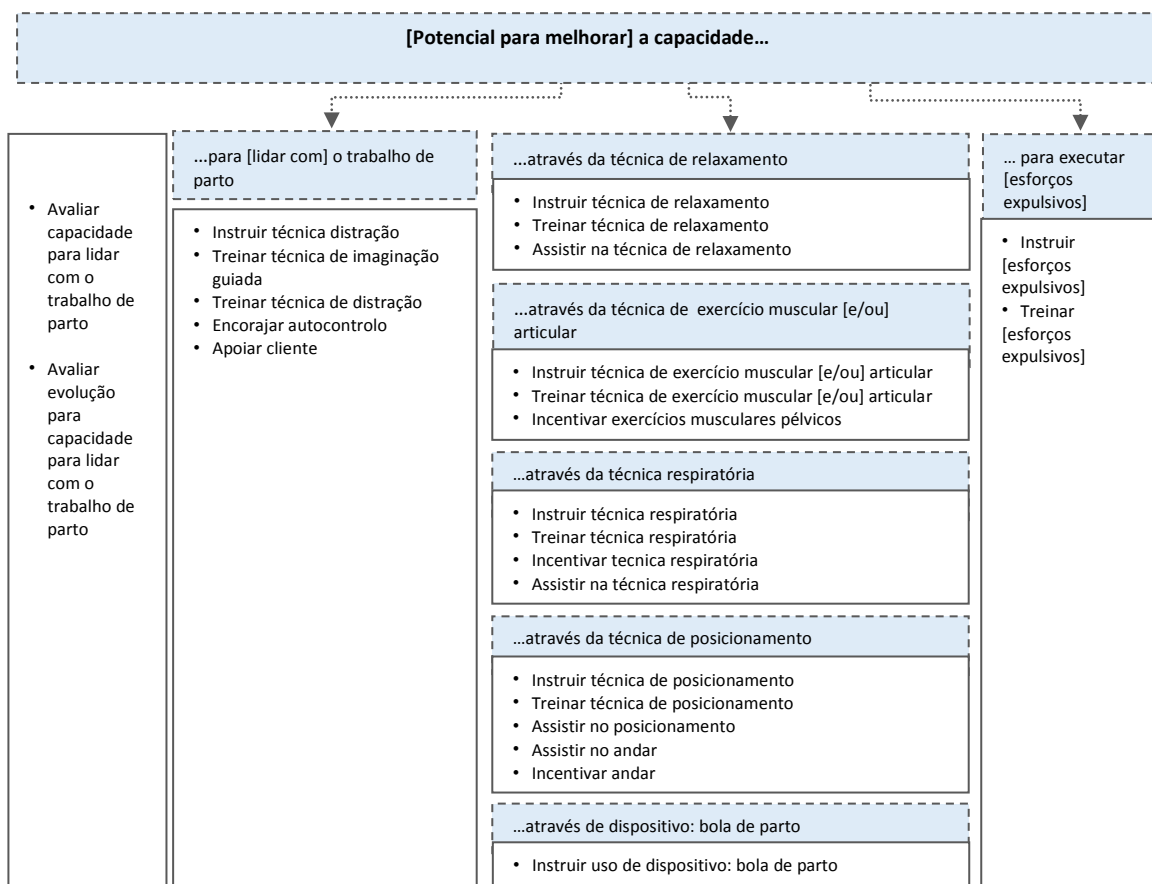


Figura 7. Associação dos diagnósticos às intervenções no domínio: Capacidade

As técnicas para lidar com o Trabalho de parto que os enfermeiros pretendem desenvolver nos seus clientes, quer na preparação para o parto (pré-parto) quer na assistência intra-parto poderão ser especificadas. Esta especificação poderá emergir como diagnósticos, como é proposto neste modelo, ou como uma dimensão que poderá ser assinalada numa lista de valores possíveis. Já na intervenção, importa que a técnica facilitadora do Trabalho de parto seja especificada. Os argumentos que suportam a posição face à recomendação da especificação da técnica no enunciado da intervenção passam por entender que diferentes técnicas exigem competências profissionais específicas e a sua implementação poderá ter desiguais durações.

CONCLUSÃO

Um caminho privilegiado de desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem, é a investigação, sendo responsável por estabelecer um pilar para o crescimento do conhecimento, sobre o qual fundamenta a sua prática. No centro dos SIE, e considerando que a informação clínica produzida pelos enfermeiros é rigorosa para a tomada de decisão e intervenção de enfermagem, torna-se claro a utilidade de Modelos Clínicos de Dados que permitam uma melhor organização dos conceitos envolvidos nas tomadas de decisão a partir de um foco de atenção. O desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados, suportado no melhor conhecimento formal disponível, consolida a decisão clínica de enfermagem, ao mesmo tempo que incute decisões mais congruentes com as necessidades do cliente. Neste estudo, procurou-se contribuir para a construção de parte de um Modelo Clínico de Dados – diagnósticos e intervenções – centrado no domínio dos cuidados de enfermagem em saúde materna e obstetrícia particularmente no fenómeno Trabalho de parto, tendo por base a documentação produzida pelos enfermeiros.

A presente investigação centra-se neste contexto particular do Trabalho de Parto por se tratar de um evento determinante de uma das transições mais complexas – Transição para a parentalidade – devido à sua vertente biológica, social e cultural, e reorganização da identidade da mulher de uma nova forma, que este evento crítico instiga. A enfermagem tem, um papel crucial, no que respeita à potencialização das competências, que agora se apresentam de um modo mais específico, bem como, no que respeita à facilitação dos processos de transição vivenciados.

Logo, compreende-se a enorme relevância do desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados focado nesta realidade, que apoie a decisão clínica e que influencie uma prática de enfermagem menos centrada na gestão de sinais e sintomas, e mais integradora dos pressupostos da transição parental e, conseqüentemente mais significativa para as mulheres grávidas/parturientes.

Consideramos que as opções metodológicas tomadas foram as adequadas aos objetivos do trabalho e a decisão de suportar a nossa análise de conteúdo num modelo referencial conceptual, revelou-se igualmente apropriada. Verificámos que existe uma

grande redundância e variabilidade de termos utilizados pelos enfermeiros para enunciar os diagnósticos de enfermagem e prescrever as intervenções, circunstância que não facilita a comparabilidade de resultados de enfermagem.

Para a formulação dos diagnósticos/intervenções apresentados ao longo desta análise, recorreremos à norma ISO 18104: 2014 e à terminologia da CIPE®. A fase cronológica em que esta etapa da investigação foi desenvolvida permitiu-nos utilizar a CIPE® versão 2015 para analisar documentação produzida com base na CIPE® versão *beta 2*. Pareceu-nos evidente esta escolha, por se tratar da versão mais recente da classificação e pelo caráter inovador e atual que sempre quisemos imprimir a este trabalho.

A análise de conteúdo efetuada possibilitou-nos chegar ao *conjunto major* de diagnósticos e intervenções, que nos permite avaliar e caracterizar, de forma exaustiva mas sistemática, o Trabalho de parto.

Após a análise realizada aos dados, de onde surgiu o referido *conjunto major*, partimos para a análise de conteúdo referente aos diagnósticos de enfermagem, que responde ao primeiro objetivo do nosso trabalho, e de seguida analisámos o conteúdo referente às intervenções de enfermagem indo ao encontro do segundo objetivo planeado.

Finalmente, partindo do *corpus* de análise emergido, a documentação foi sujeita à validação por um grupo de peritos, que permitiu reconhecer e acrescentar os seus contributos. Neste sentido, organizaram-se categorias e subcategorias e formalizaram-se critérios de organização e sistematização para a construção do modelo de dados dando resposta ao último dos nossos objetivos.

Importa referir que, ao longo deste processo, foram tomadas várias opções, que surgiram de decisões ponderadas e refletidas. Os diagnósticos propostos, além do rigor, transparência e uniformização da linguagem utilizada, procuraram o maior potencial descritivo possível. Foi nesta fase que concretizámos a articulação entre a linguagem natural, e a linguagem classificada dos diagnósticos que irão integrar a parte do Modelo Clínico de Dados, para o qual este trabalho pretende contribuir. Reforçamos que, nas sintaxes propostas, existem alguns termos sem código associado, que correspondem a conceitos inexistentes na versão da CIPE® usada, alguns destes sugeridos como novos termos a incluir na futura versão CIPE®, sendo eles: [Potencial para melhorar]; [Esforços expulsivos]; [lidar com]; Técnica de exercício muscular [e/ou] articular; [Líquido amniótico]; [membranas amnióticas]; [Programa de preparação para o parto]; [Plano de parto]; [técnica do parto]; [amniotomia]; [episiotomia]; e [parto].

Ao longo do desenvolvimento do estudo foram identificadas algumas limitações. Apesar do desejo pessoal de contribuir para construção do Modelo Clínico de Dados na sua totalidade, tivemos de levar em consideração que o presente trabalho se insere no âmbito de um ciclo de estudos, e por isso, apresenta uma restrita limitação temporal, pelo que teve-se de adaptar os objetivos da investigação a esse fator. Mesmo assim, deixamos a sugestão para que, em futuras investigações, se dê continuidade ao trabalho realizado até ao momento, partindo-se da elaboração de uma revisão integrativa da literatura, que convergisse na identificação dos dados que devem ser avaliados no contexto estudado, poderia ser um bom contributo para acrescentar maior consistência científica ao Modelo Clínico de Dados.

