



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto
positiva**

Caring in freedom of movement: a positive birth experience

Anexos e Apêndices

Ana Sofia Barbosa Faria Martins



**Lisboa
2025**

ANEXOS

Anexo I – Síntese de Registo de Atividades Práticas

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>86</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>159</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>53</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>21</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>3</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>47</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>124</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>99</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>26</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>107</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>108</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>7</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>37</u>

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

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

10. Prática Simulada/Simulated practice

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

Lisboa, 24 / 12 / 2024

Estudante/Student

_____ *Ausfation*

Docente/Teacher

Coordenador do Curso/The Course Coordinator



**Anexo II – 3º Prémio no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso
Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**

CERTIFICADO

XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023
Modelos Assistencial Liderado por EESMO/PARTEIRA

Certifica-se que o poster Mamoplastia e o (in)sucesso da amamentação, sendo autoras as Exmas. Sras. Joana Cordeiro; Ana Catarina Geraldo; Raquel Ruas; Ana Sofia Martins; Maria João Freitas; Helena Presado, foi distinguido com o 3º Prémio no XXIV Encontro Nacional VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras que decorreu no dia 4 de maio de 2023, no IAPMEI - Lisboa, Portugal.

Assinado por: VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de Identificação: 06706968
Data: 2023.05.22 21:50:56 +0100



Presidente da APEO



Assinado por: MÁRCIO FILIPE MONIZ TAVARES
Num. de Identificação: 11531478
Data: 2023.05.21 23:53:38+00'00'



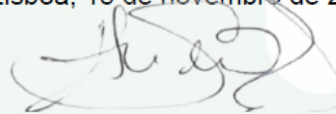
Direção da APEO

Anexo III – Certificados de Participação

Certificate

A Comissão Organizadora da **2ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2024**, certifica que o Poster “A Mobilidade e Posicionamento da Grávida no Trabalho de Parto: Revisão Scoping”, da autoria de Ana Sofia Martins, Maria João Freitas foi apresentado, e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 08 de novembro de 2024.

Lisboa, 13 de novembro de 2024



**A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa**



CERTIFICADO

XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023

Certifica-se que o(a) Exm^o(^a) Sr.(^a):

Ana Sofia Martins

Participou no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu nos dias 4 e 5 de maio de 2023, no IAPMEI- Lisboa, Portugal.

Presidente da APEO

Assinado por : VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de Identificação: 06706968
Data: 2023.05.09 18:42:56 +0100



Secretária da APEO

**ARMINDA
ANES
PINHEIRO**

Assinado de forma digital por ARMINDA ANES PINHEIRO
Dados: 2023.05.08 21:34:58 +01'00'

2-6 OUTUBRO 2023

SEMANA DO ALEITAMENTO MATERNO

FAZER A DIFERENÇA NA AMAMENTAÇÃO

4 de outubro | 9h-16h Local: Anfiteatro HFF

Evento Híbrido

Vº Encontro da Comissão Interinstitucional Amadora e Sintra Juntos no Aleitamento Materno – Fazer a diferença no regresso ao trabalho

CERTIFICADO

Declara-se que Ana Sofia Martins participou no “V Encontro da Comissão Interinstitucional Amadora e Sintra Juntos no Aleitamento Materno” que decorreu no dia 4 de outubro de 2023, das 9h-16h no Anfiteatro do HFF.

Amadora, 4 de outubro de 2023, P’la Comissão Organizadora



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Sofia Martins participou no Seminário “Promoção de Experiências Positivas na Gravidez”, que decorreu no dia 30 de janeiro de 2024, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a duração de 5 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



Hospital
Cascais
Dr. José de Almeida

Certificado de Frequência de Formação

O Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida, pessoa colectiva nº 517091402, sito na Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves, 2755-009 Alcabideche, certifica que o(a) colaborador(a)

ANA SOFIA BARBOSA FARIA MARTINS

frequentou o Seminário

Care4Birth

Dia 06/05/2024 | Duração total de 7 hora(s)

Cascais, 06/05/2024


Hospital de Cascais
Direção de Serviços de Formação

(Gestão da Formação)

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para realização do estudo
de investigação



Exmo.

Conselho de Administração do Hospital

Assunto: Estudo Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva -
Investigador Principal En^ª Ana Sofia Martins

N/Of nº 15/CE

Data: 19/06/2024

A Comissão de Ética reunida em 05/04/2024, no que concerne ao pedido de apreciação para a realização do **Estudo Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva**, proposto pelo Investigador Principal En^ª Ana Sofia Martins a CES procedeu à sua análise, tendo o mesmo sido considerado aprovado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética

[Redacted name]

FPN/CL



APÊNDICES

Apêndice I – Revisão *Scoping*

“A Mobilidade e Posicionamento da Grávida no Trabalho de Parto: uma Revisão *Scoping*”

Martins, A. S., Freitas, M. J.

RESUMO

Introdução: A crescente intervenção médica limitou a movimentação da parturiente, condicionando o papel de protagonista na sua própria experiência de parto, deixando de ter autonomia para adotar os posicionamentos que melhor lhe convinham. A mobilidade (capacidade de mover-se livremente) e posicionamentos (verticais ou horizontais) assumidos espontaneamente pelas parturientes, revelam benefícios materno-fetais, prevenindo desvios da normalidade e promovendo o parto normal.

Objetivo: Mapear a evidência científica publicada sobre a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto.

Método de Revisão: Revisão *Scoping (RS)*, realizada em três bases de dados: *Academic Search Complete, CINAHL Ultimate e MEDLINE Ultimate*, para dar resposta à questão de pesquisa “Qual a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto?” formulada recorrendo à mnemónica PCC - População (parturientes), Conceito (mobilidade e posicionamento) e Contexto (Trabalho de Parto). Para a seleção dos artigos definiram-se como critérios de elegibilidade: artigos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, com texto integral disponível, publicados a partir de 2018, e que incidam sobre a mobilidade e posicionamento da grávida no primeiro e/ou segundo estágio do TP.

Resultados: Identificaram-se 57 artigos, excluíram-se duplicados, após leitura dos títulos e resumos selecionaram-se 4 artigos para leitura integral, 3 respondiam à questão proposta; incluíram-se ainda 7 artigos obtidos através de outras fontes de informação, perfazendo um total de 10 artigos. Dos dados extraídos emergiram duas categorias de resultados influenciados pelo posicionamento e mobilidade da grávida no TP: Resultados maternos com seis subcategorias (Duração do 1º e 2º estágio do TP; Dor; Tipo de parto; Resultado perineal; Complicações e Satisfação Materna); Resultados fetais/neonatais, com duas subcategorias (Posicionamento fetal e Bem-estar fetal/neonatal).

Conclusão: A influência da mobilidade e posicionamento evidenciou-se ao nível da diminuição da duração do TP, aumento de partos eutócicos, melhores resultados

perineais, traçados cardíacos fetais normais, diminuição da dor sentida e consequentemente uma experiência de parto mais satisfatória. A mobilidade e posicionamento da parturiente concorrem para a favorável progressão do TP. Cabe ao enfermeiro obstetra promover a liberdade de movimentos e orientar a parturiente para os posicionamentos adequados à fase do TP em que se encontra.

Palavras-chave: Grávida, Movimento, Posicionamento do Paciente, Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Background: The increasing medical intervention has restricted the movement of the laboring woman, limiting her role as the protagonist in her own birth experience and diminishing her autonomy to adopt the most suitable positions. Mobility (the ability to move freely) and the positions (whether vertical or horizontal) spontaneously assumed by laboring women show maternal-fetal benefits, preventing deviations from normality and promoting the physiological process of labor.

Objective: To map the published scientific evidence on the influence of mobility and positioning of pregnant women during labor.

Review Method: Scoping review, carried out in three databases: Academic Search Complete, CINAHL Ultimate and MEDLINE Ultimate, to answer the research question “What is the influence of the pregnant women’s mobility and positioning during labor?” formulated using the PCC mnemonic - Population (pregnant women), Concept (mobility and positioning) and Context (labor). For the selection of articles, the eligibility criteria were defined as follows: articles published in Portuguese, English, or Spanish, with full-text availability, published from 2018 onward, and focusing on the mobility and positioning of pregnant women during the first and/or second stage of labor.

Results: 57 articles were identified, duplicates excluded, after reading the titles and abstracts, 4 articles were selected for full reading, of which 3 answered the proposed question; 7 more articles obtained from other sources of information were included, making a total of 10 articles. From the extracted data, two categories of outcomes influenced by maternal mobility and positioning during labor: maternal outcomes, with six subcategories (duration of the first and second stages of labor, mode of delivery,

perineal outcome, pain, complications and maternal satisfaction) and fetal/neonatal outcomes, with two subcategories (fetal positioning and fetal/neonatal well-being).

Conclusion: The influence of mobility and positioning was evident in the reduction in labor duration, increased rates of spontaneous vaginal deliveries, improved perineal outcomes, normal fetal heart rate patterns, reduced perceived pain, and, consequently, a more satisfying birth experience. The mobility and positioning of pregnant women contributes to favorable progression of labor. It is up to the nurse-midwife to encourage freedom of movement and guide pregnant women in selecting appropriate positions for the stage of labor she is in.

Keywords: Pregnant Women, Movement, Patient Positioning, Labor.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto tem vindo a mudar significativamente com a progressiva evolução da medicina e da tecnologia. À experiência do trabalho de parto (TP), enquanto fenómeno sociocultural, são atribuídos diferentes significados nas mais variadas culturas, sendo que é transversal que representa um momento marcante na vida da mulher. Histórica e culturalmente as posições adotadas pelas mulheres durante o trabalho de parto eram essencialmente verticais, com o objetivo de minimizar os desconfortos e facilitar o processo fisiológico do parto (Bio et al., 2006; Mamede et al., 2004).

A assistência ao parto era uma ocorrência íntima, no seio familiar, acompanhada por parteiras, que foram perdendo o seu lugar para a presença do médico. A crescente intervenção médica e declínio do papel da parteira surge no final do século XVI após a invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião *Peter Chamberlen* (Mamede et al., 2007). Vários autores relatam o obstetra francês *Mauriceau* como o responsável pela introdução da posição de litotomia na prática de obstetrícia (Desseauve et al., 2017; Mamede et al., 2007). A justificação para tal prática relacionava-se com a comodidade para a paciente, assim como para o médico que assistisse ao parto. A intervenção médica tirou o papel de protagonista à grávida na sua própria experiência de parto, deixando de ter autonomia para adotar os posicionamentos que melhor lhe convinhassem (Mamede et al., 2004). Gradualmente o parto deixou de ser visto como um processo natural e fisiológico para integrar a categoria de “procedimento médico”, sendo o foco a monitorização do bem-

estar materno-fetal. A “necessidade” de intervenção por parte dos profissionais limitou a movimentação da parturiente e a posição horizontal adotada no momento do parto estendeu-se também para o trabalho de parto (Bio et al., 2006).

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde publicou o *“Care in Normal Birth: a practical guide”*, no qual esclarece quais as medidas recomendadas e não recomendadas na condução e vigilância do trabalho de parto, evitando assim intervenções desnecessárias. Em 2018 publica o *“Intrapartum care for a positive childbirth experience”*, onde recorda as diretrizes no que concerne à assistência ao trabalho de parto. Desta forma, o profissional de saúde deve incentivar a grávida a mobilizar-se e a adotar posições verticalizadas à sua escolha durante os diferentes estádios de TP, evitando longos períodos em decúbito dorsal.

São considerados dois tipos de posicionamentos durante o TP, horizontais e verticais. Mineiro et al. (2016), definem como posição vertical qualquer posição que assuma um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores, tais como: de pé, sentada, de joelhos, de cócoras ou de quatro apoios. Segundo Atwood (1976, cit. por Vasco e Poveda, 2015; Desseauve et al., 2017) quando o ângulo que une a linha média entre a terceira e quinta vértebra lombar é inferior a 45° consideramos uma postura horizontal, onde se enquadra o decúbito dorsal, lateral ou posição de litotomia e as suas variantes.

São vários os autores que descrevem as vantagens da mobilidade e da adoção de posições verticais para a melhoria da evolução da fase ativa do trabalho de parto, bem como a melhoria de resultados materno-fetais (Bio et al., 2006; Desseauve et al., 2017; Mamede et al., 2007; OE, 2013). A dinâmica corporal da parturiente tem influência na ação da gravidade, na compressão dos grandes vasos maternos, no aumento dos diâmetros do canal de parto e conseqüente descida e rotação da apresentação fetal, na ventilação pulmonar materna e no equilíbrio ácido-base materno e fetal (Ferrão e Zagão, 2017).

O estudo sobre as vantagens das posições verticalizadas versus posições horizontalizadas mantém-se uma constante na área da saúde materna e obstetrícia, sendo conhecidos alguns dos resultados materno, fetais e obstétricos que são impactados por estas posições (Bio et al., 2006; Calais-Germain & Vives, 2010; Desseauve et al., 2017; Ferrão & Zagão, 2017; Mamede et al., 2004, 2007; Mineiro et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Vasco & Poveda, 2015). No entanto, as posições de supina são largamente adotadas,

por resistência dos profissionais, cansaço e renitência materna, dosagens analgésicas que condicionam a percepção sensoriomotora, intolerância fetal à alteração de decúbitos, entre outras (OE, 2013).

Tendo em conta a problemática explanada, foi realizada uma pesquisa da literatura existente para identificar o conhecimento existente sobre a influência da mobilidade e posicionamento da parturiente no desenvolvimento e desfecho do primeiro e segundo estágio do TP, tendo sido encontradas algumas revisões da literatura referentes à temática em estudo. Todavia, dado que alguns dos resultados dos estudos publicados não são consensuais, importa explorar e aprofundar o conhecimento sobre a influência da mobilidade e posicionamento materno no TP e de forma que a intervenção dos profissionais de saúde, em particular dos/as enfermeiros/as obstetras, possa ser a mais adequada possível às necessidades e vontades da parturiente, consoante o estágio de TP em que se encontra. Para tal, foi elaborada a seguinte questão de revisão: “Qual a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto?” Com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a influência da mobilidade e o posicionamento da grávida no TP.

MÉTODO DE REVISÃO

Trata-se de uma Revisão *Scoping*, desenvolvida seguindo as recomendações do “*Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*” (Peters et al., 2024)

A elaboração da questão de revisão e estabelecimento da estratégia de pesquisa centrou-se na identificação dos elementos população, conceito e contexto (PCC) (Peters et al., 2024). Neste sentido, os elementos constituintes da população são as parturientes/ grávidas em TP, enquanto a mobilidade e posicionamento, assumem-se como conceito e, o trabalho de parto como contexto, sendo a questão norteadora desta revisão: Qual a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto?”

Definiram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, com texto integral disponível, publicados a partir de 2018, e que incidam sobre a mobilidade e posicionamento da grávida no primeiro e/ou segundo estágio do TP. Foram excluídas as seguintes fontes de informação: artigos sem texto integral disponível e artigos que incidam sobre o terceiro e/ou quarto estágio do TP.

Segundo o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2024) a estratégia de pesquisa deve ser feita em três fases distintas. Neste sentido, numa primeira fase foi realizada uma pesquisa inicial para uma revisão da literatura sobre a temática onde foi possível extrair os termos utilizados para definir os termos naturais da pesquisa. A pesquisa foi realizada na plataforma *EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE)*, *Google Académico* e *B-on*.

A segunda etapa consistiu em analisar os termos naturais e definir os termos indexados para a pesquisa, com recurso aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos idiomas de português e inglês. As bases de dados selecionadas foram *Academic Search Complete*, *CINAHL Ultimate* e *MEDLINE Ultimate*. A pesquisa teve por base a interligação dos termos indexados que se relacionam entre si com o operador booleano "OR" e cruzamento dos mesmos através do operador booleano "AND", conforme patente na Tabela 1. A pesquisa decorreu entre maio de 2023. Posteriormente foi reproduzida em agosto de 2024, com o intuito de incluir a evidência científica mais atualizada.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	BASE DE DADOS
[" <i>pregnant women</i> "] AND [" <i>Patient Positioning</i> " OR " <i>Posture</i> "] AND [" <i>labor (obstetrics)</i> " OR " <i>childbirth</i> "]	<i>Academic Search Complete</i>
[" <i>Expectant Mothers</i> "] AND [" <i>Birthing Positions</i> " OR " <i>Body Positions</i> " OR " <i>Posture</i> " OR " <i>Movement</i> " OR " <i>Body Mechanics</i> "] AND [" <i>labor</i> " OR " <i>labor stage, first</i> " OR " <i>labor stage, second</i> " OR " <i>delivery, obstetric</i> "]	<i>CINAHL Ultimate</i>
[" <i>pregnant women</i> "] AND [" <i>patient positioning</i> " OR " <i>posture</i> " OR " <i>Movement</i> "] AND [" <i>labor stage, second</i> " OR " <i>parturition</i> " OR " <i>labor stage, first</i> " OR " <i>labor onset</i> " OR " <i>labor, obstetric</i> " OR " <i>delivery, obstetric</i> "]	<i>MEDLINE Ultimate</i>

Tabela 1 – Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi conduzida de forma independente por duas revisoras, sendo as diferenças encontradas na triagem e inclusão dos artigos sanadas a partir do consenso gerado entre os revisores. Para a seleção dos artigos foram excluídos os duplicados, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão definidos, tendo-se procedido à leitura dos títulos e resumos para a seleção dos artigos a analisar na íntegra, e, posteriormente, à leitura completa dos artigos elegíveis para integrar a RS. A terceira fase consistiu na

análise das referências bibliográficas de cada estudo selecionado, com o intuito de obter potenciais estudos adicionais.

RESULTADOS

No processo de extração de dados, identificaram-se 57 artigos, sendo 17 da base de dados *MedLine Ultimate*, 28 artigos da base de dados *CINAHL Ultimate* e 12 artigos da base de dados *Academic Search Complete*. Foram excluídos 11 artigos duplicados. Após aplicação dos critérios de inclusão foram selecionados 4 artigos para leitura completa, tendo-se excluído 1 por não dar resposta à questão orientadora da pesquisa. Foram ainda incluídos 7 artigos através de outras fontes de informação. No total, foram incluídos e analisados 10 artigos para a realização desta RS. O processo de triagem dos artigos obtidos apresenta-se infra, sob forma de fluxograma adaptado, seguindo as recomendações do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Peters et al., 2024).