Há, ainda, que enfatizar, que um Modelo Clínico de Dados completo não se resume ao listar de um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Acima de tudo, deve existir um fluxo bastante detalhado entre a informação constante no modelo, e entre as diferentes etapas do processo de enfermagem. Ou seja, posteriormente, seria fundamental partir-se para a definição da relação das intervenções com os diagnósticos e com os próprios dados tendo por base a evidência mais atual. Um Modelo Clínico de Dados tem de definir e especificar, para cada dado, as condições e relações para ser associado a determinado diagnóstico. Para isto, será imprescindível detalhar, os dados que se inserem nos diagnósticos por nós já planificados.

Do nosso trabalho concluiu-se que uma substancial parte dos diagnósticos emergidos – 13 categorias – e das intervenções de enfermagem – 31 categorias com cerne nas ações Avaliar, Ensinar, Instruir e Treinar – centram-se no potencial para melhorar os conhecimentos e capacidades da parturiente. De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, o “Conhecimento” e a “Capacidade”, promovem o desenvolvimento de competências para lidar com o Trabalho de parto de forma positiva e também permitem à grávida/parturiente assegurar com mestria e autoconfiança a utilização de recursos para facilitar a passagem por este evento crítico. Aliás, a análise realizada comprova que estas dimensões são bastante enfatizadas nos registos de enfermagem.

Há que considerar que o presente trabalho apenas representa um contributo, havendo, ainda, um longo caminho a percorrer no âmbito do desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados orientados para o Trabalho de parto.

As implicações para a prática relacionam-se intimamente com a crescente importância do desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados no centro dos SIE, ou seja,

com a construção de ferramentas que estimulem a tomada de decisão baseada na evidência, e com a inclusão do conhecimento próprio da disciplina, através da integração dos pressupostos da Teoria das Transições. Com isto alcançar-se-ão cuidados de enfermagem de elevada qualidade, mais significativos para as populações, para além de resultar em ganhos em saúde efetiva. Permitirá também ao nível da gestão, gerar indicadores com maior fiabilidade e consistência.

A elaboração deste relatório permitiu o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva no domínio da investigação em enfermagem, feito que, por si só, já se reveste de uma grande importância, dado que a investigação é uma fonte de progresso profissional. Com isto, e apreciando todo o trabalho produzido, pode-se afirmar que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos, tendo o presente estudo contribuído para a especificação de um Modelo Clínico de Dados centrado no fenómeno Trabalho de parto.

Foi um percurso gratificante, que permitiu a incursão numa área da enfermagem inovadora e essencial para o desenvolvimento desta enquanto disciplina com conhecimento próprio, sendo um trabalho pioneiro e, do nosso ponto de vista, muito importante para o conhecimento que nutre a enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O concluir de um longo e exigente caminho gera uma ambivalência de sentimentos: por um lado a sensação aprazível de dever cumprido, por outro a certeza de que há ainda muito por fazer e que esta conclusão representa o início de uma outra caminhada, na qual incluímos a divulgação dos principais resultados obtidos nesta investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, P. e OLIVEIRA, M. *A Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação em uma maternidade escola*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2005, 9.1: 54-63. [consult. 15 setembro 2016]. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=935
- AMORIM, M., PORTO, A. e SOUZA, A. *Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências* [Em linha]. Femina, v. 38, n. 11, p. 583-591, 2010 [consult. 15 setembro 2016]. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf
- APOLINÁRIO, D., et al. *Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas* [Em linha]. Northeast Network Nursing Journal, 2016, 17.1. [consult. 15 fevereiro 2016]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2601>
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70. 2009.
- BARNETT, C., et al. *'Not in labour': impact of sending women home in the latent phase* [Em linha]. British Journal of Midwifery, 2008, 16.3. [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=09694900&AN=31769986&h=pkM2p6ivkrENS595hmMkxb1NqMIqYcgx0q10vE1bDcS7XikoxVFG8Ex%2fiiVRy9mVoG%2fXhXJDztVdPxKMy5ZUQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authType%3dcrawler%26jrnl%3d09694900%26AN%3d31769986>
- BEALE, T. e HEARD, S. *An ontology-based model of clinical information*. [Em linha]. Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics; Building Sustainable Health Systems. IOS Press, 2007. p. 760 [consult. 15 dezembro 2016]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sam_Heard/publication/5932851_An_Ontologybased_Model_of_Clinical_Information/links/00b4951d4f0974a1bf000000.pdf

BEATON, J. e GUPTON, A. *Childbirth expectations: a qualitative analysis* [Em linha]. Midwifery. Vol. 6, nº 3 (1990), p. 133-139. [consult. 15 outubro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2233394>

BECKMANN, CRB. et al.- *Obstetrics and Gynecology*. 6th edition, Lippincott. Williams e Wilkins.2010.

BERNAL, J., LOPEZ, D. e BLOBEL, B. *Architectural approach for semantic EHR systems development based on Detailed Clinical Models Stud Health Technol. Inform.* [Em linha]. 2012 [consult. 15 dezembro 2016]. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=KdvvAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA164&dq=Architectural+approach+for+semantic+EHR+systems+development+based+on+Detailed+Clinical+Models+Stud+Health+Technol&ots=v169n1aXg&sig=tXYi8VVtzyCE9qHMjOiMiJQA7ws&redir_esc=y#v=onepage&q=Architectural%20approach%20for%20semantic%20EHR%20systems%20development%20based%20on%20Detailed%20Clinical%20Models%20Stud%20Health%20Technol&f=false

BITTENCOURT, G. e CROSSETTI, M. *Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem* [Em linha]. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2013, 47.2: 341-347. [consult. 29 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/585>

BRAZELTON, B. *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa. Terramar. 1992. ISBN 972-710-056-2.

BULECHEK, G., BUTCHER, H., e DOCHTERMAN, J. *NIC Classificação das intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro. Elsevier. 2010.

BURTON-JEANGROS, C. e HAMMER, R. *Information seeking on the internet hat information are pregnant women seeking?*[Em linha]. Revue medicale suisse, 2013, 9.383: 895-897. [consult. 15 novembro 2016] Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/23697085>

CANAVAL, G., et al. *La Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto* [Em linha] Revista Aquichan. Vol. 7, nº 1, p. 8-24. 2007. [consult. 15 fevereiro 2016]. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?q=La+Teor%C3%ADa+de+las+transiciones+y+la+salud+de+la+mujer+en+el+embarazo+y+en+el+postparto&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5

- CANAVARRO, M. Gravidez e Maternidade: Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (coord.) - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p. 323-358. ISBN 972-8535-77-5.
- CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- CARDOSO, A.. *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais*. 1.^a Ed., 1.^ovol. Saarbücken: Novas Edições Acadêmicas, 2014. ISBN: 978-3-639-74400-2.
- CARDOSO, A., SILVA, A. e MARÍN, H. *Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação*. Revista de Enfermagem Referência, 2015, 4: 11-20.
- CARLSSON, M., et al. *Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward* [Em linha]. *Midwifery*, 2012, 28.1: 86-92 [consult. 28 novembro 2016]. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001907>
- CARRARO, T. et al. *O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas*. [Em linha]. *Texto Contexto Enferm*, 2008, 17.3: 502-9. [consult. 28 novembro 2016]. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Roxana_Knobel/publication/26602823_O_papel_da_equipe_de_saude_no_cuidado_e_conforto_no_trabalho_de_parto_e_parto_opinioao_d_e_puerperas/links/00463530a9c07bd810000000.pdf
- CARVALHO, M. *Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais*. [Em linha]. *Cad. saude publica*. 2003. 19.Sup 2: S389-S398 [consult. 28 novembro 2016]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>
- CHAN, K. e PATERSON-BROWN, S. *How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery?* [Em linha]. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 2002, 22.1: 11-15. [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12521719>
- CHEYNE, H., et al. *Should I come in now?': a study of women's early labour experiences*. [Em linha]. *British journal of midwifery*, 2007, 15.10: 604-609. [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Dawn_Dowding/publication/265242992_RESEARCH_AND_EDUCATION_'Should_I_come_in_now'_a_study_of_women's_early_labour_experiences/links/5485c9ee0cf2ef344787e3ad.pdf

CLARES, Jorge Wilker Bezerra, et al. *Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro*. [Em linha]. Rev Esc Enferm USP, 2013, 47.4: 965-70 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0965.pdf>

COLEMAN, P., NELSON, E. e SUNDRE, D. *The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers* [Em linha]. Journal of Reproduction and Infant Psychology. Vol. 17, nº 1, 1999, p. 27-39 [consult. 29 março 2016]. Disponível em:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646839908404582>

COLMAN, L. e COLMAN, A. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa. Edições Colibri. 1994.

CONDE, A., et al. *Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto* [Em linha]. Psicologia, Saúde e Doenças, 2007, 8.1: 49-66 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:
https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17395/1/Psicologia,%20Sa%C3%B Ade%20%26%20Doen%C3%A7as_2007.pdf

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP): versão Beta 2*. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP): versão 2.0* Edição portuguesa: Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011. ISBN 978 - 92 - 95094 - 35 - 2.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP): versão 2015*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Maio de 2016. ISBN 978-989-8444-35-6.

COOKE, A. *When will we change practice and stop directing pushing in labour?* [Em linha]. British Journal of Midwifery, 2010, 18.2: 76. [consult. 15 setembro 2016]. Disponível em:
https://scholar.google.pt/scholar?q=When+will+we+change+practice+and+stop+directing+pushing+in+labour%3F&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5

- COUTINHO, C. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. 2ª Ed. Coimbra: Edições Almedina, 2013. ISBN 978-972-4051-37-6.
- COUTO, C. *O processo de aquisição de competências: estratégias para a prevenção da episiotomia: uma revisão integrativa da literatura*. Porto: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013.
- CRANLEY, M., HEDAHL, K. e PEGG, S. *Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries*. [Em linha] 1983 [consult. 29 novembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6549836>
- CUNNINGHAM, F. et al. *Obstetricia de Williams*. McGraw Hill Brasil, 23.ª Ed., 2012. ISBN: 9788563308696
- DA SILVA, R., MALUCELLI, A. e CUBAS, M. *Em direção à Ontologia CIPESC®* [Em linha]. *Journal of Health Informatics*, 2009, 1.1 [consult. 29 março 2016]. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/89/74>
- DARVILL, R., SKIRTON, H. e FARRAND, P. *Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition* [Em linha]. *Midwifery*. Vol. 26, n.º 3, 2010, p. 357-366 [consult. 29 novembro 2016] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paul_Farrand/publication/23249522_Psychological_factors_that_impact_on_women's_experiences_of_firsttime_motherhood_A_qualitative_study_of_the_transition/links/02e7e521c75839f11b000000.pdf
- DE LIMA XIMENES, V. *Nomenclatura de diagnóstico e intervenções de enfermagem pela CIPE® em consulta ambulatorial às puérperas* [Em linha] [consult. 29 novembro 2016]. Disponível em: http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev6_v5n3.pdf
- DENCKER A, et al. Identification of latent phase factors associated with active labour duration in low-risk nulliparous women with spontaneous *contractions* [Em linha]. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2010. 89: 1134-1139. [consult. 29 março 2016]. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45497502/Identification_of_latent_phase_factors_a2016050922272yakvli.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1485713902&Signature=rRcFdYs2dfE01k6pZtI4aVEONmQ%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DIdentification_of_latent_phase_factors_a.pdf

- DEVANE, Declan, et al. *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing*. [Em linha]. The Cochrane Library, 2017. [consult. 29 janeiro 2016]. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub5/full>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. [Em linha] Lisboa: DGS, 2001 [consult. 29 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pncdor-ra2010-jan-a-jul-pdf.aspx>
- DOENGES, M. e MOORHOUSE, M. *Aplicação do processo de Enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. Lisboa: Lusociência, 2010. ISBN:9789728930578.
- ELMIR, R., et al. *Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnograph* [Em linha]. Journal of advanced nursing, 2010, 66.10: 2142-2153 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Debra_Jackson2/publication/45268988_Women's_perceptions_and_experiences_of_a_traumatic_birth_A_metaethnography/links/540815ff0cf23d9765ae3a13.pdf
- ENGLAND, P., HOROWITZ, R. *The birthing from within holistic sphere: A conceptual model for childbirth education* [Em linha]. J. Perinat Educ. Spring, 9 (2), 2000 pp. 1-7 [consult. 15 fevereiro 2016]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595018/>
- ENKIN M., et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* [Em linha] 3ª ed. Oxford: Oxford University Press. 2000. [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:
<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780192631732.001.0001/med9780192631732>
- ERI T., et al. *Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation* [Em linha]. Midwifery 2010, 26: e25-e30 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613808001113>
- ESCOTT, D., SLADE P., e SPIBY, H. *Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education* [Em linha] Clinical Psychology Review, 2009, 29 (7), 617-622 [consult. 15 outubro 2016]. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Helen_Spiby/publication/26769780_Preparatio

- n_for_pain_management_during_childbirth_The_psychological_aspects_of_coping_strategy_development_in_antenatal_education/links/00b49519b717f8f58a000000/PreparationforpainmanagementduringchildbirthThepsychologicalaspectsofcopingstrategydevelopment-in-antenatal-education.pdf
- ESCOTT, D., SPIBY, H., SLADE, P., FRASER, R. B. *The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety* [Em linha]. Midwifery. 2004, 20 (2), 144–156 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15177858>
- EURO-PERISTAT. *The health and care of pregnant women and their babies. National Perinatal Health Reports in 2010*. [Em linha]. [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.europeristat.com>
- FABIAN, H., RÄDESTAD, I. e WALDENSTRÖM, U. *Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes* [Em linha] Acta Obstet Gynecol Scand, 2005. 84, 436–443 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helena_Fabian/publication/7895722_Childbirth_and_parenthood_education_classes_in_Sweden_Women's_opinion_and_possible_outcomes/links/56c7236d08ae0d3b1b65d30b.pdf
- FERGUSON T. e KELLY B. *E-patients prefer egroups to doctors for 10 of 12 aspects of health care*. [Em linha]. The Ferguson Report, 1999 [consult. 7 outubro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411079/>
- FERNÁNDEZ A. *Efectividad de una modificación de la posición de Sims para el manejo de la presentación occipito-posterior durante la fase de dilatación - Ensayo clínico controlado aleatorizado* [Em linha]. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas. Ser.4, nº 5. 2012. p. 122-173 [consult. 7 janeiro 2016]. Disponível em: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/948/965>
- FERREIRA, V. *Um percurso em análise retrospectiva: os esforços expulsivos maternos-quando e como puxar?* Porto: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014.
- FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. 2009
- FREIXO, M *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas*. 2ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget, 2010. ISBN 978 - 989 - 659 - 047 - 5.

- GAGNON, A. e SANDALL, J. *Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both* [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10, CD002869 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Jane_Sandall/publication/6201230_Individual_or_group_antenatal_education_for_childbirth_or_parenthood_or_both_Withdrawn_Paper_2007_art_no_CD002869/links/0046351aa8c365dedc000000.pdf
- GAMA A., et al. *Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada* [Em linha]. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2480-2488, nov, 2009 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017
- GIBBINS, J. e THOMSON, A. *Women's Expectations and Experiences of Childbirth* [Em linha]. Midwifery. Nº17 (2001), p. 302-313. [Consult. 16 dezembro 2016]. Disponível em:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613801902633?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb>
- GJERDINGEN, D., FROBERG, D. e FONTAINE, P. *The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period* [Em linha]. Family medicine, 1991, 23.5: 370-375 [consult. 7 outubro 2016]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1884933>
- GOOSSEN, W.; GOOSSEN, B.; VANDERZEL, M. *Detailed Clinical Models: A Review*. [Em linha]. Health Inform. Rev., December 2010, [consult. 17 janeiro 2016]. Disponível em:
<https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/1088HIR/hir-16-201.pdf>
- GRAÇA, L., FIGUEIREDO, M. e CARREIRA, M. *Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade*. Revista de Enfermagem Referência. III Série - nº 4, 2011, p.27-35.
- GRAÇA, L. *Medicina Materno-fetal*. 4ªed, Lidel. Lisboa, 2010. ISBN 9789727576548
- GREEN, J., COUPLAND, V. e KITZINGER, J. *Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women* [Em linha]. Birth. Vol.17, nº 1 (1990), p.15-24 [consult. 16 janeiro 2016]. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00004.x/full>
- GROSS, M., et al. *Association between women's self diagnosis of labour and duration after admission* [em linha]. Journal of Perinatal Medicine. 2010 38: 33-38 [consult. 17 janeiro

- 2016]. Disponível em: <https://www.degruyter.com/view/j/jpme.2010.38.issue-1/jpm.2010.005/jpm.2010.005.xml>
- HALLGREEN, A., et al. *Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth* [Em linha]. *Midwifery*, 1999, 15.1: 6-15 38 [consult. 7 janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(99\)90032-3/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(99)90032-3/pdf)
- HAMILTON, E. et al. *Assessing first-stage labor progression and its relationship to complications*. [Em linha]. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2016, 214.3: 358. e1-358. e8. [consult. 2 agosto 2016]. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)01279-X/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)01279-X/pdf)
- HARDIN, A., e BUCKNER, E. *Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth* [Em linha] *The Journal of Perinatal Education*. 2004. 13 (4), pp. 10-16. [consult. 7 janeiro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595217/>
- HODNETT E., et al. *Continuous support for women during childbirth* [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766 [consult. 7 janeiro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/pdf>
- HODNETT E., et al. *Effects on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial*. [Em linha]. *British Medical Journal* , 2008. 337: a1021 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1021.full>
- HODNETT, E. *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review* [Em linha]. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2002, 186.5: S160-S172 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11359466_Pain_and_women's_satisfaction_with_the_experience_of_childbirth_A_systematic_review
- HOVENGA, E., GARD, S. e HEARD, S. *Nursing Constraint Models for Electronic Health Records: a vision for domain knowledge governance*. [Em linha] *J. MED. Inform.*, 2005, [consult. 17 janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(05\)00119-X/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(05)00119-X/abstract)