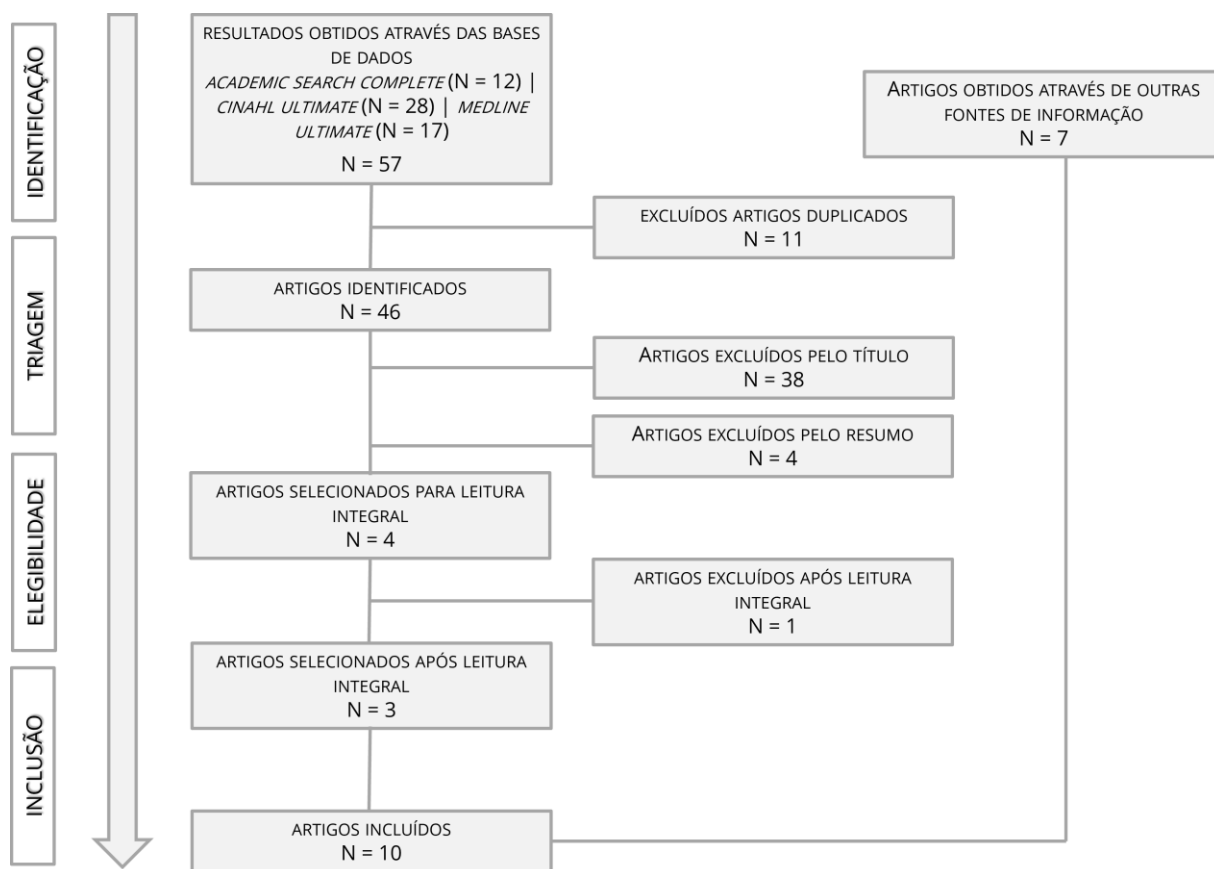


Imagem 1 – Fluxograma PRISMA-ScR

Com o propósito de registrar os dados extraído dos artigos que integraram a RS, foi elaborada pelas revisoras uma tabela de extração de dados e organizada de acordo a seguinte informação: identificação do artigo (título, autor, ano de publicação e país de origem), tipo de estudo, objetivo, amostra e resultados relativos à influência da mobilidade e posicionamento da grávida no TP.

Foram identificados artigos com um intervalo temporal entre 2016 e 2023, sendo cinco de origem chinesa (50%), um etíope (10%), um nigeriano (10%), um espanhol (10%), um australiano (10%) e um iraniano (10%). Consideraram-se 5 revisões da literatura (50%), sendo uma revisão sistemática da literatura e três revisões sistemáticas com meta-análise; 2 estudos controlados randomizados (20%), um deles prospectivo; 2 estudos comparativos (20%), um de abordagem quantitativa e um observacional; e 1 estudo observacional prospectivo (10%).

Os dados extraídos apresentam-se de forma individual, associados ao respectivo artigo, conforme se expõe na seguinte tabela (Tabela 2):

<u>ARTIGO 1 (A1)</u>	
<i>Título</i>	<i>A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor</i>
<i>Autores</i>	Huang, J.; Zang, Y.; Ren, L.; Li, F.; Lu, H.
<i>Ano de Publicação</i>	2019
<i>País</i>	China
<i>Tipo de Estudo</i>	Revisão da Literatura
<i>Objetivo</i>	Analisar e comparar os benefícios e riscos das posições maternas comumente adotadas no segundo estágio do TP.
<i>Amostra</i>	47 estudos
<i>Resultados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> – A adoção de posições verticalizadas facilita o processo fisiológico do TP pela ação da gravidade, contrações uterinas mais eficazes e conseqüente descida da apresentação fetal pelo aumento dos diâmetros pélvicos (Gizzo, et al., 2014; Reitter, et al., 2014; Dani, et al., 2015; Valiani , et al., 2016; Desseauve, et al., 2017; Gupta, et al., 2017; Simkin, et al.; 2017) – A adoção de posições verticalizadas reduz a duração do segundo estágio de trabalho de parto (Thies-Lagergren, et al., 2013; Dani, et al., 2015; Desseauve, et al., 2017; Gupta, et al., 2017; Moralglu, et al., 2017); – A adoção de posições verticalizadas está associada à redução da percepção de dor no TP, que por sua vez está associada à diminuição do período expulsivo e à liberdade de movimentos e autoeficácia sentida pelas parturientes (Shanti, et al., 2012; Thies-Lagergren, et al., 2013; Gizzo, et al., 2014; Dani, et al., 2015; Hu, et al., 2016; Valiani , et al., 2016; Moralglu, et al., 2017; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2017; Simkin, et al.; 2017); 	

- A posição de cócoras e sentada (banco de parto) pode estar associada a trauma perineal grave (com comprometimento do esfíncter anal) quando comparada com posições laterais ou em partos na água em múltiparas; em primíparas o uso do banco de parto não revelou risco aumentado de lesões graves do períneo, contrariamente mostrou-se protetor em relação à realização de episiotomia (Thies-Lagergren, et al., 2011; Haslinger, et al., 2015; Elvander, et al., 2016);
- As posições laterais e de quatro apoios representam um fator protetor do trauma perineal, apresentando baixas taxas de lesão perineal grave e lacerações de grau dois (onde se inclui a episiotomia) e maiores taxas de períneos íntegros ou lacerações de primeiro grau (Meyvis, et al., 2012; Elvander, et al., 2016; Suzuki, et al., 2017; Smith, et al., 2017; Zhang, et al., 2017; Long & Lin, 2018; Tunestveit, et al., 2018);
- As posições de litotomia e de supina estão associadas à ocorrência de lesão perineal e são consideradas um fator de risco para trauma perineal grave (Hauck, et al., 2014; Elvander, et al., 2016; Serati, et al., 2016; Frigerio, et al., 2018; King, et al., 2018; Tunestveit, et al., 2018);
- O risco perda hemática via vaginal superior a 500mL e de HPP (igual ou superior a 1000mL) pode estar aumentado nas posições verticais (Gupta, et al., 2017; Deliktas & Kukulcu, 2018). A utilização do banco de parto está associada a uma perda superior a 500 mL (Thies-Lagergren, et al., 2011);
- A adoção de posições verticais e laterais no TP está associada a traçados cardíacos fetais normais e menor ocorrência de traçados cardíacos alterados pela não compressão dos grandes vasos abdominais e melhor perfusão útero-placentar (Gizzo, et al., 2014; King et al., 2018; Simkin, et al.; 2017). Não foi estabelecida relação entre o posicionamento materno no período expulsivo e o internamento do recém-nascido na unidade de neonatologia (Gupta, et al., 2017);
- A posição de quatro apoios pode ser vantajosa na resolução da distócia de ombros (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Simkin, et al.; 2017; Zhang, et al., 2017);
- As posições laterais podem ser facilitadoras na rotação da cabeça fetal quando se apresenta em posição occipito-posterior (Bueno-Lopez, et al., 2018); no entanto, Le Ray, et al. (2016) diz não haver diferença significativa.

<u>ARTIGO 2 (A2)</u>	
<i>Título</i>	<i>Comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position</i>
<i>Autores</i>	Zhang, H.; Shu, R.; Zhao, N.; Lu, Y.; Chen, M.; Li, Y.; Wu, J.; Huang, L.; Guo, X.; Yang, Y.; Zhang, X.; Zhou, X.; Guo, R.; Li, J.; Cai, W.
<i>Ano de Publicação</i>	2016
<i>País</i>	China
<i>Tipo de Estudo</i>	Ensaio controlado randomizado prospectivo
<i>Objetivo</i>	– Comparar os resultados maternos e neonatais, em gravidezes de baixo risco, em partos na posição de quatro apoios e em posição de supina; Compreender os fatores que influenciam a taxa de episiotomias.
<i>Amostra</i>	886 parturientes de 11 hospitais chineses
<i>Resultados</i>	
– Parturientes que assumiram a posição de quatro apoios no período expulsivo obtiveram taxas mais elevadas de períneo íntegro e lacerações de primeiro grau e taxas reduzidas de	

episiotomia e laceração de grau dois, quando comparado com parturientes que assumiram a posição de supina;

- Não foi registada diferença significativa quanto à HPP e a casos de asfixia neonatal;
- A posição de quatro apoios revelou ser um fator protetor da realização de episiotomias.

ARTIGO 3 (A3)	
<i>Título</i>	<i>Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study</i>
<i>Autores</i>	Huang, J.; Lu, H.; Wang, J.; Yang, M.; Hu, Y.; Feng, X.; Ren, L.; Zang, Y.
<i>Ano de Publicação</i>	2023
<i>País</i>	China
<i>Tipo de Estudo</i>	Estudo observacional prospetivo
<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Descrever a adoção de posição lateral e posição de litotomia nas diferentes fases do segundo estágio do TP;- Descrever as taxas de trauma perineal nas parturientes que adotaram posição lateral e posição de litotomia nas diferentes fases do segundo estágio do TP; Comparar os resultados a nível perineal nas mulheres que adotaram posições laterais na fase passiva do segundo estágio do TP e converteram para posição de litotomia na fase ativa do segundo estágio do TP, com as mulheres que adotaram posições laterais ou de litotomia na fase passiva e ativa do segundo estágio do TP.
<i>Amostra</i>	1076 parturientes de 3 Hospitais Chineses
Resultados	
<ul style="list-style-type: none">- Resultado perineal nas mulheres que adotaram posições laterais na fase passiva do segundo estágio do TP e converteram para posição de litotomia na fase ativa do segundo estágio do TP: em primíparas a taxa de períneo íntegro/ laceração de primeiro grau foi de 59,7% e a taxa de episiotomia/ laceração de segundo grau foi de 40,3%; em múltiparas a taxa de períneo íntegro/ laceração de primeiro grau foi de 85,7% e a taxa de episiotomia/ laceração de segundo grau foi de 14,3%;- Resultado perineal nas mulheres que adotaram posições de litotomia na fase passiva e ativa do segundo estágio do TP: em primíparas a taxa de períneo íntegro/ laceração de primeiro grau foi de 57,6%, a taxa de episiotomia/ laceração de segundo grau foi de 42,1% e a taxa de laceração de terceiro/quarto grau foi de 0,3%; em múltiparas a taxa de períneo íntegro/ laceração de primeiro grau foi de 82,6%, a taxa de episiotomia/ laceração de segundo grau foi de 16,7% e a taxa de laceração de terceiro/quarto grau foi de 0,3%;- Resultado perineal nas mulheres que adotaram posições laterais na fase passiva e ativa do segundo estágio do TP: em primíparas a taxa de períneo íntegro/ laceração de primeiro grau foi de 75,6% e a taxa de episiotomia/ laceração de segundo grau foi de 21,8%; em múltiparas a taxa de períneo íntegro/ laceração de primeiro grau foi de 86,8% e a taxa de episiotomia/ laceração de segundo grau foi de 12,3%;- Não houve diferença significativa nos resultados a nível perineal entre grávidas que assumiram posições laterais na fase passiva do segundo estágio do TP e converteram para posição de litotomia na fase ativa do segundo estágio do TP versus grávidas que assumiram posições de litotomia na fase passiva e ativa do segundo estágio do TP;	

Não houve diferença significativa nos resultados a nível perineal entre grávidas que assumiram posições laterais na fase passiva e ativa do segundo estágio do TP versus grávidas que assumiram posições laterais apenas na fase passiva e do segundo estágio do TP, no entanto primíparas que se enquadram no primeiro grupo obtiveram maiores taxas de períneos íntegros e lacerações de grau um.

<u>ARTIGO 4 (A4)</u>	
<i>Título</i>	<i>Corrective effects of maternal extreme flexure and hip abduction combined with contralateral side-lying on persistent foetal occipito-posterior position</i>
<i>Autores</i>	Liu, L.; Chen, J.; Yang, Z.; Zhu, J.
<i>Ano de Publicação</i>	2018
<i>País</i>	China
<i>Tipo de Estudo</i>	Estudo comparativo observacional
<i>Objetivo</i>	Compreender os efeitos da flexão extrema e abdução ilíaca combinada com o decúbito lateral contralateral à posição fetal occipito-posterior persistente.
<i>Amostra</i>	226 mulheres com feto em posição occipito-posterior persistente
<i>Resultados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> – A taxa de sucesso da correção da posição occipito-posterior persistente foi superior no grupo que adotou a flexão extrema e abdução ilíaca combinada com o decúbito lateral contralateral à posição fetal; – A taxa de partos eutócicos foi superior e a taxa de partos vaginais instrumentados foi inferior quando comparada com o grupo de mulheres que não adotaram a referida posição; – A duração do primeiro e segundo estágio do TP diminuiu no grupo de intervenção; <p>Não se registaram diferenças significativas em relação à HPP e ao Índice de Apgar.</p>	
<u>ARTIGO 5 (A5)</u>	
<i>Título</i>	<i>Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis</i>
<i>Autores</i>	Berta, M; Lindgren, H; Christensson, K; Mekonnen, S; Adefris, M.
<i>Ano de Publicação</i>	2019
<i>País</i>	Etiópia
<i>Tipo de Estudo</i>	Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise
<i>Objetivo</i>	Determinar o efeito das posições maternas que permitem ter o sacro flexível (de joelhos, quatro apoios, banco de parto e decúbito lateral) no segundo estágio do TP em comparação com a posição de supina.
<i>Amostra</i>	8 estudos
<i>Resultados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> – A adoção de posições que permitem manter o sacro flexível resultou na redução da duração do segundo estágio do TP (Mathew, et al., 2012; Moraloglu, et al., 2017; Simarro, et al., 2017), no entanto Gupta, et al. (2012, 2017) afirmam não haver redução do mesmo; – A redução da duração do segundo estágio do TP resulta em vantagens materno-fetais e neonatais, pela diminuição de intervenções desnecessárias, pela diminuição de padrões anormais de traçado cardíaco fetal e conseqüentemente menor ocorrência de hipóxia e acidose neonatal (WHO, 1996); 	

- A redução da duração do segundo estágio do TP pode resultar em lesão perineal pela rápida expulsão da cabeça fetal (Zaibunnisa, et al., 2015);
 - A possibilidade de escolha da posição a adotar no segundo estágio do TP pode resultar num relaxamento e maior sensação de conforto sentida pela parturiente (Lie, et al., 2004);
- A possibilidade de escolha da posição a adotar no segundo estágio do TP pode facilitar a rotação e descida da apresentação fetal, contribuindo para a redução da duração do segundo estágio do TP (Lie, et al., 2004).

<u>ARTIGO 6 (A6)</u>	
<i>Título</i>	<i>Effect of Upright Positioning on the Process and Outcome of Labour Among Parturient in Primary Health Care Setting</i>
<i>Autores</i>	Muhammed, A.; Hannatu, S. H.; Ibrahim, A. H.; Abdulrashid, I.
<i>Ano de Publicação</i>	2023
<i>País</i>	Nigéria
<i>Tipo de Estudo</i>	Estudo comparativo de abordagem quantitativa
<i>Objetivo</i>	Comparar o processo de TP e os resultados obtidos em posições verticalizadas e de supina.
<i>Amostra</i>	40 parturientes
<i>Resultados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - O progresso no TP foi similar em ambos os grupos, no entanto 55% das parturientes que adotaram posições verticalizadas dilataram 1cm/hora, em comparação com 40% do grupo controlo e o registo de contratilidade uterina regular (2-3 a cada 10 minutos) foi registado em 50% das mulheres que adotaram posições verticalizadas, em comparação com 40% do grupo controlo; - A duração do segundo estágio do TP foi igual ou inferior a uma hora em 80% das mulheres que adotaram posições verticalizadas, em comparação com 60% do grupo controlo; - 100% das parturientes de ambos os grupos tiveram um parto de termo eutócico; <p>A perda de sangue foi inferior a 500mL em 75% das mulheres que adotaram posições verticalizadas, em comparação com 55% do grupo controlo.</p>	
<u>ARTIGO 7 (A7)</u>	
<i>Título</i>	<i>Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis</i>
<i>Autores</i>	Zang, Y.; Lu, H.; Zhao, Y.; Huang, J.; Ren, L.; Li, X.
<i>Ano de Publicação</i>	2020
<i>País</i>	China
<i>Tipo de Estudo</i>	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
<i>Objetivo</i>	Comparar os resultados maternos e neonatais em mulheres que adotaram posições que permitiram ter o sacro flexível no segundo estágio do TP com mulheres que adotaram posições nas quais o sacro não estava flexível.
<i>Amostra</i>	16 estudos
<i>Resultados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Quando adotadas posições em que o sacro está flexível há um menor risco de intervenção; - Não houve registo de diferença significativa da duração do segundo estágio de TP, apesar de nas múltiparas ter sido ligeiramente mais curto; mas a fase ativa do segundo estágio do TP registou-se mais curta em primíparas e múltiparas; 	

- Houve uma diminuição moderada e significativa nas taxas de partos distócicos vaginais e cesarianas, respetivamente, quando adotadas posições em que o sacro está flexível;
- Mulheres que adotam posições em que o sacro está livre têm maior probabilidade de experienciar um períneo íntegro/ laceração de grau um; não houve diferença significativa nas taxas de lacerações de grau dois e houve uma redução nas taxas de episiotomias e lacerações severas do períneo – grau três e quatro. O sacro flexível mostrou-se um fator protetor da ocorrência de trauma severo do períneo;
- O nível de dor severa a extrema (6-10 na escala visual analógica da dor) foi menos percecionado por mulheres que adotaram estas posições;
- Não houve registo de diferenças significativas no que respeita à perda hemática vaginal superior a 500mL, alterações do traçado cardíaco fetal que requeressem intervenção ou no Índice de Apgar.

<u>ARTIGO 8 (A8)</u>	
<i>Título</i>	<i>Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial</i>
<i>Autores</i>	Bueno-Lopez, V.; Fuentelsaz-Gallego, C.; Casellas-Caro, M.; Falgueras-Serrano, A. M.; Crespo-Berros, S.; Silvano-Cocinero, A. M.; Alcaine-Guisado, C.; Fuentes, M. Z.; Carreras, E.; Terré-Rull, C.
<i>Ano de Publicação</i>	2018
<i>País</i>	Espanha
<i>Tipo de Estudo</i>	Ensaio controlado randomizado
<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se o decúbito lateral modificado (alinhado com a coluna fetal e com o joelho superior flexionado a 90°) favorece a rotação para a posição anterior occipital em mulheres com analgesia locorregional e feto em posição occipito-posterior persistente; Avaliar o tipo de parto, condição perineal pós-parto, resultados neonatais e nível de satisfação materna.
<i>Amostra</i>	120 grávidas em fase ativa do TP, com analgesia epidural, com feto em posição occipito-posterior persistente

Resultados

- A rotação espontânea da posição fetal para occipito-anterior ocorreu em 50,8% das mulheres que adotaram o decúbito lateral modificado versus 21,7% das mulheres do grupo controlo;
- A taxa de partos via vaginal foi superior no quando comparada com o grupo controlo e não se verificou diferença significativa no tipo de parto;
- Não se verificaram diferenças significativas no resultado a nível perineal, Índice de Apgar ou pH do cordão umbilical.