- HOWHARN, C. *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in thai primiparas*. [Em linha] University of Texas: USA. 2008 [consult. 17 janeiro 2016]. Disponível em:
<https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/3902/howharn63975.pdf?sequence=2>
- HUFF, S. *Data _ Normalization - SHARP PROJECT WIKI*. [Em linha]. 2011 [consult. 28 outubro 2016]. Disponível em: http://informatics.mayo.edu/sharp/index.php/Data_Normalization
- HUFF, S. *The SHARPN Project on Secondary use of Electronical Medical Record Data: problems, plans and possibilities* [Em linha]. AMIA Annu Symp Proc. October, 2011 [Consult. 28 outubro 2016]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243296/>
- INE, PORDATA. *Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil em Portugal* [Em linha]. [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. *Health informatics - Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems ISO 18104* [Em linha]. 2014 [consult. 28 outubro 2016]. Disponível em:
<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:18104:ed-2:v1:en>
- IRAVANI, M., et al. *Women's needs and expectations during normal labor and delivery*. [Em linha]. Journal of Education and Health Promotion, 2015 4, 6 [consult. 2 de dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355842/>
- IRAVANI, M., et al. *An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management* [Em linha]. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2015 v. 20, n. 3, p. 293 [consult. 15 fevereiro 2016]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462052/>
- JONES L. *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews* [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234 [consult. 28 agosto 2016]. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1756-5391.2012.01182.x/epdf>
- KITZINGER, S. *A Experiência de Parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

- KOHAN,S., GHASEMI,S. e DODANGEH,M. *Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy Outcome*. [Em linha] Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn. 2007, vol 12, No 4 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://irandanesh.febpco.com/FileEssay/ftpvm-Autumn2007-87-6-1-mm7.pdf>
- KRALIK, D., VISENTIN, K. e LOON, A. *Transition: a literature review*. [Em linha]. Journal of Advanced Nursing. 2006, Vol. 55, n.º 3, p. 320-329. ISSN 1365-2648 [consult. 7 agosto 2016] disponível em: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44098948/Transition_A_literature_review2016032565601sm4xcq.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1485742424&Signature=CnB58x8n%2BIMIRjf19WKhFldm7mA%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DTransition_a_literature_review.pdf
- KUO, S., et al. *Evaluation of the Effects of A Birth Plan on Taiwanese Women's Childbirth Experiences Control and Expectations Fulilment: A Randomised Controlled Trial*. [Em linha]. International Journal of Nursing Studies. 2010, Nº 47, p. 806–814 [consult. 16 setembro 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074890900368X>
- LAMAZE INTERNACIONAL. *History*. [Em linha].2013 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/History>
- LAUZON L. e HODNETT E. *Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term* [Em linha]. Cochrane Review In: The Cochrane Library Issue 1 Chichester, UK: John Wiley and Sons 2004 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000935/pdf/abstract>
- LEAL, M. *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades*. Lusodidacta, 2006. ISBN: 978-973-8930-20-2.
- LEMOS, A. et al. *Pushing/bearing down methods for the second stage of labour*. [Em linha].The Cochrane Library, 2015. [consult. 16 outubro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009124.pub2/pdf>
- LEITE, L., et al. *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- LINDGREN, H., e ERLANDSSON, K. *Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study* [Em linha]. Birth, 2010. 37 (4), 309-317. [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em:

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CU stomer

LOPES, R., et al. *O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto Psicologia: Reflexão e Crítica* [Em linha]. 2005, 18(2), pp.247-254 [consult. 7 outubro 2016]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722005000200013&script=sci_abstract&tIng=pt

LOUREIRO, S. *O medo do parto - contributo para a validação do w-deq para grávidas portuguesas*. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2013. Tese de Mestrado em ciências de Enfermagem. [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70813/2/31089.pdf>

LOWDERMILK, D., PERRY, S. *Enfermagem na maternidade*. 7ª Ed, Lusodidata. Loures, 2008.

LOWE, N. *The nature of labor pain*. [Em linha]. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 186, nº 5. p. 16-24. 2002 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011870>

MAFETONI, R. e SHIMO, A. *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa* [Em linha]. Revista Mineira de Enfermagem, 2014, 18.2: 505-520 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/942>

MAIMBURG, R., et al. *Randomized trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process*. [Em linha]. BJOG. 2010. 117 (8), pp. 921-928 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02584.x/epdf>

MAMEDE F., et al. *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto* [Em linha]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.11, nº 2. 2007. p. 331-336. [consult. 15 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>

MANNING, M., e WRIGHT, T. *Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth*. [Em linha]. Journal of Personality and Social Psychology, 1983. 45, pp. 421-431 [consult. 9 dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6620123>

- MARÍN H., *Terminologia de referência em enfermagem: a Norma ISSO 18104*. [Em linha]. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):445-8 [consult. 6 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/4800/S010321002009000400016.pdf?sequence=1>
- MARÍN, H., PERES, H. e DAL SASSO, G. *Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem*. [Em linha]. Acta Paulista de Enfermagem, 2013. [consult. 6 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/16.pdf>
- MARTIN, C., e Robb, Y. *Women's views about the importance of education in preparation for childbirth*. [Em linha]. Nurse Education in Practice, 2013. 13 (6), 512-518. [consult. 9 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595313000413>
- MARTIN, D., BULMER, S. e PETTKER, C. *Childbirth expectations and sources of information among low-and moderate-income nulliparous pregnant women*. [Em linha]. The Journal of perinatal education, 2013, 22.2: 103-112 . [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647736/>
- MCARDLE, A., et al. *How pregnant women learn about foetal movements: sources and preferences for information* [Em linha]. Women and Birth, 2015, 28.1: 54-59 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Debra_Creedy/publication/267455586_How_pregnant_women_learn_about_foetal_movements_Sources_and_preferences_for_information/links/547d07fc0cf27ed97862319b.pdf
- MCMILLAN, A., BARLOW, J. e Redshaw, M. *Birth and beyond: a review of the evidence about antenatal education* [Em linha]. United Kingdom: Department of Health 2009 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_110371.pdf
- MELEIS, A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation-Specific Theories in Research and Nursing Practice* [Em linha]. New York: Springer Publishing Company, 2010 2009 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Transitions+Theory:+Middle+Range+and+SituationSpecific+Theories+in+Research+and+Nursing+Practice.&ots=7iQmCOSOJ3&sig=tA6JR_IMUIbNbfNAeetxmkC08KQ&redir_esc=y#v=on

epage&q=Transitions%20Theory%3A%20Middle%20Range%20and%20SituationSpecific%20Theories%20in%20Research%20and%20Nursing%20Practice.&f=false

MELEIS, A. et al. *Experiencing Trastitions: An Emerging Middle-Range Theory* [Em linha].

Advances in Nursing Science. Vol. 23, nº 1, Jul. 2000, p.12-28. 2009 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em:

http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx

MELO, R., et al. *Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento*. [Em

linha]. Escola Anna Nery, 2015, 19.3: 454-459 [consult. 9 dezembro 2016]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0454.pdf>

MENDES, O. *Modelo clínico de dados de enfermagem: a pessoa dependente para se erguer,*

virar ou transferir. [Em linha]. Porto, 2013. Dissertação de Mestrado. [consult. 16

dezembro 2016]. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9383>

MERCER, R. *Becoming mother versus maternal role attainment*. [Em linha]. Journal of

Nursing Scholarship. Vol. 36, nº 3 (2004), p. 226-232. 160 [consult. 16 dezembro 2016].

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>

MERCER, R. e WALKER, L. *A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother*.

[Em linha]. Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing. Vol. 35, nº 5 (2006), p.

568-582 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0022771/>

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E

OBSTETRÍCIA 2012/2015. *Recomendações para a preparação para o nascimento*

(Recomendação nº 2/2012) [Em linha]. [Consult. 18. janeiro. 2016]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf

MEYER, S. *Control in childbirth: a concept analysis and synthesis*. [Em linha]. Journal of

advanced nursing, 2013, 69.1: 218-228 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22671134>

MONTENEGRO, C. e REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 13ª Ed. Rio de Janeiro:

Koogan, 2014.

- MORAES, J, Godoi, C. e FONSECA, M. *Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto*. [Em linha]. Saúde Rev., 2006 8(19), 13-19. [consult. 6 dezembro 2016]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/1496461-Fatores-que-interferem-na-assistencia-humanizada-ao-parto.html>
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour*. [Em linha]. London: NICE, 2007 [consult. 5 dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Preterm labour and birth*. [Em linha]. London: NICE, 2015 [consult. 5 dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>
- NOGUEIRA, J., COOK, T. e CAVALINI, L. *Estudo de caso sobre o uso da modelagem multinível para a harmonização de terminologias de enfermagem*. [Em linha]. J. bras. telessaúde, 2013, 53-58 [consult. 16 dezembro 2016]. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-27173>
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda 2015-2017*. NANDA Internacional. Versão brasileira. Porto Alegre: Artmed; Editora SA, 2015. ISBN 9788582712535.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação*. NANDA Internacional. Versão brasileira. Porto Alegre: Artmed; Editora SA, 2009 -2011. ISBN 978 - 85 - 363 - 2104 - 2.
- OHASHI, Y. e ASANO, M. *Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study* [Em linha]. Nurs Health Sci. Vol. 14, n.º 2, 2012, p. 140- 147. ISSN 1442-2018 [consult. 16 dezembro 2016]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14422018.2011.00669.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. 2001.[Em linha] [consult. 5 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lei n.º 111/2009, artigo 4º. 2010. Ordem dos Enfermeiros, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Em linha] [consult. 5 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal* [Em linha]. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra (CH). 1996 [consult. 9 dezembro 2016]. Disponível em: <http://bionascimento.com/oms-recomendacoes-para-o-parto-normal/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors* [Em linha]. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43972/1/9241545879_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief*. [Em linha]. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2016 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/companion-during-labour-childbirth/en/

OSÓRIO, S., DA SILVA JÚNIOR, L. e NICOLAU, A. *Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto* [Em linha]. Northeast Network Nursing Journal, 2014, 15.1. [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3112/2386>

PARKE, R. *Fatherhood*. Harvard University Press, 1996, p.17.44.