<u>ARTIGO 9 (A9)</u>	
<i>Título</i>	<i>Maternal positioning with flexed thighs to correct foetal occipito-posterior position in labour: A systematic review and meta-analysis</i>
<i>Autores</i>	Lee, N.; Munro, V.; Oliver, K.; Flynn, J.
<i>Ano de Publicação</i>	2021
<i>País</i>	Austrália
<i>Tipo de Estudo</i>	Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise

<i>Objetivo</i>	Comparar o efeito da posição de quatro apoios ou decúbito lateral com flexão das coxas na rotação fetal de variedade occipito-posterior para occipito-anterior em comparação com a posição de controlo no primeiro estágio do TP.
<i>Amostra</i>	7 estudos

Resultados

- Não foi registada uma diferença significativa, no entanto houve maior incidência de rotação fetal de variedade occipito-posterior para occipito-anterior no grupo de intervenção no segundo estágio do TP (resultado primário) (Guittier et al., 2016; Le Ray et al., 2016; Stremmler et al., 2005);
- A duração do primeiro estágio do TP diminuiu no grupo de intervenção, principalmente quando associada à mobilidade materna; no entanto não houve registo de alterações significativas no segundo estágio do TP (Guittier et al., 2016; Liu, et al., 2018);
- O posicionamento materno com pernas fletidas não provocou resultados estatisticamente significativos nas taxas de parto eutócico ou distócico (instrumentado ou cesariana), nas lesões graves do períneo ou episiotomia (Bueno-Lopez, et al., 2018; Desbriere, et al., 2013; Guittier et al., 2016; Hodnett, et al., 2013; Le Ray et al., 2016; Liu, et al., 2018);
- Não se verificaram diferenças significativas no Índice de Apgar, nem no nível de satisfação materna (Stremmler et al., 2005; Hodnett, et al., 2013; Guittier et al., 2016; Le Ray et al., 2016);
- Registou-se uma melhoria da dor experienciada no grupo de intervenção, apesar de não ser estatisticamente significativo (Hodnett et al., 2013; Le Ray et al., 2016; Stremmler et al., 2005);
- A mobilidade materna e adoção de posições verticalizadas mostraram-se mais facilitadoras da rotação fetal de variedade occipito-posterior para occipito-anterior do que o posicionamento materno (quatro apoios ou decúbito lateral com flexão das coxas) por si só.

ARTIGO 10 (A10)

<i>Título</i>	<i>The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review</i>
<i>Autores</i>	Mirzakhani, K.; Karimi, F. Z.; Vatanchi, A. M.; Zaidi, F.; Najmabadi, K. M.
<i>Ano de Publicação</i>	2020
<i>País</i>	Irão
<i>Tipo de Estudo</i>	Revisão Sistemática da Literatura
<i>Objetivo</i>	Comparar o impacto do posicionamento materno no TP nos resultados maternos, fetais e neonatais.
<i>Amostra</i>	17 estudos

Resultados

- O posicionamento materno não influencia a duração do TP (Ragnar, et al., 2006; Altman, et al., 2007; Miquelutti, et al., 2007; Farahani, et al., 2012; Desbriere, et al., 2013; Abdollahian, et al., 2014; Guittier, et al., 2016);
- As posições verticalizadas, assim como a liberdade para se mover e escolher a posição a adotar resulta na redução da duração do TP (Kordi, et al., 2006; Aghadam, et al., 2009)
- Segundo Zhang, et al. (2016) a posição de joelhos durante o segundo estágio do TP aumentava a sua duração e diminuía a duração do terceiro estágio;
- Reyhani, et al. (2008) e Golmakany, et al. (2005) consideraram que o decúbito lateral resultou no aumento da duração do primeiro e segundo estágio do TP;

- O posicionamento e mobilidade materna não promovem alterações significativas na rotação fetal de variedade occipito-posterior para occipito-anterior (Stremler, et al., 2005; Desbriere, et al., 2013; Guittier, et al., 2016);
- As posições horizontais afetam negativamente o traçado cardíaco fetal (Abdolahian, et al., 2014);
- Não se verificam diferenças significativas na intensidade da hemorragia (Altman, et al., 2007; Thies-Lagergren, et al., 2011; Zhang, et al., 2017);
- Não se registam diferenças significativas no nível de dor experienciada ou satisfação materna, no entanto as parturientes preferem posições verticalizadas (Miquelutti, et al., 2007, Farahani, et al., 2012);
- A dor sentida melhora quando adotada a posição de quatro-apoios (Stremler, et al., 2005);
- A liberdade de escolha na posição a adotar no TP melhora os resultados fisiológicos e psicológicos do TP (Motamedi, et al., 2009; Abdolahian, et al., 2014; Ragnar, et al., 2006);
- Não se verificaram alterações significativas no bem-estar fetal/neonatal, no entanto o Índice de Apgar foi mais alto no grupo de intervenção.

Tabela 2 – Caracterização das publicações de acordo com título, autor, ano de publicação, país de origem, tipo e amostra do estudo, objetivo e influência da mobilidade e posicionamento da grávida no TP

Na análise dos artigos apresentados emergiram duas categorias de resultados influenciados pela mobilidade e posicionamento da grávida no TP: resultados maternos, com seis subcategorias – duração do primeiro e segundo estágio do TP; tipo de parto; resultado perineal; dor; complicações e satisfação – e resultados fetais/neonatais, com duas categorias – posicionamento fetal e bem-estar fetal/neonatal. Para um melhor entendimento da influência da mobilidade e posicionamento da grávida no TP apresenta-se a Tabela 3, na qual o artigo pode ser identificado consoante o resultado que apresenta:

<u>SÍNTESE DE RESULTADOS</u>			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	RESULTADOS	ARTIGO
RESULTADOS MATERNOS	<i>Duração do 1º e/ou 2º estágio do TP</i>	Diminuição do 1º estágio do TP	A4 A6 A9
		Diminuição do 2º estágio do TP	A1 A4 A5 A6 A7
		Aumento do 1º estágio do TP	A10
		Aumento do 2º estágio do TP	A10
		Não influencia a duração do TP	A5 A10
	<i>Tipo de Parto</i>	Aumento da taxa de partos eutócicos	A4 A6
		Diminuição da taxa de partos distócicos - instrumentados	A4 A7
		Diminuição da taxa de partos distócicos - CST	A7
		Aumento da taxa de partos vaginais (sem diferença significativa no tipo de parto)	A8

	Sem alterações significativas no tipo de parto	A9	
<i>Resultado perineal</i>	Aumento da taxa de períneos íntegros	A1 A2 A3 A7	
	Aumento da taxa de lacerações de primeiro grau	A1 A2 A7	
	Diminuição da taxa de lacerações de segundo grau	A1 A2	
	Diminuição de taxa de episiotomias	A1 A2 A7	
	Diminuição da taxa de lacerações de terceiro e quarto grau	A1 A7	
	Posicionamento materno como fator protetor a nível perineal	A1 A2 A7	
	Sem alterações significativas nas lesões graves do períneo ou episiotomia	A9	
	<i>Dor</i>	Diminuição da sensação de dor percebida	A1 A7 A9
Não se verificam diferenças significativas		A9	
<i>Complicações</i>	Não se verificam alterações significativas na HPP	A2 A4 A7 A8	
	Aumento do risco de HPP em posições verticalizadas	A1	
	Posicionamento materno como facilitador na resolução de distócia de ombros	A1	
<i>Satisfação Materna</i>	Aumento da sensação de autoeficácia sentida pelas parturientes	A1 A5	
	Não se verificam alterações significativas	A8 A9	
RESULTADOS FETAIS/NEONATAIS	<i>Posicionamento Fetal</i>	Posicionamento materno influencia o posicionamento fetal, promovendo a rotação espontânea da posição occipito-posterior para occipito-anterior	A1 A4 A5 A8 A9
		Posicionamento materno não influencia o posicionamento fetal	A1
		Mobilidade materna influencia o posicionamento fetal, promovendo a rotação espontânea da posição occipito-posterior para occipito-anterior	A9
	<i>Bem-estar Fetal/Neonatal</i>	Não se verificam alterações no traçado cardíaco fetal	A1 A7
		Posições horizontais afetam negativamente o traçado cardíaco fetal	A10
		Não se verificam alterações significativas no bem-estar fetal/neonatal (Índice de Apgar, pH venoso (umbilical), reanimação neonatal ou necessidade de internamento neonatal)	A1 A2 A4 A7 A8 A9 A10

Tabela 3 – Síntese de Resultados

No que diz respeito à mobilidade e posicionamento materno no TP, constatou-se que: 60% (N=6) dos artigos (A1; A4; A5; A6; A7; A10), referem que a duração do TP sofre influência destas variáveis; 50% (N=5) dos artigos (A4; A6; A7; A8; A9), mencionam que o tipo de parto que ocorre também é influenciado; 50% (N=5) dos artigos (A1; A2; A3; A7; A9), enunciam que o resultado perineal poderá ser diferente face aos posicionamentos e mobilidade adotados; a relação da dor presente no TP com estas variáveis foi estudada em 30% (N=3) dos artigos (A1; A7; A9); a maior ou menor incidência de complicações foi abordada em 50% (N=5) dos artigos (A1; A2; A4; A7; A8); a satisfação materna face aos posicionamentos e mobilidade está patente em 40%(N=4) dos artigos (A1; A5; A8; A9).

A relação da mobilidade e posicionamentos maternos durante o TP, com o posicionamento do feto, também foi estudada em 50% (N=5) dos artigos (A1; A4; A5; A8; A9); o bem estar fetal ou neonatal como resultado que também é influenciado e foi objeto de estudo em 70% (N=7) dos artigos (A1; A2; A4; A7; A8; A9; A10).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos incluídos na RS constatou-se que a mobilidade e o posicionamento da grávida durante o TP promovem melhores resultados maternos, fetais e neonatais. Esta secção está estruturada em duas partes, sendo que a primeira versa sobre a influência da mobilidade e dos posicionamentos no TP a nível materno e a segunda a nível fetal/neonatal.

* Influência da mobilidade e dos posicionamentos no trabalho de parto nos resultados maternos

A duração do TP parece ser influenciada pela mobilidade e pelos posicionamentos que a parturiente adota no primeiro e segundo estágio do TP. De acordo com Liu et al. (2018) a adoção de posições verticalizadas reduz a duração do primeiro e segundo estágio do TP; Huang et al. (2019), numa Revisão da Literatura, e Muhammed et al. (2023) afirmam existir uma diminuição no segundo estágio do TP e Zang et al. (2020) afirmam que existe uma redução significativa na duração da fase ativa no segundo estágio do TP. Aghadam, et al. (2009) e Kordi, et al. (2006) (conforme citado por Mirzakhani et al., 2020) afirmam

que, além das posições verticalizadas, também a liberdade para se mover e escolher a posição a adotar resulta na redução da duração do TP. No entanto, alguns estudos apresentados na Revisão Sistemática da Literatura levada a cabo por Mirzakhani et al. (2020), contrariam os resultados apresentados anteriormente, sugerindo que o posicionamento materno não influencia a duração do TP; e alguns autores consideram ainda que o decúbito lateral resulta no aumento da duração do primeiro e segundo estágio do TP. Assim, destaca-se que a mobilidade e posicionamentos materno não gera consenso quanto à sua capacidade de influenciar a duração do TP entre os diversos autores mencionados.

A duração do TP está diretamente ligada à experiência vivenciada pela parturiente. Quando é permitida a total liberdade de movimentos à parturiente, esta procura posicionamentos que proporcionem uma menor sensação de dor, maior relaxamento e maior sensação de conforto. A possibilidade de escolha da posição a adotar no segundo estágio do TP pode facilitar a rotação e descida da apresentação fetal e, por sua vez, a evolução do TP (Berta et al., 2019; Mirzakhani et al., 2020). A sensação de controlo e autoeficácia, associadas à satisfação materna, podem reduzir a percepção do nível de dor experienciado, resultado da diminuição da duração do TP (Huang et al., 2019; Zang et al., 2020).

A evolução do TP e diminuição da sua duração parece estar relacionada com as posições adotadas, facilitadoras da rotação do posicionamento fetal quando este se apresenta em posição occipito-posterior persistente. Bueno-Lopez et al. (2018) defendem a adoção do decúbito lateral modificado alinhado com a coluna fetal como fator promotor da rotação para variedade occipito-anterior; por outro lado, Liu et al. num estudo realizado em 2018, verificaram que a adoção do decúbito lateral contralateral à coluna fetal combinada com a flexão extrema e abdução ilíaca se mostrou eficaz na correção da variedade occipito-posterior persistente. A posição de quatro apoios também foi considerada como favorável na correção do referido posicionamento (Lee et al., 2021). Importa ainda ressaltar que a mobilidade e adoção de posições verticalizadas mostraram-se mais facilitadoras da rotação fetal do que o posicionamento materno por si só (Lee et al. 2021). O posicionamento fetal em variedade occipito-posterior durante o TP está largamente associado a um TP prolongado e doloroso, aumentando assim os riscos materno-fetais. Deste modo, o posicionamento e mobilidade materna durante o

TP contribuem, para um maior número de partos vaginais, em particular aumento das taxas de partos eutócicos e diminuição das taxas de partos distócicos (Bueno-Lopez et al., 2018; Huang et al., 2019; Liu et al., 2018; Zang et al., 2020).

Ao longo dos vários artigos analisados, a relação entre posição da parturiente durante o TP e o resultado a nível perineal foi estudada. Identificou-se que as posições de litotomia e de supina estão associadas, segundo Huang et al. (2019), à ocorrência de lesão perineal e são consideradas um fator de risco para a ocorrência de trauma perineal grave (lacerações de terceiro ou quarto grau). Já as posições laterais e de quatro apoios representam um fator protetor do trauma perineal, apresentando baixas taxas de lesão perineal grave e de lacerações de grau dois (onde se inclui a episiotomia) e maiores taxas de períneos íntegros ou lacerações de primeiro grau (Huang et al., 2019). Adicionalmente, Zhang et al. (2016) identificam a posição de quatro apoios, na fase ativa do período expulsivo, como protetora da realização de episiotomias. Segundo um estudo levado a cabo por Huang et al. (2023), adoção de posições laterais durante a fase passiva e ativa do segundo estágio do TP resultou em taxas de períneos íntegros ou lacerações de primeiro grau superiores a 75%. No mesmo alinhamento, Zang et al. (2020) e alguns autores referenciados por Berta et al. (2019) reconhecem nas posições que permitem a mobilidade do sacro uma redução da duração do segundo estágio do TP e, conseqüentemente, um menor risco de intervenção, maior probabilidade de períneo íntegro ou laceração de primeiro grau, e diminuição nas taxas de episiotomias e lacerações severas do períneo. Assim, é importante salientar, que as posições que permitem a flexibilidade do sacro assumem-se como um fator protetor da ocorrência de trauma severo do períneo (Zang et al., 2020).

No entanto, apesar dos bons resultados a nível perineal obtidos pela adoção de certas posições verticais, Huang et al. (2019) identificam na posição de cócoras e sentada (no banco de parto) um maior risco de trauma perineal grave nas múltíparas. Por outro lado, o uso do banco de parto em primíparas não revelou risco aumentado de lesões graves do períneo, contrariamente mostrou-se protetor em relação à realização de episiotomia. Para explicar esta diferença de resultados contribuem a diminuição da duração do segundo estágio do TP, esforços expulsivos pouco controlados e mais eficazes nas mulheres múltíparas (Berta et al., 2019; Huang et al., 2019).

No que diz respeito ao risco do desenvolvimento de complicações em paralelo com a mobilidade e posicionamentos adotados pela parturiente, o risco de perda hemática via vaginal superior a 500mL pode estar aumentado nas posições verticais, principalmente quando associado ao uso do banco de parto (Huang et al., 2019). No entanto, não se registaram diferenças significativas em relação à hemorragia pós-parto noutros estudos aqui apresentados (Liu et al., 2018; Mirzakhani et al., 2020; Muhammed et al., 2023; Zang et al., 2020; Zhang et al., 2016). Huang et al. (2019) afirmam que uma perda inferior a 1000 mL pode ser considerada fisiológica quando ocorre em parturientes saudáveis.

*** Influência da mobilidade e dos posicionamentos no trabalho de parto nos resultados fetais/neonatais**

A posição fetal também parece ser influenciada pela mobilidade e posicionamentos materno. Apenas o estudo de Lee et al. (2020) conclui que a mobilidade materna promove a rotação espontânea da posição fetal occipito-posterior para occipito-anterior. No que diz respeito à influência dos posicionamentos materno, sobre a posição que o feto assume, são vários os estudos que a aclaram, referindo que também promove a rotação espontânea da posição fetal occipito-posterior para occipito-anterior (Lee et al. 2020; Berta et al., 2019; Huang et al., 2019; Bueno-Lopez et al., 2018; Liu et al., 2018). Todavia esta relação não está patente no estudo de Le Ray, et al. (2016), citado na revisão sistemática de Huang et al, (2019), que concluiu não existir diferença significativa entre a adoção de posições laterais no segundo estágio do TP ou outras, no que diz respeito à rotação da cabeça fetal, quando se apresenta em posição occipito-posterior.

A adoção de posições verticais e laterais no TP está associada a traçados cardíacos fetais normais e menor ocorrência de traçados cardíacos alterados pela não compressão dos grandes vasos abdominais e melhor perfusão útero-placentar, contrariamente às posições horizontais, que afetam negativamente o traçado cardíaco fetal (Mirzakhani et al., 2020). Os diferentes autores e respetivos estudos estão em concordância quando referem não haver alterações significativas na adaptação à vida extrauterina do recém-nascido (Bueno-Lopez et al., 2018; Huang et al., 2019; Lee et al., 2021; Liu et al., 2018; Mirzakhani et al., 2020; Zang et al., 2020; Zhang et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na presente RS corroboram que a mobilidade e posicionamento da parturiente concorrem para a favorável progressão do TP. Os estudos evidenciam a diminuição da duração do TP, aumento da taxa de partos eutócicos, melhores resultados perineais, traçados cardíacos fetais normais e diminuição da dor sentida.

Considerando a importância da prática baseada na evidência científica, e no âmbito das suas competências, espera-se que o enfermeiro obstetra faça uso do seu conhecimento, incentivando a liberdade de movimentos e orientando a parturiente naqueles que serão os posicionamento adequados à fase do TP em que se encontra.

Ao facilitar o processo fisiológico do TP através da mobilidade e posicionamento da grávida no TP durante os diferentes estádios de TP, o/a enfermeiro/a obstetra diminui a probabilidade de ocorrência de intervenções médicas desnecessárias. Associada às vantagens da verticalidade, está a diminuição a sensação de dor, promovendo a sensação de autocontrole, autoeficácia e autonomia. Sentir-se como protagonista no seu TP influencia a tomada de decisão, culminando assim numa experiência de parto mais satisfatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bio, E., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, *28*(11), 671–679.
- Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A. M., Crespo-Berros, S., Silvano-Cocinero, A. M., Alcaine-Guisado, C., Zamoro Fuentes, M., Carreras, E., & Terré-Rull, C. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth*, *45*(4), 385–392. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>

- Calais-Germain, B., & Vives, N. (2010). La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Prof*, 11(1), 18–25.
- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 208, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
- Ferrão, A. C. C., & Zagão, M. O. B. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 886–900.
- Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Feng, X., Ren, L., & Zang, Y. (2023). Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 2575–2591. <https://doi.org/10.1111/jocn.16305>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L. H., Li, F. J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Lee, N., Munro, V., Oliver, K., & Flynn, J. (2021). Maternal positioning with flexed thighs to correct foetal occipito-posterior position in labour: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103008>
- Liu, L. P., Chen, J. H., Yang, Z. J., & Zhu, J. (2018). Corrective effects of maternal extreme flexure and hip abduction combined with contralateral side-lying on persistent foetal occipito-posterior position. *International Journal of Nursing Practice*, 24(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.12663>
- Mamede, F. V., Almeida, A. M. de, & Clapis, M. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(2), 295–302.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 11(2), 331–336.
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. de. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335–347). Lidel - Edições Técnicas Lda.

- Mirzakhani, K., Karimi, F. Z., Vatanchi, A. M., Zaidi, F. F., & Najmabadi, K. M. (2020). The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. In *Journal of Midwifery and Reproductive Health* (Vol. 8, Issue 1, pp. 1988–2004). Mashhad University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.38133.1423>
- Muhammed, A., Habibu, H. S., Ibrahim, A. H., & Abdulrashid, I. (2023). Effect of Upright Positioning on the Process and Outcome of Labour Among Parturient in Primary Health Care Setting. *Nursing & Midwifery Research Journal*, *19*(3), 121–129. <https://doi.org/10.1177/0974150x231195178>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Maternidade com Qualidade: Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Vasco, M. S., & Poveda, C. B. (2015). Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Prof*, *16*(3), 90–95.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., & Li, X. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(17–18), 3154–3169. <https://doi.org/10.1111/jocn.15376>
- Zhang, H. Y., Shu, R., Zhao, N. N., Lu, Y. J., Chen, M., Li, Y. X., Wu, J. Q., Huang, L. H., Guo, X. L., Yang, Y. H., Zhang, X. L., Zhou, X. Y., Guo, R. F., Li, J., & Cai, W. Z. (2016). Comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position. *International Journal of Nursing Sciences*, *3*(2), 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.05.001>

Apêndice II – Termos Naturais e Termos Indexados

<u>TERMOS NATURAIS</u>	<u>TERMOS INDEXADOS</u>		
	<u>MEDLINE ULTIMATE</u>	<u>CINAHL ULTIMATE</u>	<u>ACADEMIC SEARCH COMPLETE</u>
Parturiente	Pregnant Women	-----	-----
Grávida	Pregnant Women	Expectant Mothers	Pregnant Women
Movimento	Movement	Body Mechanics	-----
		Movement	
Posicionamento	Patient Positioning	Birth Positions	Patient Positioning
Postura	Posture	Posture	Posture
		Body Positions	
Trabalho de parto	Labor, Obstetric	Labor	Labor (obstetrics)
	Labor Onset	-----	
	Labor Stage, First	Labor Stage, First	
	Labor Stage, Second	Labor Stage, Second	
Parto	Parturition	Delivery, Obstetric	Childbirth
	Delivery, Obstetric		

Apêndice III – Formulário de colheita de dados durante o primeiro e segundo estágio de trabalho de parto

FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS DURANTE O 1º E 2º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

<i>Idade</i>	<i>Nacionalidade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Acompanhante no TP</i>	<i>Curso de Preparação para o Parto</i>		
<i>Idade Gestacional</i>			<i>Índice Obstétrico</i>			
<i>Antecedentes Obstétricos</i>			<i>Antecedentes Pessoais</i>			
LIBERDADE DE MOVIMENTOS						
<i>1º Estádio do TP</i>						
<i>Mobilidade e Posicionamento</i>	Almofada de Equilíbrio	Bola Amendoim	Bola de Parto	Colchão	Deambulação	
<i>Mobilidade Pélvica</i>	Movimentos Intrínsecos			Movimentos Extrínsecos		
<i>2º Estádio do TP</i>						
<i>Mobilidade e Posicionamento</i>	Cócoras	De Pé	Lateral	Litotomia/Supina	Quatro Apoios	Sentada
<i>Mobilidade Pélvica</i>	Movimentos Intrínsecos			Movimentos Extrínsecos		
<i>Duração do TP</i>	<i>1º estadio de TP</i>			<i>2º estadio de TP</i>		
<i>Gestão da Dor</i>	Estratégias Farmacológicas			Estratégias Não Farmacológicas		
<i>Traçado de Cardiotocografia</i>	Normal		Suspeito		Patológico	
<i>1º Estádio do TP</i>						
<i>2º Estádio do TP</i>						
<i>Data e hora do Parto</i>	<i>Tipo de Parto</i>			<i>Peso do RN</i>		
<i>Resultado Perineal</i>	Períneo Íntegro	Laceração I	Laceração II	Laceração III / IV	Episiotomia	
<i>Índice de Apgar</i>	1º minuto		5º minuto		10º minuto	

**Apêndice IV – Questionário “Cuidar na liberdade de movimentos:
uma experiência de parto positiva”**

Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva

Cara
participante,

O estudo de investigação desenvolvido por Ana Sofia Martins, sob orientação da Professora Dra. Maria João Freitas “Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva”, tem como principal objetivo compreender a influência da liberdade de movimentos no trabalho de parto (TP) e na experiência de parto. Este estudo é realizado no âmbito académico, para obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e não carece de riscos ou encargos para os participantes.

A Organização Mundial da Saúde defende que a grávida deve mobilizar-se e adotar posições, preferencialmente verticalizadas, à sua escolha durante o TP, evitando longos períodos em decúbito dorsal (de barriga para cima). A liberdade de movimentos que é permitida à parturiente favorece o processo fisiológico do TP, diminui os desconfortos associados e pode ser entendida pela mobilidade e diferentes posicionamentos que a mesma adota durante o TP. A liberdade de movimentos pode ser utilizada como medida de conforto e deve ser aceite e incentivada pelo profissional que acompanha a grávida. Por este motivo, a grávida deve ter liberdade para se movimentar conforme for o seu desejo. Neste sentido, o presente estudo prevê identificar a influência da liberdade de movimentos no TP e de que forma esta afeta na experiência de parto vivenciada.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Conselho Administrativo do

A colheita de dados é realizada em dois momentos distintos: durante o período de dilatação e parto, onde são registados, pela investigadora, dados clínicos referentes ao trabalho de parto e no período pós-parto, onde lhe é facultado este questionário para preenchimento sobre a sua satisfação com a experiência de parto.

Os dados colhidos serão codificados e tratados de forma anónima, assegurando assim a confidencialidade durante todo o processo, sendo utilizados apenas para fins académicos e científicos. Os resultados serão analisados e apresentados de forma agregada e não individual.

Compreenda que é livre de abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de repercussões.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá entrar em contacto através do seguinte email: enf.anasofiamartins@gmail.com

Grata pela sua participação!

Ana Sofia
Martins

(Enfermeira e Mestranda em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica)

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro ter lido e compreendido os objetivos deste estudo e expresso a minha disponibilidade para participar. *

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Marcar tudo o que for aplicável.

Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço para fins académicos e de investigação

Questionário

2. Data do Parto *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Hora do Parto *

Exemplo: 08:30

Liberdade de movimentos durante o período de dilatação

4. Que tipo de posicionamentos adotou durante o período de dilatação (liberdade de movimentos)? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Bola Amendoim
 Bola de Parto/ Pilates/ Nascimento
 De Gatas
 De Joelhos
 De Pé
 Sentada
 Outra: _____

5. Em que locais adotou os posicionamentos assinalados na questão anterior? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Na cama
 No colchão
 No chão
 Outra: _____

6. Realizou exercícios direcionados para a mobilidade da bacia durante o período de dilatação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

7. Se sim, com que frequência os realizou?

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Muitas vezes
- Sempre

8. Foram-lhe sugeridos diferentes posicionamentos enquanto estava deitada na cama? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Se sim, quais?

10. Sentiu-se confortável com a adoção de diferentes posições durante o período de dilatação? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Bastante
- Sempre

11. Sentiu melhoria no controlo da dor no período de dilatação através da liberdade de movimentos? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Bastante
 Sempre

12. Em que medida os exercícios direcionados para a mobilidade da bacia foram facilitadores do período de dilatação?

13. Em que medida a liberdade de movimentos foi facilitadora do período de dilatação? *

14. Sente que lhe foi dada liberdade para se movimentar durante o período de dilatação conforme o seu desejo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. Por quem? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)
- Médica/o Obstetra

16. Sentiu que a forma como decorreu o período de dilatação correspondeu às suas expectativas? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Pouco
- Por vezes
- Bastante
- Sempre

17. Em que medida a liberdade de movimentos contribuiu, durante o período de dilatação, para ter uma experiência de parto positiva? *

Liberdade de movimentos durante o período expulsivo/ parto/ nascimento

18. Que tipo de posicionamentos adotou durante o parto (liberdade de movimentos)? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Banco de Parto
 De Cócoras
 De Gatas
 De Lado
 De Pé
 Deitada
 Sentada / Semi-sentada
 Outra: _____

19. Realizou exercícios direcionados para a mobilidade da bacia durante o período expulsivo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Se sim, com que frequência os realizou?

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Muitas vezes
 Sempre

21. Foram-lhe sugeridos diferentes posicionamentos durante o período expulsivo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. Se sim, quais?

23. Sentiu-se confortável com a adoção de diferentes posições durante o período expulsivo? *

Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Por vezes

Bastante

Sempre

24. Sentiu melhoria no controlo da dor no período expulsivo/parto através da liberdade de movimentos? *

Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Por vezes

Bastante

Sempre

25. Em que medida os exercícios direcionados para a mobilidade da bacia foram facilitadores do período expulsivo?

26. Em que medida a liberdade de movimentos foi facilitadora do período expulsivo/parto? *

27. Sente que lhe foi dada liberdade para se movimentar durante o período expulsivo conforme o seu desejo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

28. Por quem? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)

Médica/o Obstetra

29. Sentiu que a forma como decorreu o período expulsivo/parto correspondeu às suas expectativas? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Pouco
- Por vezes
- Bastante
- Sempre

30. Em que medida a liberdade de movimentos contribuiu, durante o período expulsivo/parto, para ter uma experiência de parto positiva? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice V – Póster *“Mobility and Positioning of Pregnant Women in Labor: Scoping Review”*

Ana Sofia Barbosa Faria Martins¹; Maria João Freitas; PhD²

¹Nurse at Delivery Unit and Obstetric and Gynecological Emergency Service at Hospital de Cascais, Master's student in the Master's Degree in Maternal Health and Obstetric Nursing, attending the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); ana.sofia.barbosa.faria@campus.esel.pt (corresponding author)

²Adjunct Professor at ESEL; Maternal Health and Obstetric Nursing Department, Researcher at ONDUR, ESEL; maria.freitas@esel.pt

BACKGROUND

- The increasing medical intervention has restricted the movement of the laboring woman, limiting her role as the protagonist in her own birth experience and diminishing her autonomy to adopt the most suitable positions (1,2).
- The body's dynamics during labor have significant effects on its progression (3).
- Mobility (the ability to move freely) and the positions (whether vertical or horizontal) spontaneously assumed by laboring women show maternal-fetal benefits, preventing deviations from normality and promoting a normal birth (4,5).

Keywords: Pregnant Women, Mobility, Positioning, Labor

OBJECTIVES

- To map the published scientific evidence on the influence of mobility and positioning of pregnant women during labor.

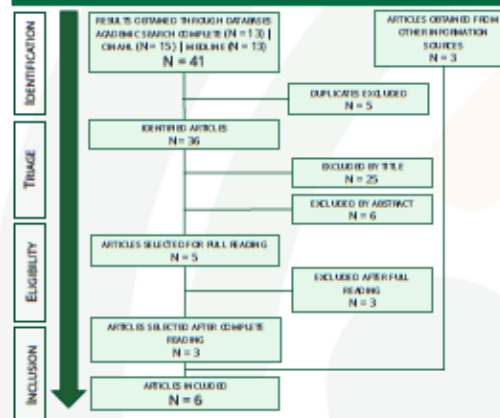
METHODES

- Scoping Review (SR) carried out in three databases, based on the research question for formulated using the PCC mnemonic - Population (pregnant women), Concept (mobility and positioning) and Context (labor) (6).

Research Question: "What is the influence of the pregnant women's mobility and positioning during labor?"

Inclusion Criteria: articles published in Portuguese, English or Spanish, with full text available, published from 2013 onwards, and which focus on the mobility and positioning of pregnant women in the first and/or second stage of labor.

RESULTS



Five Chinese articles and one Spanish article, published between 2016 and 2023, were identified.

CATEGORIES OF OUTCOMES INFLUENCED BY MATERNAL MOBILITY AND POSITIONING DURING LABOR



CONCLUSIONS

- Maternal mobility and positioning contribute to a physiological process of labor, facilitating its progression and reducing the need for unnecessary interventions.
- It's up to the nurse-midwife to encourage freedom of movement, guiding the pregnant woman toward the most appropriate positions for each stage of labor, enhancing the sense of control and self-efficacy, leading to a more positive and satisfying birth experience.

DISCUSSION

From the analysis of the articles included in the SR it was found that maternal mobility and positioning during labor promote improved maternal, fetal, and neonatal outcomes.

- DURATION OF LABOR -

Upright positions reduce the duration of the first and second stage of labor (7,8,9).

- MODE OF DELIVERY -

Increased rates of vaginal deliveries, particularly spontaneous vaginal births (7,10).

- PERINEAL OUTCOME -

Lithotomy and supine positions → Higher risk of severe perineal injury (8); Lateral and hands-and-knees positions → protective effect, reducing the risk of severe lacerations and episiotomies (8,11,12); Sacral mobility → crucial factor in protecting the perineum during the expulsion phase → lower risk of intervention and a higher likelihood of an intact perineum or first-degree laceration (9).

- COMPLICATIONS -

No significant differences were observed concerning postpartum hemorrhage (7,9,11). However, the risk of blood loss exceeding 500 mL, in vaginal births, may increase in upright positions, particularly when using the birthing stool (8).

- PAIN AND MATERNAL SATISFACTION -

Labor duration is directly linked to the woman's experience. Freedom of movement, associated with a sense of control and self-efficacy, allows the parturient to adopt positions that alleviate pain, facilitate labor progression and improve overall birth experience (8,9).

- FETAL POSITIONING -

Maternal positioning, particularly lateral decubitus, can aid fetal rotation in cases of occiput posterior presentation, contributing to shorter labor duration, while minimizing maternal-fetal risk (8,10).

- FETAL / NEONATAL WELL-BEING -

Upright and lateral positions offer advantages in maternal-fetal circulation by preventing compression of the large vessels and enhancing uteroplacental perfusion, resulting in normal fetal heart rate patterns and a smooth neonatal transition (7,8,9,10).

BIBLIOGRAPHY



Apêndice VI – Resumo Revista Pensar em Enfermagem

A Mobilidade e Posicionamento da Grávida no Trabalho de Parto: Revisão Scoping

Ana Sofia Martins¹

<https://orcid.org/0009-0009-0642-9071>

Maria João Freitas²

<https://orcid.org/0000-0003-3248-2326>

¹ Enfermeira no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital de Cascais, Mestranda no Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal

² PhD, Professora Adjunta na ESEL, Departamento Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Investigadora no CINDUR, ESEL, Portugal

Autor de correspondência

Ana Sofia Martins

E-mail: anasofiaharbosafreia@campus.esel.pt

Recebido: 00.00.2023 (A preencher pela equipa editoria)

Aceite: 00.00.2023 (A preencher pela equipa editoria)

Introdução

A medicalização do parto resultou em alterações na assistência, confinando a grávida ao leito e condicionando-a na assunção plena do papel de protagonista no seu trabalho de parto (TP). A mobilidade (capacidade de mover-se livremente) e posicionamentos (verticais ou horizontais) assumidos espontaneamente pelas parturientes, revelam benefícios materno-fetais, promovendo o parto natural e prevenindo desvios da normalidade do TP.

Objetivo

Mapear a evidência científica publicada sobre a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no TP.

Métodos

Revisão Scoping, realizada em três bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete e MEDLINE Complete, para dar resposta à questão de pesquisa “Qual a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto?” formulada recorrendo à mnemónica PCC - População (parturientes), Conceito (mobilidade e posicionamento) e Contexto (TP). Identificaram-se 41 artigos, excluíram-se duplicados, após leitura dos títulos e resumos selecionaram-se 5 artigos para leitura integral, 3 respondiam à questão proposta; incluíram-se ainda 3 artigos obtidos através de outras fontes de informação, perfazendo um total de 6 artigos.

Resultados

Na análise dos artigos emergiram duas categorias de resultados influenciados pelo posicionamento e mobilidade da grávida no TP: Resultados maternos com seis subcategorias (Duração do 1º e 2º estágio do TP; Dor; Tipo de parto; Resultado perineal; Satisfação; Complicações); Resultados fetais/neonatais, com três subcategorias (Posicionamento fetal, Bem-estar fetal e Índice de Apgar). Destacam-se a diminuição da duração do TP, aumento de partos eutócicos, melhores resultados perineais, traçados cardíacos fetais normais, diminuição da dor sentida e consequentemente uma experiência de parto mais satisfatória.

Conclusão

A mobilidade e posicionamento da parturiente concorrem para a favorável progressão do TP. Cabe ao enfermeiro obstetra promover a liberdade de movimentos e orientar a parturiente para os posicionamentos adequados à fase do TP em que se encontra.

Palavras-chave

Grávida, Movimento, Posicionamento do Paciente, Trabalho de Parto.

Bibliografia

1. Prada F, Rafael M. Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In: Nené M, Marques R, Batista MA, editors. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.; 2016. p. 368–75.
2. Liu LP, Chen JH, Yang ZJ, Zhu J. Corrective effects of maternal extreme flexure and hip abduction combined with contralateral side-lying on persistent foetal occipito-



Resumo

posterior position. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2024 Oct 15];24(5). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12663>

3. Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X. Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Sep 25 [cited 2024 Oct 15];29(17–18):3154–69. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15376>

Mobility and Positioning of Pregnant Women in Labor: Scoping Review

Ana Sofia Martins¹

 <https://orcid.com/0009/0009/0662/9071>

Maria João Freitas²

 <https://orcid.org/0000/0003/3248/2326>

¹ Nurse at Delivery Unit and Obstetric and Gynecological Emergency Service at Hospital de Cascais, Master's student in the Master's Degree in Maternal Health and Obstetric Nursing, attending the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal

² PhD, Adjunct Professor at ESEL, Maternal Health and Obstetric Nursing Department, Researcher at CINDUR, ESEL, Portugal

Corresponding author:

Ana Sofia Martins

E-mail: anasofiahschofreitas@campus.esel.pt

Received: 00.00.2023 (To be added by editorial staff)

Accepted: 00.00.2023 (To be added by editorial staff)

Introduction

The medicalization of childbirth resulted in changes in care, confining pregnant women to bed and conditioning the assumption of the role of protagonist during labor. Mobility (ability to move freely) and positioning (vertical or horizontal) spontaneously assumed by women in labor reveal maternal-fetal benefits, promoting natural birth and preventing deviations from normal labor.