PEISNER D. e ROSEN M. *Transition from latent to active labor* [Em linha]. Obstet Gynecol. 1986;68:448–51 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1986/10000/Transition_from_Latent_to_Active_Labor.2.aspx

PEREIRA, F. *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda. 2009. ISBN 978 - 989 - 8269 - 06 - 5

- PERDOMINI, F. *A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento* [Em linha]. 2010 [consult. 7 dezembro 2016]. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25194/000752725.pdf?sequence=1&origin=publication_detail
- PINHEIRO, B. e BITTAR, C. *Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde*. [Em linha]. Aletheia, (2012). (37), 212-227. [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942012000100015&lng=pt&tlng=pt.
- POLIT, D., BECK, C. e HUNGLER, B. *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85 - 7307 - 984 - 3.
- PORTO, A., AMORIM, M. e SOUZA, A. *Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: revisão*. [Em linha] *Femina*, v. 38, n. 10, 2010 [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf
- PREMBERG, A., et al. *First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study*. [Em linha]. *Midwifery*, 2011, 27.6: 848-853 [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Asa_Premberg/publication/47459031_Firsttime_fathers%27_experiences_of_childbirthA_phenomenological_study/links/556d9b4c08aeab777223a8f8/First-time-fathers-experiences-of-childbirth-Aphenomenologicalstudy.pdf
- PRINS, M., et al. *Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials*. [Em linha]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2011, 118.6: 662-670. [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x/full>
- RIBEIRO, J. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN 9789-898-148-46-9.
- RODRIGUEZ, A., et al. *Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third-or fourth-degree lacerations in nulliparous women*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2008, 198.3: 285. e1-285. e4. [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293780702114X>

ROMANO, A. e LOTHIAN, J. *Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence* [Em linha]. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2008, 37.1: 94-105 [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x/epdf>

SABACARE. *Clinical Care Classification (CCC) System Version 2.5*, 2012[Em linha]. [consult. 2 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.sabacare.com/Interventions>; https://www.sabacare.com/Assets/CCC_System_Version2_5_NewsRelease_June_2012_vks.pdf?PHPSESSID=43f4a84a08b68ceea7b8edfc4e132fa6

SANTANA, S. *Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007* [Em linha]. *Ata Médica Portuguesa* 2009, 22(1) 5-14 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1689>

SANTO, S. *Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015*. [Em linha]. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 2016, 10.1: 8-11. [consult. 7 setembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>

SAYAKHOT, P. e CAROLAN-OLAH, M. *Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review* [Em linha]. *BMC pregnancy and childbirth*, 2016, 16.1: 1 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4810511/>

SCHMALFUSS, J., et al. *O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição* [Em linha]. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 2010, 9 (3), 618-623 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9533/6658>

SCHUMACHER, K., JONES, P. e MELEIS, A. *Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice* [Em linha]. *School University of Pennsylvania of Nursing Departmental Papers*. 1999 p. 1-26. [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: [http://repository.upenn.edu/nrs/10.Sciences\(21\)\(2007\),p.456-466](http://repository.upenn.edu/nrs/10.Sciences(21)(2007),p.456-466).

SCHVARTZ, H., et al. *Estratégias de alívio da dor no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa* [Em linha]. *Journal of Nursing and Health*, 2016, 6.2: 355-62 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5975

- SILVA, A. *Registos de enfermagem: Da tradição Scripto ao discurso Informo*. Porto: Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), 1995
- SILVA, A. *Reflexões sobre investigação centrada no contexto da acção das práticas e enfermagem*. Nursing, revista de formação contínua em enfermagem, 2001, 161, p.14-20.
- SILVA, A. et al. *Análise da Parametrização Nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE®*. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014 [consult. 5 janeiro 2016]. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf
- SILVA, L., et al. *Posições maternas no trabalho de parto e parto* [Em linha]. FEMINA. vol. 35, nº 2, 2007 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>
- SIMKIN, P. *Comfort in labor: How you can help yourself to a normal satisfying childbirth* [Em linha]. Retrieved on June, 2007, 2: 2013. [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/comfort-in-labor-simkin.pdf>
- SLADE, P. et al., *Antenatal predictors and use of coping strategies in labor* [Em linha]. Psychology and Health. 2000 15, 555-569 [consult. 7 janeiro 2017]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helen_Spiby/publication/233435651_Antenatal_predictors_and_use_of_coping_strategies_in_labour/links/5633519508aefa44c369e43c.pdf
- SOARES, H. *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentabilidade: intervenção de enfermagem* [Em linha]. 2011. Dissertação de Mestrado. [consult. 16 janeiro 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7175>
- SOUSA, A. *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem* [Em linha]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2015. Tese de Doutoramento. [consult. 16 setembro 2016]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20727/1/Tese%20vers%C3%A3o%20final-30-06-2016.pdf>
- SOUSA, P. *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Formasau, 2006. ISBN: 972848575

- SOUSA, P. *Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades*. [Em linha]. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2012, 46.5: 1-2. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/01.pdf>
- SOUTO, S. *O trabalho de parto: um evento crítico na transição para a maternidade*. Porto, 2013. Dissertação de Mestrado. [consult. 16 setembro 2016]. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9423>
- STERN, D., et al. *Nascimento de uma mãe: a experiência da maternidade*. 2ª Edição. Porto: Ambar, 2005. ISBN 972430945-2.
- TIGHE, S. *An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education* [Em linha]. *Midwifery*, 2010 , 26 (3), 294-303 [consult. 16 setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18809230>
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour* [Em linha]. 2012. [consult. 5 maio 2016]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Supporting%20Women%20in%20Labour_1.pdf
- WALSH, D. *Evidence and skills for normal labour and birth: A guide for midwives*. 2ª ed. Routledge: Oxon. 2012.
- WIDARSSON, M., et al. *Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study* [Em linha]. *The Journal of perinatal education*. 2012, 21.1: 36-44 [consult. 15 outubro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404537/>
- WOLTERINK, T. *What is an Ontology*. 2006 [consult. 15 novembro 2016]. Disponível em: <http://referaat.cs.utwente.nl/conference/5/paper/6776/what-is-an-ontology.pdf>

ANEXOS

**ANEXO I – DIAGNÓSTICOS: DOCUMENTAÇÃO PRODUZIDA PELOS
ENFERMEIROS**

FENOMENO	Fenómeno	GRUPO	Juizo
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de capacidades sobre técnica de respiração	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de capacidades sobre técnica de respiração	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de capacidades sobre trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de capacidades sobre trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar as técnicas de relaxamento	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar as técnicas de relaxamento	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios respiratórios	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios respiratórios	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar os posicionamentos	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar os posicionamentos	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar técnica respiratória	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para executar técnica respiratória	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para utilizar a bola de parto	Demonstrado

1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades para utilizar a bola de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades sobre preparação psicoprofiláctica para o parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades sobre preparação psicoprofiláctica para o parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica respiratória	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica respiratória	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento da parturiente sobre a sua colaboração nas fases de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento da parturiente sobre a sua colaboração nas fases de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento da parturiente sobre as fases do trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento da parturiente sobre as fases do trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento da parturiente sobre exercícios de controlo da respiração	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento da parturiente sobre exercícios de controlo da respiração	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	conhecimento de sinais de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	conhecimento de sinais de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre a utilização da bola de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre a utilização da bola de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto	
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto (RPM, APPT, Hemorragia)	Demonstrado

1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto (RPM, APPT, Hemorragia)	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre epidural	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre epidural	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre exercícios de básculas da bacia	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre exercícios de básculas da bacia	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre exercícios respiratórios	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre exercícios respiratórios	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre fase activa e fase latente do trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre fase activa e fase latente do trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre indução de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre indução de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre metodo de ajuda no trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre metodo de ajuda no trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre método de ajuda no trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre método de ajuda no trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre o inicio do trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre o inicio do trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre o puxo dirigido	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre o puxo dirigido	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre o sopro	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre o sopro	Não Demonstrado

1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre posicionamentos	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre posicionamentos	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre posicionamentos adequados em trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre posicionamentos adequados em trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre preparação psicoprofiláctica para o parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre preparação psicoprofiláctica para o parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre relação entre amamentação / vinculação mãe - filho	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre relação entre amamentação / vinculação mãe - filho	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre relação entre amamentação/vinculação mãe filho	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre relação entre amamentação/vinculação mãe filho	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre sinais de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre sinais de trabalho de parto	Demonstrado, em grau moderado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre sinais de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre sinais de verdadeiro trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre sinais de verdadeiro trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnica de respiração	Demonstrado