Objective

To map the published scientific evidence on the influence of mobility and positioning of pregnant women during labor.

Methods

Scoping review, carried out in three databases: Academic Search Complete, CINAHL Complete and MEDLINE Complete, to answer the research question "What is the influence of the pregnant women's mobility and positioning during labor?" formulated using the PCC mnemonic - Population (pregnant women), Concept (mobility and positioning) and Context (labor). 41 articles were identified, duplicates excluded, after reading the titles and abstracts, 5 articles were selected for full reading, of which 3 answered the proposed question; 3 more articles obtained from other sources of information were included, making a total of 6 articles.

Results

From the analysis of the articles, two categories of results emerged influenced by the positioning and mobility of pregnant woman during labor: Maternal results with six subcategories (Duration of the 1st and 2nd stage of labor; Pain; Type of delivery; Perineal outcome; Satisfaction; Complications); Fetal/neonatal results, with three subcategories (Fetal positioning, Fetal well-being and Apgar score). A shorter duration of labor, increasing of normal births, better perineal outcomes, normal fetal heart rates and lower levels of pain resulting in better delivery experiences stand out.

Conclusion

The mobility and positioning of pregnant women contributes to favorable progression of labor. It is up to the nurse-midwife to encourage freedom of movement and guide pregnant women in selecting appropriate positions for the stage of labor she is in.

Keywords

Pregnant Women, Movement, Patient Positioning, Labor.

Bibliography

1. Prada F, Rafael M. Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In: Nené M, Marques R, Batista MA, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.; 2016. p. 368-75.
2. Liu LP, Chen JH, Yang ZJ, Zhu J. Corrective effects of maternal extreme flexure and hip abduction combined with contralateral side-lying on persistent foetal occipito-



Abstract

posterior position. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2024 Oct 15];24(5). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12663>

3. Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X. Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Sep 25 [cited 2024 Oct 15];29(17–18):3154–69. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15376>

Apêndice VII – Póster “Mamoplastia e o (in)sucesso da amamentação”

MAMOPLASTIA E O (IN)SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO

- Revisão Integrativa da Literatura -

Ana Catarina Geraldo¹⁾ | Ana Sofia Martins¹⁾ | Joana Cordeiro¹⁾ | Raquel Ruas¹⁾ | Maria João Freitas²⁾ | Helena Presado²⁾

1) Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ESEL

2) PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR, ESEL

INTRODUÇÃO

As mamoplastias têm sido apontadas como um dos condicionantes da produção láctea, uma vez que podem alterar a condição e integridade do funcionamento da mama, dificultando ou mesmo impedindo o aleitamento materno (AM)¹.

A decisão de amamentar é pessoal, sujeita a muitas influências resultantes da socialização de cada mulher, pelo que, neste enquadramento, assume especial relevância o acompanhamento e apoio proporcionado pelos profissionais de saúde para a promoção da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida^{2,3}, nomeadamente pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Palavras-Chave: Amamentação, Mamoplastia de Aumento e/ou Redução, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

METODOLOGIA

Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

Objetivo Geral

- Identificar as intervenções do EEESMO na promoção da amamentação na mulher submetida a mamoplastia;
- Identificar os fatores condicionantes ao AM nas mulheres submetidas a mamoplastia

Questão de investigação⁴

Quais as intervenções do EEESMO na mulher submetida a mamoplastia para o sucesso da amamentação?

Critérios de Inclusão

Mulheres submetidas a mamoplastia; Estudos publicados entre 2017 até 2022, quantitativos e/ou qualitativos, disponibilizados em texto integral

Termos Indexados (DeCs)

Breastfeeding, Mammoplasty, Lactation

Base de Dados

B-On; EBSCO (CINAHL e MEDLINE Complete)



RESULTADOS

A mamoplastia de aumento é a cirurgia mais praticada a nível mundial, sendo que a mamoplastia de redução ocupa o oitavo lugar⁷.

A influência dos fatores biopsicossociais reflete-se nos cuidados de saúde, sendo a causa primordial na tomada de decisão em realizar uma mamoplastia, bem como na vivência do processo de amamentação^{5,6}.

Após a análise dos artigos, verificaram-se as seguintes condicionantes para o sucesso da amamentação na mulher com mamoplastia:

Insuficiência da lactação

- Danos dos ductos^{1,8,9,10}
- Tecido glandular insuficiente^{9,11}
- Lesão dos ramos laterais e mediano do quarto nervo intercostal^{9,11}

Desmame precoce

- Ideal de Beleza do Corpo da mulher^{5,6}
- Desconhecimento dos benefícios e importância do AM^{12,13,14}
- Falta de formação específica em AM e suporte dos profissionais de saúde^{15, 14, 16,17}

Técnica cirúrgica^{9,11}

- Incisões periareolares apresentam maior probabilidade de produção láctea insuficiente
- Incisões inframamárias apresentaram maiores taxas de AM exclusivo

INTERVENÇÕES DO EEESMO^{18,19}



Informar sobre possíveis complicações da amamentação em mulheres com mamoplastia



Promover o aleitamento materno, aconselhar e apoiar a mulher na sua decisão



Planear, implementar projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno



Incentivar a gestão de expectativas relativamente ao aleitamento materno



Implementar e avaliar medidas corretivas no processo de aleitamento materno nas mulheres com mamoplastia



Colaborar com a equipa multidisciplinar (Centro de Saúde; SOS amamentação; Ajuda de Mãe; etc.) no encaminhamento da puérpera

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado desta RIL, verificou-se a inexistência de fatores que contraindiquem o AM após realização de uma mamoplastia. No entanto, existem alguns condicionantes ao sucesso do AM, nomeadamente a técnica cirúrgica utilizada, que pode causar alterações na estrutura mamária e/ou diminuição da produção láctea¹³.

As principais causas do insucesso da amamentação na mulher com mamoplastia relacionam-se essencialmente com a falta de suporte profissional relativamente ao AM e à desinformação relativamente à temática, pelo que a intervenção do EEESMO pode ser fundamental, para potenciar o sucesso do AM, nestas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice VIII – Folheto “Liberdade de Movimentos”

“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a maneira de nascer”

Michel Odent

PROCURE AJUDA ESPECIALIZADA JUNTO DO SEU
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
PARA ALCANÇAR UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO
POSITIVA!



Folheto desenvolvido no âmbito do
Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica

Mestranda: Ana Sofia Martins
Docente Orientador: Maria João Freitas

Referências Bibliográficas



LIBERDADE DE MOVIMENTOS



LIBERDADE DE MOVIMENTOS

O QUE É ?

Pode ser entendida pela mobilidade e diferentes posicionamentos que a grávida adota durante o trabalho de parto, dando preferência a posições verticalizadas^{1,2}.

VANTAGENS

- Diminuição da duração do período de dilatação e período expulsivo;
- Contrações uterinas mais eficazes;
- Maior tolerância e melhor gestão da dor;
- Alteração das dimensões da bacia, facilitando a passagem do bebê;
- Participação ativa da grávida e sensação de controlo de si mesma³;
- Adaptação à vida extrauterina mais eficaz^{4,5,6,7,8,9}.

Durante a gravidez as articulações tornam-se mais elásticas, permitindo que a bacia se adapte à passagem do bebê durante o trabalho de parto^{10,11,12,13}.

EXERCÍCIOS SUGERIDOS

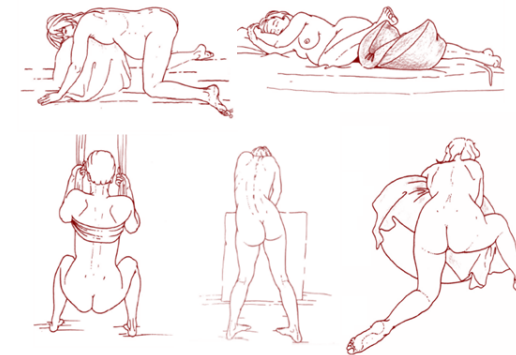
FASE INICIAL DO TRABALHO DE PARTO

Objetivo: "abrir" espaço na região superior da bacia.



FASE FINAL DO TRABALHO DE PARTO

Objetivo: "abrir" espaço na região inferior da bacia.



COMBINE OS DIFERENTES EXERCÍCIOS E POSIÇÕES COM MOVIMENTOS:

Circulares



Para a frente e para trás



Laterais



De "infinito"



LIBERDADE DE MOVIMENTOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker, K. (2020). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492–497.
2. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
3. Amaral, A. P. do, & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades das Parturientes. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400–406). Lidel - Edições Técnicas Lda.
4. Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 208, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
5. Ferrão, A. C. C., & Zagão, M. O. B. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 886–900.
6. Kibuka, M., Price, A., Onakpoya, I., Tierney, S., & Clarke, M. (2021). Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. In *European Journal of Midwifery* (Vol. 5, pp. 1–14). European Publishing. <https://doi.org/10.18332/EJM/142781>
7. Mamede, F. V., Almeida, A. M. de, & Clapis, M. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(2), 295–302.
8. Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 11(2), 331–336.
9. Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Maternidade com Qualidade: Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Folheto desenvolvido no âmbito do

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

LIBERDADE DE MOVIMENTOS

10. Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento. Las moviidades de la pelvis en el parto (1ª)*. La Liebre de Marzo.
11. Calais-Germain, B., & Vives, N. (2010). La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Prof.* 11(1), 18-25.
12. Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. de. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lidel - Edições Técnicas Lda.
13. Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. D. (2014). Parte I: Anatomia Clínica. In *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote (6ª)*, pp. 1-75). AMGH Editora Ltda.

Apêndice IX – Planejamento da Sessão de Educação para a Saúde

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE¹

DATA: 19 DE JANEIRO DE 2024 | HORA: 14:30H - 16:30H

TEMÁTICA	Liberdade de Movimentos
FORMADORA	Ana Sofia Martins
ORIENTADORA CLÍNICA	
DOCENTE ORIENTADORA	Maria João Freitas
DESTINATÁRIOS	Grávidas/Casais ou Pessoa Significativa a frequentar o Curso de Preparação para o Nascimento
OBJETIVO	GERAL
	Informar sobre a Liberdade de Movimentos como estratégia não farmacológica de alívio da dor, favorecedora do processo fisiológico do TP e de uma experiência de parto positiva.
	ESPECÍFICOS
	Que as grávidas/casais ou pessoa significativa sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">– Identificar as vantagens da Liberdade de Movimentos;– Identificar a Liberdade de Movimentos como estratégia não farmacológica de alívio da dor;– Identificar movimentos e posicionamentos a adotar nas diferentes fases do trabalho de parto (TP);– Relacionar a Liberdade de Movimentos com a Experiência de Parto Positiva.
MATERIAIS E RECURSOS	Sala com cadeiras, Computador, Projetor, <i>Webcam</i> , Plataforma <i>Teams</i> ; Bola de Parto, Colchões
TIPOLOGIA DA SESSÃO	Sessão Teórico-Prática
TIPOLOGIA DE APRESENTAÇÃO	Expositivo e Interativo (com a população-alvo a quem se destina a sessão)

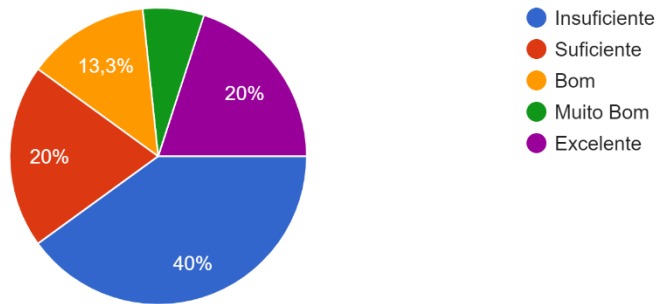
¹ A presente Sessão de Educação para a Saúde, incluída no Curso de Preparação para o Nascimento (1/2024), integra a 8ª sessão de um cronograma previamente definido.

PROGRAMAÇÃO DA SESSÃO		
DURAÇÃO PREVISTA: 45 MINUTOS		
TEMA	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	TIPOLOGIA
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivos; – Contextualização da Temática; 	Teórica
Experiência de Parto Positiva	<ul style="list-style-type: none"> – Definição do Conceito; 	Teórica
Liberdade de Movimentos	<ul style="list-style-type: none"> – Definição do Conceito; – Vantagens da Liberdade de Movimentos; – Movimentos e Posicionamentos favorecedores do TP; 	Teórico-Prática
Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor	<ul style="list-style-type: none"> – Definição do Conceito; – Liberdade de Movimentos como Estratégia Não Farmacológica do Alívio da Dor; – Técnicas de conforto durante o TP; 	Teórico-Prática
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> – Relacionar a Liberdade de Movimentos com a Experiência de Parto Positiva; – Incentivar a participação ativa da grávida/casal ou pessoa significativa no processo de TP; 	Teórica
Comunicação Livre	<ul style="list-style-type: none"> – Esclarecimento de dúvidas; – Partilha de experiências; 	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> – Questionário <i>on-line</i>, através do <i>Google Forms</i>, disponibilizado aos participantes através da aplicação <i>WhatsApp</i>. 	

Apêndice X – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

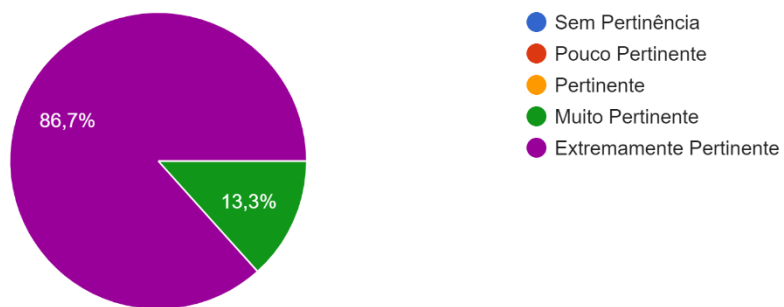
Como classificaria o seu conhecimento sobre estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto antes de assistir à sessão?

15 respostas



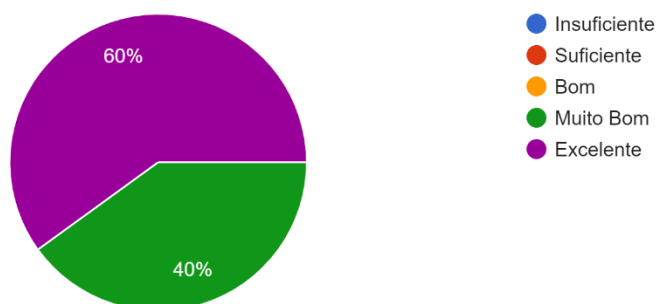
Considera a temática "Estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto" pertinente para o Curso de Preparação para o Nascimento?

15 respostas



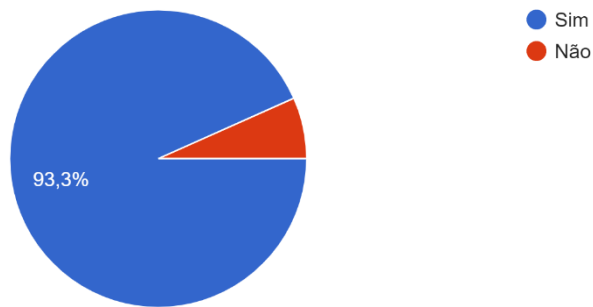
Como classifica o conteúdo da sessão em que foi abordada a temática "Estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto"?

15 respostas



Pondera utilizar alguma das estratégias abordadas na sessão?

15 respostas



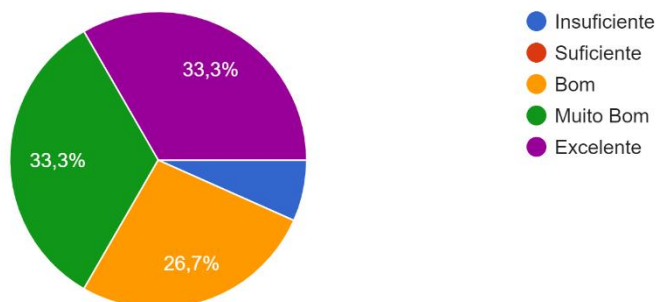
Se respondeu "Sim" na questão anterior, qual(is) a(s) estratégia(s) que pondera utilizar?

12 respostas

- Música, Visualização, Movimento, Adopção de diferentes posições, banho quente.
- O uso da bola, do duche e outros exercícios
- Respirações, massagem, música, hidroterapia
- Respiração , Massagem
- Os exercícios com a bola de pilates
- Exercícios com a bola, massagem e calor.
- Possivelmente todas.
- Todos
- A dos lençóis, achei interessante não conhecia
- Quase todas, mas prioritariamente, musicologia, respiração, movimento livre e visualização
- Exercícios, duche, música
- Música; liberdade mobilidade da grávida

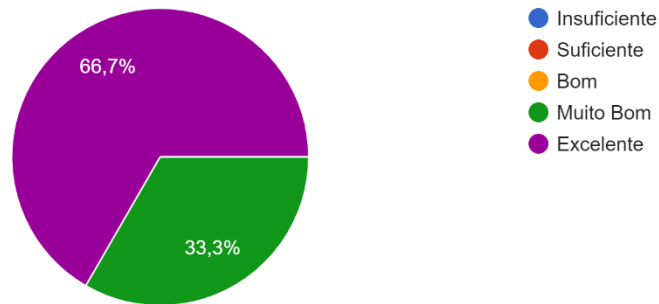
Como classifica a duração da sessão?

15 respostas



Como classifica a formadora (Ana Sofia Martins) na sessão em que foi abordada a temática "Estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto"?

15 respostas



Sugestões de Melhoria / Comentários

4 respostas

Muito obrigada pela sessão!

Continua assim, está a fazer um ótimo trabalho. Parabéns

Estava muito interessante, nem tinha muitas perguntas porque o essencial foi abordado na sessão obrigada

Apêndice XI – Planeamento da Sessão de Formação “Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva”

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

- CONTEXTO DE BLOCO DE PARTOS -

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

DATA: 17 DE MAIO DE 2024 | HORA: 15:30H - 16:30H

TEMÁTICA	Cuidar na Liberdade de Movimentos: uma experiência de parto positiva
FORMADORA	Ana Sofia Martins
ORIENTADORA CLÍNICA	
DOCENTE ORIENTADORA	Maria João Freitas
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros/as Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermeiros/as de Cuidados Gerais e Equipa Médica de Obstetrícia e Ginecologia a exercer funções nos serviços de Bloco de Partos, Internamento de Medicina Materno-fetal, Obstetrícia e Consulta Externa do
OBJETIVO	GERAL
	Promover a reflexão sobre a liberdade de movimentos e a sua aplicação na prática clínica por forma a influenciar a experiência de parto das mulheres/casais alvo dos nossos cuidados.
	ESPECÍFICOS
	<ul style="list-style-type: none">- Divulgar os resultados da Revisão <i>Scoping</i> sobre a mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto;- Divulgar o projeto individual e estudo de investigação a implementar no contexto clínico de Bloco de Partos;- Explicitar os conceitos fundamentais da temática (liberdade de movimentos, mobilidade pélvica e experiência de parto positiva);- Identificar as vantagens da Liberdade de Movimentos no 1º e 2º estágio do TP;

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

- CONTEXTO DE BLOCO DE PARTOS -

- | -

	<ul style="list-style-type: none">- Diferenciar movimentos e posicionamentos a adotar nas diferentes fases do TP;- Relacionar a Liberdade de Movimentos com a Experiência de Parto Positiva;- Refletir sobre o cuidar do EEESMO na Liberdade de Movimentos e o seu contributo para o alcance de uma Experiência de Parto Positiva.
MATERIAIS E RECURSOS	Sala com cadeiras, Computador, Projetor, Bola(s) de Parto, Colchão, Lençol/Rebozo
TIPOLOGIA DA SESSÃO	Sessão Teórico-Prática
TIPOLOGIA DE APRESENTAÇÃO	Expositivo e Interativo

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

- CONTEXTO DE BLOCO DE PARTOS -

- | -

PROGRAMAÇÃO DA SESSÃO

DURAÇÃO PREVISTA: 60 MINUTOS

TEMA	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	TIPOLOGIA
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos; - Contextualização da Temática - apresentação dos resultados da Revisão <i>Scoping</i>; 	Teórica
Projeto Individual e Estudo de Investigação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto individual e estudo de investigação: <ul style="list-style-type: none"> * Objetivo geral; * Tipo de estudo; * Colheita de dados; 	Teórica
Experiência de Parto Positiva	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do Conceito; 	Teórica
Liberdade de Movimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do Conceito; - Vantagens da Liberdade de Movimentos; 	Teórico-Prática
Mobilidade Pélvica	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do Conceito; - Movimentos e Posicionamentos favorecedores do TP; 	Teórico-Prática
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionar a Liberdade de Movimentos com a Experiência de Parto Positiva; - Incentivar o <i>suporte contínuo</i>¹ às parturientes; 	Teórica
Comunicação Livre	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Partilha de experiências; 	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário <i>on-line</i>, através do <i>Google Forms</i>. 	

¹ relação terapêutica intencional entre o EEESMO e a grávida, no sentido de promover a vivência positiva do trabalho de parto (Salus, 2004, cit. por Amaral & Martins, 2016).


Amaral, A. P. do, & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades das Parturientes. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 400-406). Lidel- Edições Técnicas Lda.

Apêndice XII – Apresentação da Sessão de Formação “Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva”

CUIDAR NA LIBERDADE DE MOVIMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

ANA SOFIA BARBOSA FARIAS MARTINS

PROF. ORÇANOLDA MOTA JACÓ FERREI
1º CURSO DE MÉTODOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E CEBÉTRICA

 17 de Maio de 2024

1

OBJETIVO

Promover a reflexão sobre a liberdade de movimentos e a sua aplicação na prática clínica por forma a influenciar a experiência de parto das mulheres/casais alvo dos nossos cuidados.

2



3

REVISÃO SCOPING

"A MOBILIDADE E POSICIONAMENTO DA GRÁVIDA NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO SCOPING"

- A1 A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor.
- A2 Comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position.
- A3 Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study.
- A4 Correlative effects of maternal extreme flexure and hip abduction combined with contralateral side-lying on persistent foetal occipito-posterior position.
- A5 Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis.
- A6 Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial.

Bueno Lopez et al., 2018; Huang et al., 2015, 2020; Lu et al., 2018; Tang et al., 2020; Thangjai et al., 2018

4

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS			
CATEGORIA DE RESULTADO	SUBCATEGORIA DE RESULTADO	ARTIGO	
Relacionamento Materno	1º estágio do TP	Decúbito Lateral	A6 A6
		Cóccix	A7
	2º estágio do TP	Decúbito Lateral	A7 A8
		Litotomia / litotomia	A7 A8
		Quatro Apólos	A7 A2
		sentada	A7
Duração do 1º e/ou 2º estágio do TP	Diminuição do 1º estágio do TP	A6	
	Diminuição do 2º estágio do TP	A7 A4 A5	
Posicionamento fetal	Posicionamento materno promove a rotação espontânea da posição occipito-posterior para occipito-anterior	A7 A4 A6	
Tipo de Parto	Aumento da taxa de partos eutócicos	A6	
	Diminuição da taxa de partos distócicos - instrumentados	A6 A5	
	Diminuição da taxa de partos distócicos - CST	A6	
	Aumento da taxa de partos vaginais (sem diferença significativa no tipo de parto)	A6	

5

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS		
CATEGORIA DE RESULTADO	SUBCATEGORIA DE RESULTADO	ARTIGO
Resultado perineal	Aumento da taxa de perineos íntegros	A1 A2 A3 A6
	Aumento da taxa de lacerações de primeiro grau	A1 A2 A6
	Diminuição da taxa de lacerações de segundo grau	A1 A2
	Diminuição da taxa de episiotomias	A1 A2 A6
	Diminuição da taxa de lacerações de terceiro e quarto grau	A1 A6
Resultados fetal/ neonatais	Posicionamento materno como fator protetor a nível perineal	A1 A2 A6
	Não se verificam alterações no Índice de Apgar	A1 A6
Resultados maternos	Não se verificam alterações no Índice de Apgar	A2 A6 A6
	Diminuição da sensação de dor percebida	A7 A6
Satisfação materna	Não se verificam alterações significativas na HPP	A2 A4 A6
	Aumento do uso de HPP em posições verticalizadas	A1
	Aumento da sensação de autoeficácia sentida pelas parturientes	A1
Satisfação materna	Não se verificam alterações significativas	A6

6

INFLUÊNCIA DA DINÂMICA CORPORAL	
OBSTÉTRICO	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição da duração do 1º e 2º estágio de TP; Menor eficácia das contrações uterinas e menor necessidade de recorrer a uterotônicos; Menor tolerância e melhor gestão da dor; Alteração das dimensões pélvicas, facilitando o encaixe, descida e rotação espontânea da cabeça fetal; Menor ocorrência de partos distócos; Ocorrência ou não de traumatismo perineal.
MATERNO	Participação ativa da grávida e sensação de controle de si mesma.
FETAL	<ul style="list-style-type: none"> Favorecimento da perfusão útero-placentar, promovendo traçados cardíacos fetais normais; Adaptação mais eficaz à vida extrauterina.

13

LIBERDADE DE MOVIMENTOS

IMPULSIONADORA DAS VANTAGENS DAS POSIÇÕES VERTICALIZADAS

MOBILIDADE	POSICIONAMENTO
Referente a andar e movimentar-se livremente.	Referente aos posicionamentos adotados: decúbito dorsal, decúbito lateral, posição de litomia, sentada, quatro apoios, de cócoras ou de pé.

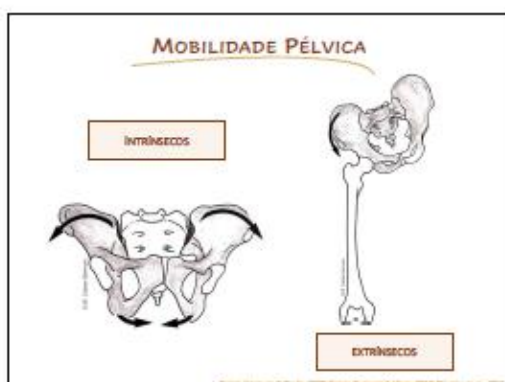
14



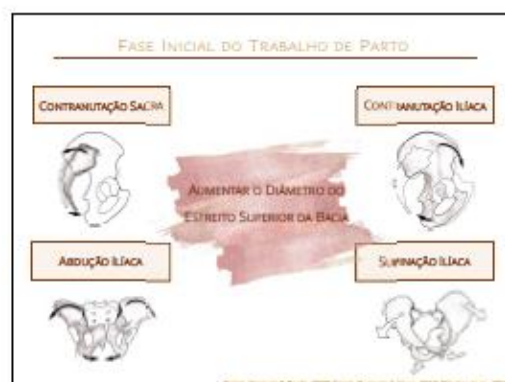
15



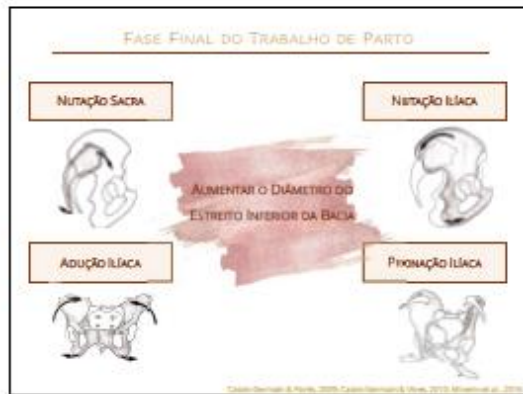
16



17



18



19



20



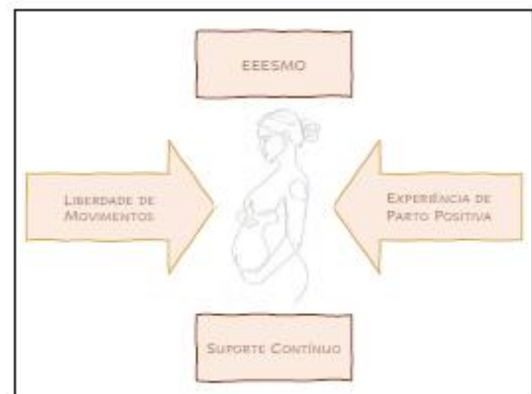
21



22



23



24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Saito K. (2020) Midwives should support women in mobility during labour. *BMC Journal of Midwifery*, 16(2), 452-457.
- Shi F., Nelson K. S., & Zupalla M. (2008) Influência da mobilidade materna no desfecho de fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Obstetrical e Ginecologia*, 30(11), 471-476.
- Sillis M., Lantieri L., & Deamer M. (2019) Management of the passive phase of the second stage of labour in nulliparous women: a systematic literature review. *Midwifery*, 75, 85-96. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.011>
- Sison-Lopez V., Francisco-Ballego C., Castañeda-Carr M., Velazquez-Serrano A. M., Cepeda-Berros C., Olvera-Cordero A. M., Alcaraz-Ojeda C., Zamora-Fernandez M., Carrasco E., & Treviño-Rodriguez C. (2023) Efficacy of the modified Sims maternal position in the resolution of persistent occiput posterior position during labor: a randomized clinical trial. *Birth*, 50(4), 180-182. <https://doi.org/10.1111/birt.12367>
- Cabelo-Germán, S., & Parra, A. V. (2008) Parto en movimiento. Las modalidades de la partera en el parto (2a). La Unión de Madrid.
- Cabelo-Germán, S., & Parra, A. V. (2010) La movilidad de la partera en el parto. *Matronas Prof.*, 7(11), 18-25.
- Campbell P., Buckton M., & Skuse D. M. J. (2016) How does delivery method influence babies that contribute to research: children's experiences? *Midwifery*, 43, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>
- Capello, M. E., & Braggman, C. M. (2008) PERIPARAL MOVEMENT PERCEPTION ON VERTICAL AND HORIZONTAL DELIVERIES. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(2), 153-155. <https://doi.org/10.1016/j.rle.2007.09.001>
- De Jong, A., & Lager-Jensen, A. L. M. (2004) Sitting position: A qualitative study into the views of women about various sitting positions. *Journal of Physiotherapy, Obstetrics and Gynaecology*, 26(2), 47-50. <https://doi.org/10.1080/0144342041000173102>
- Demerouti E., Nardou, L., Lantieri, L., & Parra, A. V. (2017) Position for labor and birth: State of knowledge and international comparisons. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology*, 205, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.ejog.2016.11.006>
- Mendes, A. C. C., & Zaglio, M. D. S. (2017) *Estado de Mobilização e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto*. *Revista Brasileira de Saúde e Enfermagem*, 32(1), 88-92.
- Norris, M. A., CMAJ, & Parra, A. V. (2008) Fundamentos e aspectos práticos de investigação. *LUDOVICUS*.
- Ogas, L. M. (2017) *Matrões: Memórias Para Além*.
- Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Peng, J., Ren, L., & Ding, Y. (2021) Comparison of perinatal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 2876-2891. <https://doi.org/10.1111/jocn.15059>
- Huang, J., Ding, Y., Ren, L., Lu, H., & Jia, H. (2018) A review and comparison of common maternal positions during the second stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 465-467. <https://doi.org/10.1016/j.ijns.2018.06.007>

25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONTINUAÇÃO -

- Liu, L., Jiang, Chen, J., Hong, Yang, Z., Jiao, & Zhu, J. (2018) Corrective effects of maternal external force and hip abduction combined with conventional sitting on persistent fetal occiput posterior position. *International Journal of Nursing Practice*, 24(5). <https://doi.org/10.1111/inj.12483>
- Luederwaldt, D., Li, Perry, S. S., Goshin, K., Kim, K. R., & Oshibami, E. F. (2021) Cálculo no enfermeiro materno-infantil (2a). *Atas Científicas de Saúde*.
- Marante, P. V., Almeida, A. M. de, & Cláudio, M. J. (2006) *Mobilização/posicionamento no trabalho de parto: uma revisão*. *Atas Científicas de Saúde*, 24(2), 295-300.
- Marante, P. V., Almeida, M. A., & Duarte, L. M. S. (2007) Reflexões sobre a identificação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Revista Avulsos de Enfermagem*, 1(2), 351-356.
- Mariani, A., Sato, R., Carrasco, V., & Souza, C. de. (2019) A Posição de Mulher no Trabalho de Parto. In M. Mend, S. Marques, & M. A. Salles (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 329-342). Lidel: Editora Devine Ltda.
- Hildebrandt, M. J., de Jong, A., Kragtens, I., Buis, L., & Lager-Jensen, T. L. M. (2013) Influence on sitting position affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(7). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>
- Oliveira T. de C., Zhou, A. L., de, Oliveira, J. F. de T., Pereira, E. de A. C., & Tavares, M. C. E. F. (2016) A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA À LUZ DA TEORIA DO CUIDADO DE BERTIN SWANBERG. *Enfermagem Praxis*, 3(2), 2-6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017) *Manuais de Qualidade*. Instituto de Qualidade de Parto: da vida e do médico residente. https://www.ordemdosenfermeiros.pt/IMG/pdf/Manual_QM_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018) *Regulamento das competências específicas de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Pratic. 86). Regulamento n.º 30/2018, In Diário da República, 3a série - II, n.º 89 (Regulamento n.º 30/2018). <https://www.ordemdosenfermeiros.pt/medias/15/001/3003/3003.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021) *Protocolos de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Parra, M. D., Goffrey, C., Millerney, P., Moore, Z., Tinto, A. C., & Kaur, H. (2020) Chapter 11: Sighting evidence. In *36 Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.48688/36MMS-2012>
- Parra, S. D., Ts, J., Beck, A. T., & Jones, S. D. (2014) *Parto I: Anatomia Clínica*. In *Tratado de Parto e Parto de Cesário e Parto (2a ed., pp. 1-78)*. AMBIO Editora Ltda.

26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONTINUAÇÃO -

- Parra, J. (2016) *Onze Filhos*. In M. Mend, S. Marques, & M. A. Salles (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 13-16). Lidel: Editora Devine Ltda.
- Swanson, K. M. (1995) *Working as a Different Kind of Well-being of Nurses*. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(6), 302-307.
- Swanson, K. M. (2017) *Kristen Swanson's Theory of Caring*. In M. C. Smith & M. T. Parke (Eds.), *Nursing Theories & Nursing Practice* (3rd ed., pp. 103-133). F. A. Davis Company.
- Viana, M. S., & Proenca, C. B. (2017) *Mobilização sobre posições maternais em um hospital para melhorar os resultados perinatais*. *Matronas Prof.*, 16(2), 80-86.
- World Health Organization. (1996) *Case In Normal Birth: a practical guide*.
- World Health Organization. (2016) *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Huang, J., Lu, H., Zhao, T., Huang, J., Ren, L., & Li, X. (2022) Effects of flexible maternal positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 29, pp. 3794-3819. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.15378>
- Zhang, H. T., Shi, B., Zhao, H. N., Lu, Y. J., Chen, M., Li, Y., Wu, J. Q., Huang, L. H., Zhou, K. J., Yang, Y. H., Zhang, X. L., Zhou, S. Y., Sun, R. P., Li, J., & Gu, W. Z. (2018) Comparing maternal and neonatal outcomes between lateral and lithotomy delivery position and supine position. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(2), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.ijns.2018.06.002>
- Instagram T. https://www.instagram.com/p/CT19k7120Z3/?img_index=1

27



28

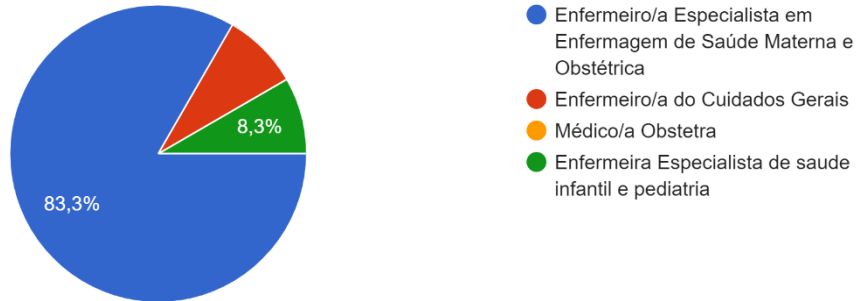


29

Apêndice XIII – Avaliação da Sessão de Formação “Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva”

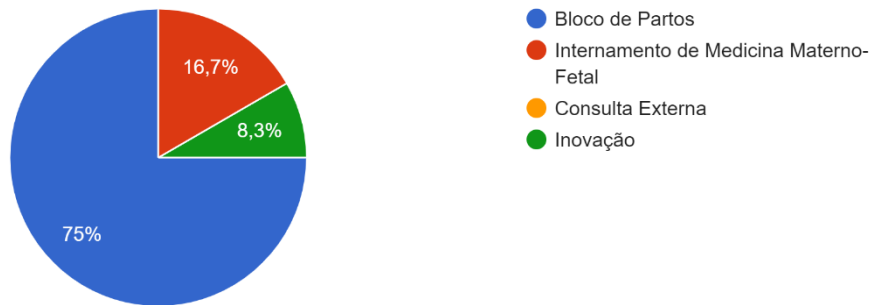
Classe profissional

12 respostas



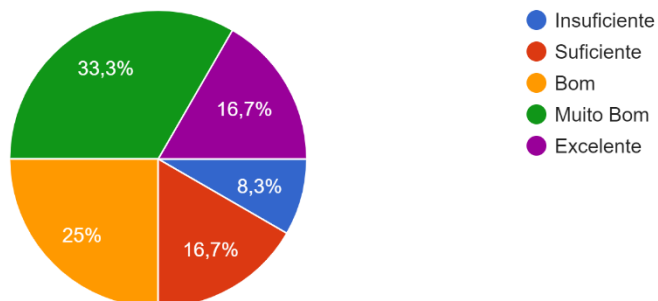
Serviço

12 respostas



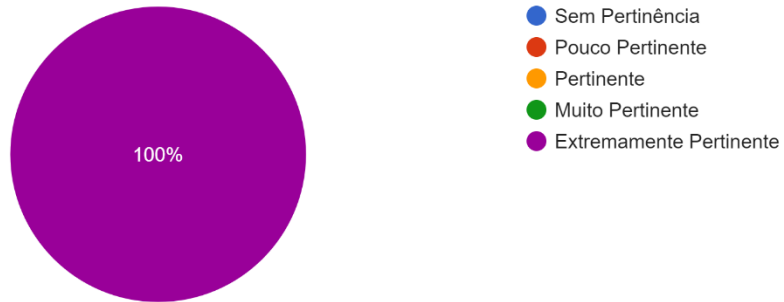
Como classificaria o seu conhecimento sobre a temática "Liberdade de Movimentos", antes de assistir à sessão?