1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnica de respiração	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre tecnica respiratória	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre tecnica respiratória	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnica respiratória	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnica respiratória	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnicas de relaxamento	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnicas de relaxamento	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnicas facilitadoras de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre técnicas facilitadoras de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre tipos de respiraçãodurante o trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre tipos de respiraçãodurante o trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre trabalho de parto Demonstração	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre trabalho de parto Demonstração	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do TP	Demonstrado, em grau elevado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do TP	Demonstrado, em grau moderado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do TP	Demonstrado, em grau muito

			elevado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do TP	Demonstrado, em grau reduzido
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimento sobre: complicações do trabalho de parto	
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	conhecimento: Demonstração	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	conhecimento: Demonstração	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimentos sobre sinais de trabalho de parto	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimentos sobre sinais de trabalho de parto	Demonstrado, em grau moderado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Conhecimentos sobre sinais de trabalho de parto	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Demonstração	Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Demonstração	Não Demonstrado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Ineficácia	Ineficaz
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	oportunidade	
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Oportunidade de trabalho de parto	Ausente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Oportunidade de trabalho de parto	Presente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente	Ausente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente	Presente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente	Presente, em grau elevado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente	Presente, em grau moderado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente	Presente, em grau muito elevado

1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente	Presente, em grau reduzido
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente / Ausente	Ausente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Presente / Ausente	Presente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Risco de Parto Pré Termo	Presente, em grau elevado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Risco de Parto Pré Termo	Presente, em grau moderado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Risco de Parto Pré Termo	Presente, em grau muito elevado
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Risco de Parto Pré Termo	Presente, em grau reduzido
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Risco de trabalho de parto	Ausente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Risco de trabalho de parto	Presente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Trabalho de parto	Ausente
1A.1.1.1.15.3.2.	Trabalho de Parto	Trabalho de parto	Presente

**ANEXO II – INTERVENÇÕES: DOCUMENTAÇÃO PRODUZIDA PELOS
ENFERMEIROS**

TIPO	OBJETO	INTERVENCAO	MEIO	LOCAL	PROCEDIMENTO	VIA	BENEFICIARIO	ESPACO	FENÓMENO
Identificar	Indivíduo	Identificar/registar parto		2D.4.2.					1A.1.1.1.15.3.2.
Identificar	Parte do Corpo	Identificar/registar parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Validar	Dor	Validar dor com escala do observador							1A.1.1.1.15.3.2.
Verificar	Conhecimento	Verificar conhecimentos							1A.1.1.1.15.3.2.
Verificar	Capacidade (2.0)	Verificar aprendizagem de habilidades							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Indivíduo	Monitorizar dilatação do colo útero						2F.1.19.7.	1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Indivíduo	Vigiar características do líquido amniótico		2D.3.2.			2H.1.	2F.2.10.	1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Indivíduo	Vigiar globo vesical		2D.4.2.				2F.2.10.	1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Indivíduo	Vigiar trabalho de parto		2D.3.2.			2H.1.	2F.2.10.	1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Função	Vigiar CTG							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Perda Sanguínea	Vigiar perda sanguínea							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	ELIMINAÇÃO	Vigiar eliminação de líquido pela vagina							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Eliminação Urinária	Vigiar a eliminação urinaria							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Retenção Urinária	Vigiar sinais de retenção urinária							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Membrana Mucosa	Vigiar ruptura de membranas							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Membrana Mucosa	Vigiar membranas amnióticas							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Laceração	Vigiar laceração							1A.1.1.1.15.3.2.
Monitorizar	Movimento corporal	Vigiar movimentos fetais							1A.1.1.1.15.3.2.

Executar	CUIDADO DOMÉSTICO	Executar antissépsia perineal						2F.1.15.3.	1A.1.1.1.15.3.2.
Executar	CUIDADO DOMÉSTICO	Executar cuidados para envio de feto morto para análise							1A.1.1.1.15.3.2.
Executar		Executar revisão uterina						2F.1.19.7.	1A.1.1.1.15.3.2.
Executar	Útero	Executar amniotomia							1A.1.1.1.15.3.2.
Executar	Sangue	Executar colheita de sangue do cordão umbilical						2F.1.19.2.	1A.1.1.1.15.3.2.
Executar	Técnica	Executar tecnica de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Executar	Técnica	Executar episiotomia							1A.1.1.1.15.3.2.
Lavar	Períneo	Lavar o perineo							1A.1.1.1.15.3.2.
Alimentar	Pessoa	Alimentar a pessoa							1A.1.1.1.15.3.2.
Posicionar	Indivíduo	Posicionar para período expulsivo							1A.1.1.1.15.3.2.
Posicionar	Pessoa	Posicionar a pessoa	2C.2.9.1.						1A.1.1.1.15.3.2.
Transferir	Parte do Corpo	Transferir parturiente para a sala de partos							1A.1.1.1.15.3.2.
Massajar	Parte do Corpo	Massajar partes do corpo							1A.1.1.1.15.3.2.
Massajar	Abdómen	Massajar abdómen							1A.1.1.1.15.3.2.
Estimular	Indivíduo	Estimular expulsão uterina (fase de expulsão e fase placentária)		2D.3.2.				2F.2.10.	1A.1.1.1.15.3.2.
Estimular	Eliminação Intestinal	Estimular a eliminação intestinal							1A.1.1.1.15.3.2.
Estimular	Eliminação Urinária	Estimular a eliminação urinária	2C.2.9.1.						1A.1.1.1.15.3.2.
Estimular	Eliminação Urinária	Estimular a eliminação urinária (Procedimento)	2C.2.9.1.						1A.1.1.1.15.3.2.

Incentivar	Técnica Respiratória	Incentivar técnica respiratória							1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Indivíduo	Colaborar no parto		2D.3.2.			2H.1.	2F.2.10.	1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Trabalho de Parto	Colaborar com o médico na execução do parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Trabalho de Parto	Colaborar no parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Parte do Corpo	Colaborar no parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Técnica	Colaborar na técnica de dequitação manual							1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Técnica	Colaborar na técnica de revisão uterina manual							1A.1.1.1.15.3.2.
Colaborar	Serviço Médico	Colaborar com o médico na execução do parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Indivíduo	Informar sobre características do recém-nascido							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Indivíduo	Informar sobre curso de preparação para o parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Indivíduo	Informar sobre local de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Indivíduo	Informar sobre métodos de ajuda no trabalho de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Gravidez	Informar sobre alterações corporais na gravidez							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Trabalho de Parto	Informar sobre trabalho de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Trabalho de Parto	Informar sobre a evolução do trabalho de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Informar	Corpo	Informar sobre alterações corporais na gravidez							1A.1.1.1.15.3.2.
Ensinar	Ser Humano	Ensinar sobre fisiopatologia do trabalho de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Ensinar	Indivíduo	Ensinar a pessoa a posicionar-se		2D.3.2.					1A.1.1.1.15.3.2.

Instruir	Trabalho de Parto	Instruir sobre utilização da bola de parto							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Pessoa	Instruir a pessoa sobre exercícios musculares pélvicos						2F.1.15.1.	1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Pessoa	Instruir a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Adaptação	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Adaptação	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Posicionar-se	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Deambular	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	M	Instruir a mãe sobre massagem uterina							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Complicação	Instruir sobre como prevenir complicações							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Prevenção	Instruir sobre como prevenir complicações							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica	Instruir técnica respiratória							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica	Instruir técnica de exercícios de Kegel							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica Respiratória	Instruir técnica respiratoria	2C.2.9.1.						1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica Respiratória	Instruir técnica respiratória (Procedimento)	2C.2.9.1.						1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica de Posicionamento	Instruir técnica de posicionamento							1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica de Exercitação Musculoarticular	Instruir a pessoa sobre exercícios musculares pélvicos						2F.1.15.1.	1A.1.1.1.15.3.2.

Instruir	Técnica de Exercitação Musculoarticular	Instruir sobre exercícios musculoarticulares activos								1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica de Distração	Instruir técnica de distração								1A.1.1.1.15.3.2.
Instruir	Técnica de Relaxamento	Instruir técnica de relaxamento								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Indivíduo	Treinar preparação psicoprofiláctica para o parto								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Indivíduo	Treinar sobre exercícios musculares								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	RESPIRAÇÃO	Treinar sobre os exercícios respiratórios								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	RESPIRAÇÃO	Treinar técnica respiratória								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Expulsão uterina (Fase de Expulsão e Fase Placentária)	Treinar a expulsão uterina (fase de expulsão e fase placentária)								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Posição Corporal	Treinar posições de básculas da bacia						2F.1.15.1.		1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Dor	Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Trabalho de Parto	Treinar a utilização da bola de parto								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Pessoa	Treinar a pessoa a posicionar-se								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Pessoa	Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor								1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Pessoa	Treinar percepção da pessoa na técnica de relaxamento pré-parto (Esquema de erros)	2C.2.6.19.	2D.2.2.						1A.1.1.1.15.3.2.
Treinar	Percepção	Treinar percepção da pessoa na técnica de relaxamento pré-parto (Esquema de erros)	2C.2.6.19.	2D.2.2.						1A.1.1.1.15.3.2.

**ANEXO III – ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS – EXCLUÍDOS E RESPETIVOS
CRITÉRIOS**

Unidades de registo	Juízo	Motivo de exclusão
Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos	Demonstrado	Foram excluídos os enunciados de diagnóstico cujo termo do eixo do juízo associado foi o "Demonstrado" ou "Ausente", já que estes enunciados de diagnóstico não traduzem necessidade em cuidados de enfermagem.
Aprendizagem de capacidades sobre técnica de respiração		
Aprendizagem de capacidades sobre trabalho de parto		
Aprendizagem de Habilidades		
Aprendizagem de Habilidades para executar as técnicas de relaxamento		
Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios respiratórios		
Aprendizagem de Habilidades para executar os posicionamentos		
Aprendizagem de Habilidades para executar técnica respiratória		
Aprendizagem de Habilidades para utilizar a bola de parto		
Aprendizagem de Habilidades sobre técnica respiratória		
Aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto		
Conhecimento da parturiente sobre a sua colaboração nas fases de trabalho de parto		
Conhecimento da parturiente sobre as fases do trabalho de parto		
Conhecimento da parturiente sobre exercícios de controlo da respiração		
conhecimento de sinais de trabalho de parto		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos		
Conhecimento sobre a utilização da bola de parto		
Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto		
Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto (RPM, APPT, Hemorragia)		
Conhecimento sobre exercícios de básculas da bacia		
Conhecimento sobre exercícios respiratórios		
Conhecimento sobre fase activa e fase latente do trabalho de parto		
Conhecimento sobre método de ajuda no trabalho de parto		
Conhecimento sobre o início do trabalho de parto		
Conhecimento sobre o puxo dirigido		
Conhecimento sobre o sopro		
Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto		
Conhecimento sobre posicionamentos		
Conhecimento sobre posicionamentos adequados em trabalho de parto		
Conhecimento sobre sinais de trabalho de parto		
Conhecimento sobre sinais de verdadeiro trabalho de parto		
Conhecimento sobre técnica de respiração		

Conhecimento sobre técnica respiratória		
Conhecimento sobre técnicas de relaxamento		
Conhecimento sobre técnicas facilitadoras de trabalho de parto		
Conhecimento sobre tipos de respiração durante o trabalho de parto		
Conhecimento sobre trabalho de parto		
Conhecimento sobre trabalho de parto Demonstração		
Conhecimento sobre: complicações do parto		
Conhecimento sobre: complicações do TP		
Conhecimento: Demonstração		
Oportunidade de trabalho de parto		
Trabalho de parto		
Risco de Parto Pré Termo		
Risco de trabalho de parto		
Demonstração	Demonstrado/Não demonstrado	Foi excluído por que não fica claro qual o diagnóstico de enfermagem que se pretende identificar.
Aprendizagem de Habilidades Presente/Ausente		
Oportunidade		
Conhecimento sobre epidural		
Conhecimento sobre indução de trabalho de parto	Demonstrado/Não demonstrado	Foram excluídos por serem enunciados de diagnóstico relacionados com prescrição médica.
Aprendizagem de Habilidades sobre preparação psicoprofilática para o parto		
Conhecimento sobre preparação psicoprofilática para o parto	Demonstrado/Não demonstrado	Atualmente a preparação psicoprofilática já não está efetivamente associada à realidade, daí a sua exclusão. Hoje estão propostas outras novas técnicas comportamentais facilitadoras (exercícios físicos, respiratórios e de relaxamento) que visam a melhor preparação da mulher para o trabalho de parto.
Conhecimento sobre relação entre amamentação / vinculação mãe - filho		
Risco de Trabalho de parto	Presente/Ausente	Enunciados de diagnósticos que claramente se associassem a outros focos e não foco em análise, também foram excluídos.
Risco de Parto Pré termo		

Desta forma, a partir da seleção fundamentada do material que deveria ser rejeitado, foi constituído o *corpus* de análise, com os restantes diagnósticos e intervenções do universo do material do estudo. Dele fazem parte toda a documentação de enfermagem que possa estar ligada ao Trabalho de parto.

**ANEXO IV – ENUNCIADOS DE INTERVENÇÕES – EXCLUÍDOS E RESPETIVOS
CRITÉRIOS**

Unidades de registo	Motivo de exclusão	
Executar protocolo de indução de trabalho de parto	Foram excluídas por estarem relacionadas com prescrição ou intervenções médicas.	
Inserir catéter venoso periférico por procedimento		
Ensinar sobre epidural		
Ensinar a pessoa sobre gestão da analgesia		
Gerir medicamento		
Colaborar com médico na execução do parto		
Colaborar na técnica de dequitação manual		
Colaborar na técnica de revisão uterina manual		
Requerer serviço médico	Material com conteúdo inespecífico, demasiado abrangente ou descontextualizado, não se conseguindo compreender a finalidade da intervenção.	
Lavar o períneo		
Referir ao médico		
Preparar material		
Executar período de trabalho de parto por procedimento		
Executar 4º estadio do trabalho de parto por procedimento		
Executar 3º estadio do trabalho de parto por procedimento		
Executar 2º estadio de trabalho de parto por procedimento		
Executar 1º estadio do trabalho de parto por procedimento		
Executar a técnica do parto		
Executar antissepsia perineal		
Explicar sobre trabalho de parto		
Estimular expulsão uterina (fase de expulsão e fase placentária)		
Informar sobre características do recém-nascido		
Providenciar arrastadeira/urinol		
Identificar/registar parto		
Transferir parturiente para a sala de partos		
Alimentar a pessoa		Intervenções que claramente se associam a outros focos e não foco em análise, também foram excluídas.
Facilitar o amamentar depois do trabalho de parto		
Promover vinculação		Material relacionado com o cuidado, amamentação, vinculação, hábitos de saúde na gravidez, puerpério, abortamento, dor, hemorragia, Eliminação, Risco de incompatibilidade ABO/Rh, Morte fetal...
Promover ligação mãe-filho		
Ensinar sobre relação entre amamentação / vinculação mãe/filho		
Ensinar sobre prevenção de mastite		
Instruir sobre a preparação dos mamilos		
Ensinar sobre hábitos de exercício		
Ensinar sobre hábitos de eliminação intestinal		
Ensinar sobre hábitos de repouso		
Ensinar sobre hábitos de sono		

Ensinar sobre hábitos alimentares		
Ensinar sobre hábitos de saúde na gravidez		
Ensinar sobre hábitos alimentares durante a gravidez		
Informar sobre alterações corporais na gravidez		
Ensinar a mãe sobre cuidados perineais		
Ensinar sobre prevenção da alteração da perfusão dos tecidos		
Ensinar sobre hábitos de eliminação urinária		
Providenciar arrastadeira/urinol		
Massajar abdómen		
Massajar partes do corpo		
Instruir a mãe sobre massagem uterina		
Ensinar sobre sinais de aborto		
Ensinar sobre auto controlo: dor		
Estimular a eliminação vesical		
Estimular a eliminação urinária (Procedimento)		
Estimular a eliminação urinária		
Estimular a eliminação intestinal		
Monitorizar altura uterina		
Executar colheita de sangue do cordão umbilical		
Promover ambiente calmo		
Incentivar repouso		
Promover o repouso		
Monitorizar gravidez (idade gestacional)		
Executar cuidados para envio de feto morto para análise		
Treinar percepção da pessoa na técnica de relaxamento pré-parto (Esquema de erros)		Atualmente a preparação psicoprofilática já não está efetivamente associada à realidade ,daí a sua exclusão. Hoje estão propostas outras novas técnicas comportamentais facilitadoras (exercícios físicos, respiratórios e de relaxamento) que visam a melhor preparação da mulher para o trabalho de parto.
Treinar preparação psicoprofilática para o parto		
Instruir preparação psicoprofilática para o parto		
Ensinar sobre preparação psicoprofilática para o parto		

Desta forma, a partir da seleção fundamentada do material que deveria ser rejeitado, foi constituído o *corpus* de análise, com os restantes intervenções do universo do material do estudo. Dele fazem parte toda a documentação de enfermagem que possa estar ligada ao Trabalho de parto.

**ANEXO V – EXEMPLAR DE DOCUMENTO PARA A VALIDAÇÃO PELO GRUPO
DE PERITOS**

IDENTIFICAÇÃO:

Perito: _____ Nível acadêmico: <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado Área de trabalho/anos de exercício: <input type="checkbox"/> Docência ____anos <input type="checkbox"/> Prática _____anos. Local de trabalho: _____

Legenda do nível de concordância: Concordo totalmente [4] Concordo [3] Discordo [2] Discordo totalmente [1]

Diagnósticos

CATEGORIAS	Unidades de Registo	Nível de concordância		Justificação se <3
		Enunciado	Novo termo [se aplicável]	
Trabalho de parto	Trabalho de parto presente Oportunidade de trabalho de parto presente			
Trabalho de parto comprometido	Ineficácia			
[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre trabalho de parto	Conhecimento da parturiente sobre as fases do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre fase ativa e fase latente do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre períodos de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre o início do trabalho de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento para identificar sinal de trabalho de parto	Conhecimento de sinais de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre sinais de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre sinais de verdadeiro trabalho de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre expulsão uterina	Conhecimento sobre o puxo dirigido não demonstrado Conhecimento sobre o sopro não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre complicação durante o trabalho de parto	Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre: complicações do parto não demonstrado Conhecimento sobre: complicações do TP não demonstrado Conhecimento sobre: complicações do trabalho de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento sobre complicação durante o trabalho de parto: hemorragia vaginal	Conhecimento sobre complicações do trabalho de parto (RPM, APPT, Hemorragia) não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto	Conhecimento sobre método de ajuda no trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre técnicas facilitadoras de trabalho de parto não demonstrado Conhecimento da parturiente sobre a sua colaboração nas fases de trabalho de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto através da	Conhecimento sobre técnicas de relaxamento não demonstrado			