12 respostas



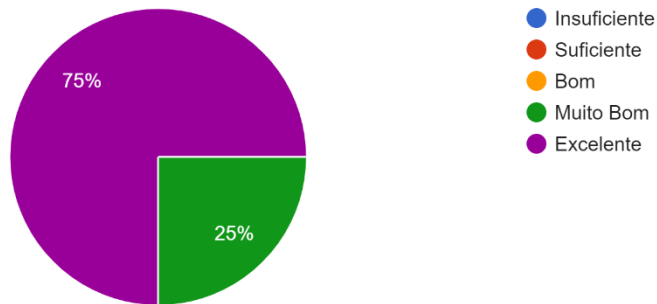
Como classifica a pertinência da temática "Liberdade de Movimentos" para os profissionais de saúde envolvidos na assistência à grávida em TP?

12 respostas



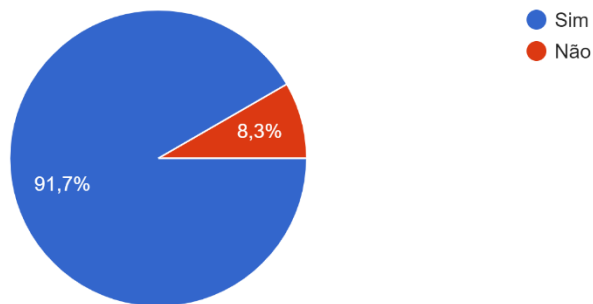
Como classifica o conteúdo da sessão "Cuidar na liberdade de movimentos: uma experiência de parto positiva"?

12 respostas



Considera sugerir, na sua prática clínica, algum dos exercícios de mobilidade pélvica abordados na sessão?

12 respostas



Se respondeu "Sim" na questão anterior, qual(is) considera sugerir?

9 respostas

Todos

Todos os sugeridos na apresentação

Todos, dependendo da grávida e do estágio do TP

De acordo com o estágio/evolução do TP todas as posições abordadas são colocadas em prática

Todos os apresentados adequados a situação da Mulher

Pronação é rotação ilíaca

Com base na sua experiência profissional, e após a presente sessão, em que medida considera que a liberdade de movimentos contribui para uma experiência de parto positiva?

12 respostas

Muito importante e extremamente pertinente

Fundamental

Permite o envolvimento da mulher no seu trabalho de parto, favorecendo a sua liberdade, conforto e liberdade de decisão.

E fundamental. Por as grávidas em movimento

Facilita o Parto, dando mais liberdade e mobilidade à mulher, potenciando outcomes mais positivos.

Facilitador de todo o processo de trabalho de parto

Toda a pertinência

É sempre importante renovar/relembrar informações e conceitos

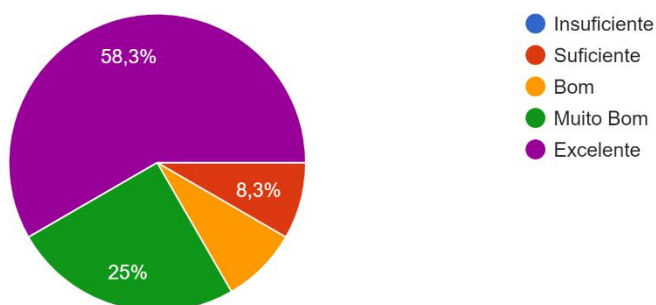
E muito importante

A liberdade de movimentos permite a movimentação da grávida, ajudando desta maneira a adoção de posições que facilitem a descida do bebé para o canal vaginal.

Contribui em tudo para uma experiência de parto positiva.

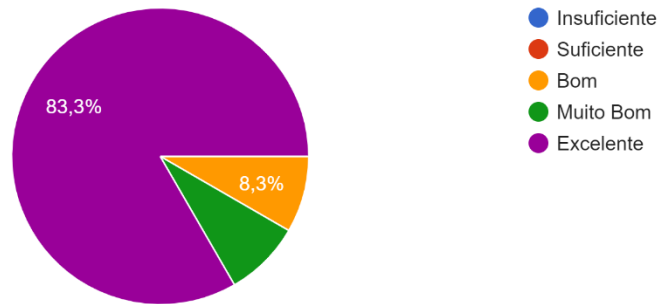
Como classifica a duração da sessão?

12 respostas



Como classifica a formadora (Ana Sofia Martins) na sessão de formação "Cuidar na Liberdade de Movimentos: uma experiência de parto positiva"?

12 respostas



Comentários / Sugestões de melhoria 3 respostas

Espetacular! Parabéns Sofia!

Sem palavras!!!

Excelente apresentação com domínio do tema em questão.

Apêndice XIV – Relatório da Análise de Dados Quantitativos

1- Caracterização sociodemográfica da amostra

A média de idade das participantes foi de 31,75 anos e o Desvio padrão (DP) de 4,932, sendo a idade mínima de 20 anos e a máxima de 40 anos.

Quanto à escolaridade, 37,5% (N=12) detinha o Ensino Secundário, 31,25% (N=10) eram licenciadas, 21,875% (N=7) tinham o grau de Mestre e apenas 9,375% (N=3) o Ensino Básico.

Quanto à nacionalidade 43,75% (N=14) tinham nacionalidade portuguesa. Cerca de 15,625% (N=5) eram provenientes de outros países europeus, 21,875% (N=7) de países da América do Sul, 12,5% (N=4) de países africanos e 6,25% (N=2) de países asiáticos.

Estatística Descritiva					
	N	Mínima	Máxima	Média	DP
Idade	32	20	40	31.75	4,932

Nacionalidade		
	N	%
Portuguesa	14	43,750%
Europeia	5	15,625%
Africana	4	12,500%
Asiática	2	6,250%
Sul-Americana	7	21,875%

Escolaridade		
	N	%
Ensino Básico	3	9,375%
Ensino Secundário	12	37,500%
Licenciatura	10	31,250%
Mestrado	7	21,875%

2- Caracterização obstétrica da amostra

No que diz respeito à paridade, integraram o estudo 22 (F=68,750%) nulíparas, 8 (F=25%) primíparas e 2 (F=6,250%) múltiparas. Quanto à idade gestacional, apenas uma das participantes (3,125%) teve uma gravidez de termo abaixo das 38 semanas, 53,125% (N=17) tiveram uma gravidez entre as 38 e 40 semanas (exclusive) e 43,750% (N=14) uma gravidez entre as 40 e 42 semanas. Constatou-se que quase todas as participantes tiveram acompanhante presente durante o trabalho de parto (N= 31; F=96,875%) e a maioria (N= 19; F= 59,375%) frequentou o CPPP.

O peso dos RN variou entre 2,510 kg e 4,250kg, sendo o peso médio de 3,239kg e o DP de 350,649.

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP

Peso do RN	32	2510	4250	3239,22	350,649
------------	----	------	------	---------	---------

Acompanhante no TP		
	N	%
Não	1	3,125%
Sim	31	96,875%

CPPP		
	N	%
Não	13	40,625%
Sim	19	59,375%

Paridade		
	N	%
Nulípara	22	68,750%
Primípara	8	25%
Multípara	2	6,250%

Idade Gestacional		
	N	%
<38	1	3,125%
>=38 e <39	3	9,375%
>=39 e <40	14	43,750%
>=40 e <41	10	31,250%
>=41 e <42	4	12,500%

3- Caracterização da Gestão da dor

A dor no TP, em particular no primeiro e segundo estágio, foi gerida, pelas parturientes, com recurso a Estratégias Farmacológicas e Não Farmacológicas de alívio da dor.

No que diz respeito à utilização de Estratégias Farmacológicas de alívio da dor apenas 6,250% (N=2) das participantes não efetuaram qualquer tipo de analgesia. Das 30 participantes (F=93,750%) que recorreram a estratégias farmacológicas a maioria optou pela analgesia locorreional (N=28; F=87,500%) e 6,250% (N=2) optou apenas pela analgesia endovenosa.

Quanto ao recurso a Estratégias Não Farmacológicas de alívio da dor, a grande maioria das participantes mobilizou estratégias que se enquadram na categoria da Liberdade de Movimentos (N=31; F=96,875%), como a deambulação, diferentes posicionamentos e utilização de dispositivos de apoio (bola de parto/ amendoim). Apenas

um escasso número de participantes fez uso da Música (N=4; F=12,500%) e da Hidroterapia (N=4; F=12,500%).

Estratégias Farmacológicas de Alívio da Dor		
	N	%
Não	2	6,250%
Analgesia Locorregional	28	87,500%
Analgesia Endovenosa	2	6,250%

Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor - Liberdade de Movimentos			Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor - Musicoterapia		
	N	%		N	%
Não	1	3,125%	Não	28	87,500%
Sim	31	96,875%	Sim	4	12,500%

Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor - Hidroterapia		
	N	%
Não	28	87,500%
Sim	4	12,500%

Intervenção do EEESMO na promoção da liberdade de movimentos no TP e na experiência de parto positiva

* Na promoção da liberdade de movimentos no TP

Para facilitar e assegurar a liberdade de movimentos às participantes no primeiro estágio do TP, concorreram os profissionais de saúde, EEESMO e Médico/a Obstetra, sendo o EEESMO identificado com maior frequência (N=24; F=75%). O Médico/a Obstetra foi identificado apenas por 1 participante (3,125%) e a intervenção conjunta destes profissionais por 21,875% (N=7) das participantes. Nesta fase 100% das participantes sentiram que lhes foi dada, pelos profissionais que as cuidaram, liberdade para se movimentarem de acordo com as suas preferências.

Já no segundo estágio não identificaram isoladamente o Médico/a Obstetra como um facilitador da liberdade de movimentos, sendo o EEESMO reconhecido por 75% (N=24) das participantes como facilitador, e ambos os profissionais por 25% (N=8) das

participantes. A grande maioria das participantes (N=31; F=96,875%) considerou ter tido liberdade para se movimentar nesta fase, de acordo com os seus desejos.

Profissional facilitador da liberdade de movimentos no 1º estágio do TP			Liberdade para se movimentar durante o 1º estágio do TP		
	N	%		N	%
EEESMO	24	75%	Não	0	0%
Médico/a Obstetra	1	3,125%	Sim	32	100%
Ambos	7	21,875%			

Profissional facilitador da liberdade de movimentos no 2º estágio do TP			Liberdade para se movimentar durante o 2º estágio do TP		
	N	%		N	%
EEESMO	24	75%	Não	1	3,125%
Médico/a Obstetra	0	0%	Sim	31	96,875%
Ambos	8	25%			

*** Posicionamentos adotados pelas participantes no TP**

Verificou-se que na fase de dilatação, as participantes adotaram múltiplos posicionamentos, sendo a Deambulação/de pé (N=23; F=71,875%), os posicionamentos na Bola de Parto (N=21; F=65,625%), o de Joelhos (N=15; F=46,875%) e o Sentado (N=13; F=40,625%), os mais frequentemente adotados. Ressalta-se que os posicionamentos de Quatro apoios (N=8; F=25%) e na Bola de Amendoim (N=7; F=21,875%) foram os menos realizados.

Quanto aos locais em que os posicionamentos descritos foram realizados, destacam-se o chão (N=26; F=81,250%) e a cama (N=22; F=68,750%), sendo o colchão no chão (N=3; F=9,375%) pouco utilizado. Como se pode constatar com estes resultados o facto de estarem na cama, não impediu as participantes de adotarem diferentes posicionamentos e 87,500% (N=28) referem ter sido estimuladas nesse sentido, pelos profissionais que lhes prestaram cuidados.

Posicionamentos adotados no 1º estágio do TP						
	Bola Amendoim	Bola de Parto	Quatro apoios	De Joelhos	De Pé/ deambulação	Sentada
Sim	7	21	8	15	23	13

%	21,875%	65,625%	25%	46,875%	71,875%	40,625%
Não	25	11	24	17	9	19
%	78,125%	34,375%	75%	53,125%	28,125%	59,375%

Locais dos Posicionamentos no 1º Estádio do TP				
	Cama	Chão	Colchão no Chão	Outro
Sim	22	26	3	3
%	68,750%	81,250%	9,375%	9,375%
Não	10	6	29	29
%	31,250%	18,750%	90,625%	90,625%

Foram-lhe sugeridos diferentes posicionamentos enquanto estava deitada na cama?		
	N	%
Não	4	12,500%
Sim	28	87,500%

No segundo estágio do TP, 84,375% (N=27) das participantes referiram ter sido estimuladas a assumirem diferentes posicionamentos. Os posicionamentos adotados pelas participantes nesta fase foram variados, constatando-se que predominaram o Decúbito Lateral (N=17; F=53,125%), Deitada (N=15; F=46,875%), de Cócoras (N=13; F=40,625%), e Sentada/Semi-sentada (N=12; F=37,500%). Os posicionamentos: de Pé (N=9; F=28,125%); de Quatro-apoios (N=9; F=28,125%) e no Banco de Parto (N=6; F=18,750%), foram adotados pelas participantes com menor frequência.

Foram-lhe sugeridos diferentes posicionamentos durante o período expulsivo?		
	N	%
Não	5	15,600%
Sim	27	84,400%

Posicionamentos adotados no 2º Estádio do TP							
	Sentada / Semi-sentada	Deitada	De Pé	Lateral	Quatro apoios	De Cócoras	Banco de Parto
Sim	12	15	9	17	9	13	6

%	37,500%	46,875%	28,125%	53,125%	28,125%	40,625%	18,750%
Não	20	17	23	15	23	19	26
%	62,500%	53,125%	71,875%	46,875%	71,875%	59,375%	81,250%

O conforto proporcionado pela adoção de diferentes posições, foi avaliado no primeiro e segundo estágio do TP, com recurso a uma escala de medida de 5 pontos (1 - Nada, 2 - Pouco, 3 - Nem muito nem pouco, 4 - Muito e 5 - Totalmente). As participantes consideraram que obtiveram um elevado conforto (M=4,41; DP=0,665) no período de dilatação, porém no período expulsivo apesar do valor médio ser mais baixo (M=3,87; DP=1,100), continua a espelhar uma sensação de muito conforto.

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Sentiu-se confortável com a adoção de diferentes posições durante o período de dilatação?	32	3	5	4,41	0,665
Sentiu-se confortável com a adoção de diferentes posições durante o período expulsivo?	32	1	5	3,87	1,100

* Mobilidade Pélvica

No primeiro estágio do TP, 90,625% (N=29) das participantes foram estimuladas e realizaram exercícios direcionados para a mobilidade pélvica, sendo a média de vezes que os praticaram de 3,22 (DP= 0,870) (numa escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a Nunca e 5 Sempre). Apenas 9,375% (N=3) das participantes não realizaram este tipo específico de exercícios. Especificamente, 90,625% (N=29) das participantes realizaram movimentos intrínsecos e 96,875% (N= 31) movimentos extrínsecos.

Realizou exercícios direcionados para a mobilidade da bacia durante o período de dilatação?		
	N	%
Não	3	9,375%
Sim	29	90,625%

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Se sim, com que frequência os realizou?	32	1	5	3,87	1,100

Movimentos Intrínsecos no 1º Estádio do TP		
	N	%
Não	3	9,375%
Sim	29	90,625%

Movimentos Extrínsecos no 1º Estádio do TP		
	N	%
Não	1	3,125%
Sim	31	96,875%

No segundo estágio do TP apenas metade das participantes (N=16; F=50%) referem a realização de exercícios específicos de mobilidade pélvica, sendo o número médio de vezes que os praticaram de 1,94 (DP=1,865). Nesta fase, registou-se que 93,750% (N= 30) das participantes realizaram movimentos intrínsecos e 21,875% (N=7) movimentos extrínsecos.

Realizou exercícios direcionados para a mobilidade da bacia durante o período expulsivo?		
	N	%
Não	16	50%
Sim	16	50%

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Se sim, com que frequência os realizou?	32	0	5	1,94	1,865

Movimentos Intrínsecos no 2º Estádio do TP		
	N	%
Não	2	6,250%
Sim	30	93,750%

Movimentos Extrínsecos no 2º Estádio do TP		
	N	%
Não	25	78,125%
Sim	7	21,875%

*** Na promoção da experiência de parto positiva**

Para avaliar a experiência de parto positiva foi importante conhecer em que medida as expectativas das participantes se alinharam com a realidade no primeiro e segundo estágio do TP. Para esse efeito foi utilizada uma escala de medida de 5 pontos (1 = Nada, e 5 = Sempre). As participantes consideraram que o período de dilatação correspondeu Bastante (M= 3,81; DP=0,859) às suas expectativas, tendo sido obtido um resultado semelhante no período expulsivo (M= 3,94; DP=0,914).

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Sentiu que a forma como decorreu o período de dilatação correspondeu às suas expectativas?	32	2	5	3,81	0,859
Sentiu que a forma como decorreu o período expulsivo / parto correspondeu às suas expectativas?	32	1	5	3,94	0,914

Contributo da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF

Ao longo do primeiro e segundo estágio do TP, influenciados pela liberdade de movimentos da parturiente, consideraram-se os seguintes resultados maternos-fetais/neonatais: Dor; Traçado de CTG; Duração do TP; Tipo de Parto; Resultado perineal e Adaptação à vida extra-uterina.

* Controlo da dor

Para identificar o contributo da liberdade de movimentos na gestão da dor, utilizou-se uma escala de medida de 5 pontos (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Por vezes, 4 = Muito, 5 = Sempre). As participantes identificaram, no primeiro estágio do TP, um maior contributo da liberdade de movimentos para o controlo da dor (M= 4,00; DP=0,880), em comparação com o segundo estágio (M= 3,69; DP=1,061).

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Sentiu melhoria no controlo da dor no período de dilatação através da liberdade de movimentos?	32	2	5	4,00	0,880
Sentiu melhoria no controlo da dor no período expulsivo/parto através da liberdade de movimentos?	32	1	5	3,69	1,061

* Traçado de cardiotocografia

No decorrer do primeiro estágio do TP registou-se, em 100% (N=32) das participantes, um traçado de CTG normal, considerando a liberdade total para se movimentarem. Ao longo do segundo estágio, o registo do traçado de CTG foi maioritariamente normal (N=27; F=84,375%); no entanto, registaram-se situações de

traçado de CTG suspeito (N=3; F=9,375%) e patológico (N=2; F=6,250%), sendo que os dois últimos exigiram intervenção imediata e culminaram em partos de termo distócicos.

Traçado de Cardiotocografia – 1º estágio do TP		
	N	%
Normal	32	100%

Traçado de Cardiotocografia – 2º estágio do TP		
	N	%
Normal	27	84,375%
Suspeito	3	9,375%
Patológico	2	6,250%

* Duração do segundo estágio do TP

Neste estudo, optou-se por considerar exclusivamente a duração do segundo estágio do TP como resultado, uma vez que não foi possível recolher dados referentes ao primeiro estágio com critérios uniformes. A inconsistência na obtenção de informações durante o primeiro estágio impediu a comparação adequada entre as participantes, comprometendo assim a validade dos dados para análise. Deste modo, a análise centrou-se na duração (total) do segundo estágio do TP e na fase ativa do mesmo, onde a colheita de dados foi realizada de forma homogênea, garantindo maior rigor metodológico na análise dos dados. A duração média do segundo estágio do TP foi de 1:30h (DP=1:07). No que diz respeito à fase ativa do período expulsivo, contabilizada a partir do momento em que se iniciam os esforços expulsivos, teve uma duração média de 0:36h (DP=0,24).