técnica de relaxamento				
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto através da técnica respiratória	Conhecimento sobre tipos de respiração durante o trabalho de parto não demonstrado Conhecimento da parturiente sobre exercícios de controlo da respiração não demonstrado Conhecimento sobre exercícios respiratórios não demonstrado Conhecimento sobre técnica de respiração não demonstrado Conhecimento sobre técnica respiratória não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto através da técnica de posicionamento	Conhecimento sobre posicionamentos adequados em trabalho de parto não demonstrado Conhecimento sobre posicionamentos não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto através da técnica de exercício muscular ou articular	Conhecimento sobre exercícios de básculas da bacia não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento para [lidar com] o trabalho de parto através de dispositivo: bola de parto	Conhecimento sobre a utilização da bola de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o trabalho de parto	Aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto não demonstrado Aprendizagem de capacidades sobre trabalho de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o trabalho de parto através da técnica de relaxamento	Aprendizagem de Habilidades para executar as técnicas de relaxamento não demonstrado			
[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o trabalho de parto através da técnica respiratória	Aprendizagem de capacidades sobre técnica de respiração não demonstrado Aprendizagem de Habilidades para executar técnica respiratória não demonstrado Aprendizagem de Habilidades sobre técnica respiratória não demonstrado Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios respiratórios não demonstrado			
[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o trabalho de parto através da técnica de posicionamento	Aprendizagem de Habilidades para executar os posicionamentos não demonstrado			
[Potencial para melhorar] a capacidade para [lidar com] o trabalho de parto através de dispositivo: bola de parto	Aprendizagem de Habilidades para utilizar a bola de parto não demonstrado			
[Potencial para melhorar] o conhecimento do cuidador para apoiar durante o trabalho de parto	Conhecimento do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos			
[Potencial para melhorar] a capacidade do cuidador para apoiar durante o trabalho de parto	Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre comportamento na sala de partos			

Intervenções de enfermagem

CATEGORIAS	Unidades de registo	Nível de concordância		Justificação se <3
		Enunciado	Novo termo [se aplicável]	
Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto	Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto			
Avaliar a evolução do conhecimento sobre trabalho de parto	Verificar conhecimentos			
Avaliar capacidade para lidar com o trabalho de parto	Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre trabalho de parto			
Avaliar a evolução para capacidade para lidar com o trabalho de parto	Verificar aprendizagem de habilidades			
Avaliar dor de trabalho de parto	Monitorizar a dor através de escala de dor Vigiar dor			
Avaliar a evolução da dor de trabalho de parto	Validar dor com escala do observador Vigiar resposta / reação à dor			
Avaliar contração uterina Avaliar evolução da contração uterina	Monitorizar contração uterina Vigiar contração uterina Vigiar contração uterina (fase de dilatação) Vigiar traçado cardiotocográfico Vigiar CTG Interpretar traçado cardiotocográfico			
Avaliar trabalho de parto Avaliar evolução do trabalho de parto	Monitorizar trabalho de parto Vigiar trabalho de parto Vigiar estadio do trabalho de parto Vigiar estática fetal Vigiar apresentação fetal Monitorizar dilatação do colo útero Monitorizar dilatação do colo uterino Vigiar condição do colo uterino			
Vigiar movimentos fetais	Vigiar movimentos fetais			
Vigiar características do [líquido amniótico]	Vigiar características do líquido amniótico Vigiar perda líquido amniótico Vigiar ruptura de membranas			
Vigiar estado das [membranas amnióticas]	Vigiar membranas amnióticas Vigiar estado das membranas amnióticas			
Vigiar sinais de retenção urinária	Vigiar sinais de retenção urinária Vigiar globo vesical			
Vigiar hemorragia	Vigiar perda sanguínea			
Monitorizar frequência cardíaca fetal	Monitorizar frequência cardíaca do feto Vigiar frequência cardíaca do feto Vigiar frequência cardíaca fetal			
Monitorizar frequência cardíaca	Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar pulso			
Monitorizar frequência respiratória	Monitorizar frequência respiratória			
Monitorizar tensão arterial	Monitorizar tensão arterial			
Monitorizar temperatura corporal	Monitorizar temperatura corporal			
Orientar para [programa de preparação para o parto]	Orientar antecipadamente para curso de preparação para o parto			

	Orientar para curso de preparação para o parto Incentivar para curso de preparação para o parto Informar sobre curso de preparação para o parto			
Ensinar sobre trabalho de parto	Ensinar sobre trabalho de parto Ensinar sobre períodos do trabalho de parto Ensinar sobre expulsão uterina (fase de expulsão) Ensinar sobre fisiopatologia do trabalho de parto Ensinar indivíduo pré-parto anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, gravidez e parto Informar sobre a evolução do trabalho de parto			
Instruir sobre expulsão uterina	Instruir sobre expulsão uterina (esforços expulsivos)			
Treinar [esforços expulsivos]	Treinar a expulsão uterina (fase de expulsão e fase placentária)			
Ensinar sobre complicação de trabalho de parto	Ensinar sobre complicações Ensinar sobre sinais de complicações Ensinar sobre sinais de alarme			
Ensinar sobre técnicas para [lidar com] o trabalho de parto	Informar sobre métodos de ajuda no trabalho de parto Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor			
Ensinar sobre técnica de relaxamento	Ensinar sobre técnica de relaxamento Planejar técnica de relaxamento			
Ensinar sobre técnica respiratória	Ensinar a pessoa sobre técnica respiratória Incentivar técnica respiratória			
Ensinar sobre técnica de posicionamento	Ensinar sobre posição corporal Ensinar sobre técnica de posicionamento Ensinar a pessoa a posicionar-se Ensinar sobre posicionamento Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se			
Ensinar sobre técnica de exercício muscular ou articular	Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos ativos Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos Ensinar sobre exercícios musculares Ensinar sobre posições de básculas da bacia Incentivar exercícios musculares pélvicos			
Ensinar sobre uso de dispositivo: bola de parto	Ensinar sobre a utilização da bola de parto			
Ensinar sobre técnica de imaginação guiada	Ensinar sobre técnica de imaginação guiada			
Ensinar sobre técnica de distração	Ensinar sobre técnica de distração			
Instruir técnica de relaxamento	Instruir técnica de relaxamento			
Instruir técnica respiratória	Instruir técnica respiratória Instruir técnica respiratória (Procedimento)			
Instruir técnica distração	Instruir técnica de distração			
Instruir uso de dispositivo: bola de parto	Instruir sobre utilização da bola de parto			
Instruir técnica de posicionamento	Instruir técnica de posicionamento			

	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se			
Instruir técnica de exercício muscular ou articular	Instruir técnica de exercícios de Kegel Instruir a pessoa sobre exercícios musculares pélvicos Instruir sobre exercícios musculartoarticulares activos Instruir sobre exercícios musculares Instruir posições de básculas da bacia Instruir sobre básculas			
Treinar técnica de relaxamento	Treinar a técnica de relaxamento			
Treinar técnica respiratória	Treinar técnica respiratória Treinar sobre os exercícios respiratórios Treinar 1º tipo de respiração Treinar 2º tipo de respiração Treinar 2º tipo de respiração ou bochechas			
Treinar técnica de posicionamento	Treinar a pessoa a posicionar-se Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se			
Treinar técnica de exercício muscular ou articular	Treinar a execução de exercícios musculartoarticulares ativos Treinar sobre exercícios musculares Treinar exercício Treinar a implementação de exercícios musculares pélvicos			
Treinar técnica de imaginação guiada	Treinar a técnica de imaginação guiada			
Treinar técnica de distração	Treinar a técnica de distração			
Assistir na técnica de relaxamento	Assistir na técnica de relaxamento			
Assistir na técnica respiratória	Assistir na técnica respiratória			
Assistir no posicionamento	Assistir a pessoa no posicionamento Posicionar para período expulsivo Posicionar a pessoa			
Assistir no andar	Incentivar a deambulação Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular Treinar o uso de estratégias adaptativas para deambular Assistir a pessoa ao deambular			
Assistir durante o trabalho de parto	Assistir a grávida de acordo com o estadio do trabalho de parto Assistir no trabalho de parto Assistir a grávida nas fases do trabalho de parto			
Encorajar autocontrolo	Encorajar auto controlo: ansiedade			
Apoiar cliente	Apoiar a família Apoiar a grávida Facilitar suporte familiar Encorajar a grávida			
Apoiar no processo de toma de decisão: [plano de parto]	Orientar sobre plano de parto Informar sobre local de parto			
Executar [técnica do parto]	Executar a técnica do parto Executar manobra de distância de ombros por procedimento			
Executar [amniotomia]	Executar amniotomia Executar ruptura de membranas			
Executar [episiotomia]	Executar episiotomia			
Inspeccionar canal de parto	Inspeccionar canal de parto			

	Executar revisão uterina Vigiar laceração			
Suturar ferida	Suturar a ferida por procedimento Suturar períneo Suturar períneo por procedimento			
Colaborar no [parto]	Colaborar no parto			
Encorajar repouso	Manter repouso Manter repouso na cama Manter repouso no leito			
Providenciar material de leitura	Providenciar material de leitura			
Aplicar embalagem fria	Aplicar frio			
Aplicar embalagem quente	Aplicar calor			
Gerir hidratação	Monitorizar entrada e saída de líquidos Planear ingestão de líquidos Incentivar ingestão de líquidos			
Gerir eliminação urinária	Inserir catéter urinário / algália procedimento Inserir catéter urinário Vigiar eliminação urinária			
Gerir ambiente	Optimizar o ambiente físico			