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Duração (total) do 2º estágio do TP	32	0:09	4:53	1:30	1:07
Duração da fase ativa do período expulsivo	32	0:00	1:43	0:36	0:24

* Tipo de Parto

Quanto ao tipo de parto, 84,375% (N=27) das participantes tiveram um parto eutócico, 12,500% (N=4) parto distócico por ventosa e apenas 1 participante (F=3,125%) foi submetida a cesariana.

Tipo de Parto		
	N	%
Eutócico	27	84,375%
Distócico - Ventosa	4	12,500%
Distócico - Cesariana	1	3,125%

*** Resultado perineal**

Após o parto, a observação cuidada do períneo permitiu identificar que 90,625% (N=29) das parturientes sofreram algum tipo de lesão perineal: 56,250% (N=18) das participantes experienciaram lacerações de primeiro de grau; 28,125% (N=9) lacerações (espontâneas) de segundo grau e 6,250% (N=2) a episiotomia. Apenas 2 (F=6,250%) parturientes não tiveram qualquer tipo de lesão perineal. Uma (F=3,125%) das participantes foi submetida a uma cesariana, pelo que o seu resultado não se aplica.

Resultado Perineal		
	N	%
Não aplicável	1	3,125%
Íntegro	2	6,250%
Laceração Grau I	18	56,250%
Laceração Grau II	9	28,125%
Episiotomia	2	6,250%

*** Adaptação do RN à vida extra-uterina**

A avaliação da adaptação do RN à vida extra-uterina teve por base o IA. No primeiro minuto de vida 90,625% (N=29) dos RN teve um Apgar ≥ 7 , dos quais 78,125% (N=25) tiveram um *score* de 9, que se traduz numa adaptação fisiológica sem necessidade de intervenção; 6,250% (N=2) tiveram um *score* de 6 e 3,125% (N=1) um *score* de 5, com necessidade de intervenção imediata para estabelecer a respiração.

Ao quinto minuto de vida 100% (N=32) dos RN tiveram um Apgar ≥ 8 , e ao décimo minuto 100% (N=32) do RN tiveram um Apgar ≥ 9 , com uma adaptação eficaz à vida extra-uterina.

Score	Índice de Apgar					
	1º minuto		5º minuto		10º minuto	
	N	%	N	%	N	%

5	1	3,125%	0	0%	0	0%
6	2	6,250%	0	0%	0	0%
7	2	6,250%	0	0%	0	0%
8	0	0%	3	9,375%	0	0%
9	25	78,125%	3	9,375%	2	6,250%
10	2	6,250%	26	81,25%	30	93,75%

Análise da relação entre a liberdade de movimentos no TP e os resultados MF e a experiência de parto positiva

No que concerne à relação entre a liberdade de movimentos no TP e os resultados MF, os resultados estudados foram: Duração total do 2º estágio do TP, Duração da fase ativa do 2º estágio do TP, Traçado de CTG, Tipo de parto, Resultado perineal e Adaptação do RN à vida extra uterina (IA ao 1º, 5º e 10º minuto).

Para analisar a relação entre a liberdade de movimentos (variável qualitativa/nominal e independente com 2 categorias) e os resultados obtidos ao nível da duração total do 2º estágio e em particular da sua fase ativa (variáveis quantitativas e dependentes), procedeu-se à avaliação da normalidade da distribuição das variáveis quantitativas. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk (Duração do 2º Estádio do TP: $p=0,004$; Duração do 2º Estádio do TP - fase ativa: $p=0,013$) que revelou $p<0,05$ sugerindo violação da suposição de normalidade da distribuição dos scores e que a relação entre as variáveis nem sempre é de forma linear (Marôco, 2018).

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Duração do 2º Estádio do TP	,142	32	,098	,890	32	,004
Duração do 2º Estádio do TP - fase ativa	,164	32	,029	,912	32	,013

a. Correlação de Significância de Lilliefors

As hipóteses a testar foram:

- ❖ HI1 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e a duração (total) do segundo estágio do TP?
- ❖ HI2 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e a duração da fase ativa do 2º estágio do TP?

Devido à violação deste pressuposto (normalidade da distribuição) para a utilização do teste paramétrico t de Student, que tem indicação para ser utilizado para testar se as médias de duas populações são significativamente diferentes (Marôco, 2018), recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças observadas cujo $p < 0,05$. O resultado deste teste mostrou que as diferenças não eram significativas, pelo que a liberdade de movimentos no período expulsivo não exerce efeito sobre a Duração do 2º Estádio do TP ($U=0,00$; $p=0,063$) e sobre a Duração do 2º Estádio do TP - fase ativa ($U=0,00$; $p=0,063$). Rejeitaram-se estas hipóteses.

	Estatísticas de teste ^a	
	Duração do 2º Estádio do TP	Duração do 2º Estádio do TP - fase ativa
U de Mann-Whitney	,000	,000
Wilcoxon W	496,000	1,000
Z	-1,679	-1,680
Significância Sig. (2 extremidades)	,093	,093
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,063 ^b	,063 ^b
Sig exata (2 extremidades)	,063	,063
Sig exata (1 extremidade)	,031	,031
Probabilidade de ponto	,031	,031

a. Variável de Agrupamento: Sente que lhe foi dada liberdade para se movimentar durante o período expulsivo conforme o seu desejo?

b. Não corrigido para vínculos.

- ❖ HI3 – existe uma relação entre a liberdade de movimentos e o resultado do traçado de CTG?

Para analisar a relação entre a liberdade de movimentos (variável nominal) e o traçado de CTG (variável categorial), recorreu-se ao teste de Qui quadrado. Porém este teste tem como pressupostos de utilização: Independência de resíduos; nenhuma frequência esperada pode ser menor que 5 e um $N > 20$ (Marôco, 2018). Dado que o

pressuposto “frequências esperadas maiores ou iguais a 5” não estava cumprido, optou-se pelo Teste exato de Fisher.

O teste exato de Fisher ($X^2(2)=7,243$; $p=0,063$) mostrou que **não existe uma associação estatisticamente significativa** entre a liberdade de movimentos e o resultado da cardiotocografia (CTG) durante o segundo estágio do trabalho de parto, pelo que se rejeita a hipótese em estudo. O estudo desta relação no primeiro estágio do TP não foi viável devido à falta de variabilidade nos dados, uma vez que a variável “Traçado de CTG” assumiu um valor constante (100% das participantes tiveram um CTG Normal).

Testes qui-quadrado

	Valor
Qui-quadrado de Pearson	. ^a
N de Casos Válidos	32

a. Nenhuma estatística foi calculada porque Traçado Cardíaco Fetal - 1º Estádio do TP - Normal é um constante.

	Valor	df	Testes qui-quadrado			Probabilidade de ponto
			Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	
Qui-quadrado de Pearson	15,484 ^a	2	<,001	,063		
Razão de verossimilhança	6,127	2	,047	,063		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	7,243			,063		
Associação Linear por Linear	10,723 ^b	1	,001	,063	,063	,063
N de Casos Válidos	32					

a. 5 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,06.

b. A estatística padronizada é -3,275.

❖ HI4 – existe uma relação entre a liberdade de movimentos e o tipo de parto?

Para analisar a relação entre a liberdade de movimentos (variável nominal) e o resultado relativo ao tipo de parto (Eutócico ou Distócico - Fórceps, Ventosa, Cesariana) também variável categorial, recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado. Porém este teste tem como pressupostos de utilização: Independência de resíduos; nenhuma frequência esperada pode ser menor que 5 e um $N > 20$ (Marôco, 2018). Dado que o pressuposto

“frequências esperadas maiores ou iguais a 5” não estava cumprido, optou-se pelo Teste exato de Fisher.

O teste exato de Fisher ($X^2_{(2)} = 9,034$; $p = 0,031$) mostrou que existe uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a liberdade de movimentos e o desfecho quanto ao tipo de parto, aceitando-se a hipótese em estudo. Constatou-se que a medida de associação entre estas variáveis é muito elevada (V de Kramer = 1,000), significando que 100% da variação de frequências das parturientes que praticaram a liberdade de movimentos pode ser explicada, pela variação das frequências das relativas ao tipo de parto. Neste sentido e dado que a grande maioria das participantes (84,4%) tiveram um parto normal, a evidência sugere que a liberdade de movimentos é promotora de um parto fisiológico.

	Valor	df	Testes qui-quadrado			Probabilidade de ponto
			Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	
Qui-quadrado de Pearson	32,000 ^a	2	<,001	,031		
Razão de verossimilhança	8,900	2	,012	,031		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	9,034			,031		
Associação Linear por Linear	15,291 ^b	1	<,001	,031	,031	
N de Casos Válidos	32					

a. 5 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.

b. A estatística padronizada é -3,910.

❖ HI5 – existe uma relação entre a liberdade de movimentos e o resultado perineal?

Para analisar a relação entre a liberdade de movimentos (variável nominal) e o resultado relativo perineal (variável categorial), recorreu-se ao teste de Qui quadrado. Porém este teste tem como pressupostos de utilização: Independência de resíduos; nenhuma frequência esperada pode ser menor que 5 e um $N > 20$ (Marôco, 2018). Dado que o pressuposto “frequências esperadas maiores ou iguais a 5” não estava cumprido, optou-se pelo Teste exato de Fisher.

O teste exato de Fisher ($X^2_{(4)} = 10,562$; $p = 0,031$) mostrou que existe uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a liberdade de movimentos e resultado

perineal, aceitando-se a hipótese em estudo. Constatou-se que a medida de associação entre estas variáveis é muito elevada (V de Kramer= 1,000), significando que 100% da variação de frequências das parturientes que praticaram a liberdade de movimentos pode ser explicada, pela variação das frequências relativas ao tipo de resultado perineal. Assim sendo, conclui-se que a liberdade de movimentos alavanca melhores resultados ao nível do períneo pois não se verificaram na amostra em estudo, lacerações graves (Grau III e Grau IV), apenas de Grau I (56,3%), de Grau II (28,1%), episiotomia (6,250%) e períneo íntegro (6,250%).

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	32,000 ^a	4	<,001	,031		
Razão de verossimilhança	8,900	4	,064	,031		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	10,562			,031		
Associação Linear por Linear	8,136 ^b	1	,004	,031	,031	,031
N de Casos Válidos	32					

a. 8 células (80,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.

b. A estatística padronizada é 2,852.

Para analisar a relação entre a liberdade de movimentos (variável qualitativa/nominal e independente com 2 categorias) e os resultados do IA ao 1º, 5º e 10º minuto (variáveis quantitativas e dependentes), procedeu-se à avaliação da normalidade da distribuição das variáveis quantitativas. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk (IA 1ºmin: $p < 0,001$; IA 5ºmin: $p < 0,001$; IA 10ºmin: $p < 0,001$) que revelou $p < 0,05$, sugerindo que a distribuição destas variáveis não é normal.

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Índice de Apgar 1º min	,474	32	<,001	,579	32	<,001
Índice de Apgar 5º min	,484	32	<,001	,493	32	<,001
Índice de Apgar 10º min	,538	32	<,001	,265	32	<,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

As hipóteses a testar foram:

- ❖ H16 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA?
- ❖ H16.1 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA ao primeiro minuto?
- ❖ H16.2 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA ao quinto minuto?
- ❖ H16.3 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA ao décimo minuto?

Utilizou-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças observadas cujo $p < 0,05$. Existe consenso de que um score de Apgar de 7-10 significa uma transição saudável para a vida extrauterina. Pese embora os RN terem expressado *scores* médios de Apgar ao 1º min. de 8,63, ao 5º min. de 9,72 e ao 10º min. de 9,94, o resultado dos testes mostrou que as diferenças não eram significativas, pelo que a liberdade de movimentos da parturiente no período expulsivo não exerce efeito sobre o resultado para o RN quanto à sua adaptação à vida extrauterina ao 1º minuto ($U=0,500$; $p=0,094$), ao 5º minuto ($U=12,500$; $p=1,000$); e ao 10º minuto de vida ($U=14,500$; $p=1,000$). Assim sendo, rejeitaram-se estas hipóteses.

	Estatísticas de teste ^a		
	Índice de Apgar 1º min	Índice de Apgar 5º min	Índice de Apgar 10º min
U de Mann-Whitney	,500	12,500	14,500
Wilcoxon W	496,500	508,500	510,500
Z	-2,247	-,478	-,258
Significância Sig. (2 extremidades)	,025	,633	,796
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,063 ^b	,813 ^b	,938 ^b
Sig exata (2 extremidades)	,094	1,000	1,000
Sig exata (1 extremidade)	,063	,813	,938
Probabilidade de ponto	,063	,813	,938

a. Variável de Agrupamento: Sente que lhe foi dada liberdade para se movimentar durante o período expulsivo conforme o seu desejo?

b. Não corrigido para vínculos.

Relativamente à relação entre a liberdade de movimentos no TP e a experiência de parto positiva, para analisar a relação entre a liberdade de movimentos (variável

nominal independente), e a vivência de uma experiência de parto positiva, consideram-se na dimensão de experiência de parto positiva as variáveis: melhoria do controle da dor no 1º e 2º estágio do TP (variáveis ordinais e dependentes), conforto sentido com os posicionamentos adotados no 1º e 2º estágio (variáveis ordinais e dependentes) e satisfação das expectativas no 1º e 2º estágio (variáveis ordinais e dependentes).

Para esse efeito recorreu-se ao teste de Qui quadrado. Porém este teste tem como pressupostos de utilização: Independência de resíduos; nenhuma frequência esperada pode ser menor que 5 e um $N > 20$ (Marôco, 2018). Dado que o pressuposto “frequências esperadas maiores ou iguais a 5” não estava cumprido, optou-se pelo Teste exato de Fisher, para testar as seguintes hipóteses:

- ❖ HI1 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o conforto sentido durante o primeiro estágio do TP?

O teste exato de Fisher ($X^2_{(2)}=5,083$; $p=0,094$) mostrou que não há associação entre a liberdade de movimentos e o conforto sentido no primeiro estágio do TP, pelo que se rejeita esta hipótese.

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	9,978 ^a	2	,007	,094		
Razão de verossimilhança	5,081	2	,079	,094		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	5,083			,094		

a. 4 células (66,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,09.

b. A estatística padronizada é 2,148.

- ❖ HI2 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o conforto sentido durante o segundo estágio do TP?

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	15,484 ^a	4	,004	,094		
Razão de verossimilhança	6,127	4	,190	,094		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	8,297			,094		
Associação Linear por Linear	7,053 ^b	1	,008	,063	,063	,063

N de Casos Válidos	32				
--------------------	----	--	--	--	--

a. 7 células (70,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.

b. A estatística padronizada é 2,656.

O teste exato de Fisher ($X^2_{(4)}=8,297$; $p=0,094$) mostrou que não há associação entre a liberdade de movimentos e o conforto proporcionado pela adoção de diferentes posicionamentos durante o segundo estágio do TP, rejeitando-se esta hipótese.

Face aos resultados obtidos é possível concluir que não existe evidência que sugira, uma relação entre a liberdade da parturiente para se movimentar e o conforto que sente na adoção de diferentes posicionamentos durante o primeiro e segundo estágio do TP.

❖ HI3 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o controlo da dor no primeiro estágio do TP?

O teste exato de Fisher ($X^2_{(3)}=3,989$; $p=0,313$) mostrou que não há associação entre a liberdade de movimentos e a melhoria do controlo da dor no primeiro estágio do TP, pelo que se rejeita esta hipótese.

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	2,638 ^a	3	,451	,313		
Razão de verossimilhança	2,621	3	,454	,313		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	3,989			,313		

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.

b. A estatística padronizada é 1,155.

❖ HI4 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o controlo da dor no segundo estágio do TP?

O teste exato de Fisher ($X^2_{(3)}=6,430$; $p=0,063$) mostrou que não há associação entre a liberdade de movimentos e a melhoria do controlo da dor no segundo estágio do TP, rejeitando-se esta hipótese.

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	15,484 ^a	3	,001	,063		
Razão de verossimilhança	6,127	3	,106	,063		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	6,430			,063		
Associação Linear por Linear	6,627 ^b	1	,010	,063	,063	,063
N de Casos Válidos	32					

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,06.

b. A estatística padronizada é 2,574.

Estes resultados sugerem que não existe relação estatisticamente significativa entre a liberdade de movimentos da parturiente e a melhoria do controlo da dor sentida, no primeiro e segundo estágio do TP.

- ❖ HI5 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimento e a satisfação das expectativas relativas ao primeiro estágio do TP?

O teste exato de Fisher ($X^2_{(3)} = 4,009$; $p = 0,281$) mostrou que não há associação entre a liberdade de movimentos e a satisfação das expectativas no período de dilatação, rejeitando-se a hipótese em análise.

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	3,687 ^a	3	,297	,281		
Razão de verossimilhança	3,158	3	,368	,281		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	4,009			,281		
Associação Linear por Linear	1,973 ^b	1	,160	,281	,219	,219
N de Casos Válidos	32					

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,06.

b. A estatística padronizada é -1,405.

- ❖ HI6 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimento e a satisfação das expectativas relativas ao segundo estágio do TP?

O teste exato de Fisher ($X^2_{(3)} = 8,460$; $p = 0,031$) mostrou que existe uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a liberdade de movimentos e a satisfação das expectativas relativas ao período expulsivo, aceitando-se a hipótese em estudo. Adicionalmente, verificou-se que a medida de associação entre estas variáveis é muito elevada (V de Kramer = 1,000), significando que 100% da variação de frequências das parturientes que praticaram a liberdade de movimentos pode ser explicada, pela variação das frequências das que sentiram satisfação das expectativas relativas ao período expulsivo.

	Testes qui-quadrado					Probabilidade de ponto
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	
Qui-quadrado de Pearson	32,000 ^a	3	<,001	,031		
Razão de verossimilhança	8,900	3	,031	,031		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	8,460			,031		
Associação Linear por Linear	10,671 ^b	1	,001	,031	,031	,031
N de Casos Válidos	32					

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.

b. A estatística padronizada é 3,267.

Desta forma, é possível concluir que no primeiro estágio do TP, a liberdade de movimentos não se associa à satisfação das expectativas para esse período, mas no segundo estágio do TP assume um importante contributo para a satisfação das expectativas relacionadas com esse período.

Apêndice XV – Relatório da Análise de Dados Qualitativos

CONTRIBUTO DA LIBERDADE DE MOVIMENTOS NO TP NOS RESULTADOS MF E NA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

A análise de conteúdo dos dados qualitativos permitiu identificar alguns contributos da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF, nomeadamente os exercícios de mobilidade pélvica e a liberdade de movimentos como facilitadores do primeiro e segundo estágio do TP. Relativamente ao primeiro estágio do TP emergiram as categorias “Processo Fisiológico do TP” com duas subcategorias “Diminuição da duração do 1º estágio do TP” e “Promoção dos Mecanismos do Parto”, “Gestão da Dor” e “Posicionamento e Mobilidade”. Os resultados obtidos refletem que, tanto a mobilidade pélvica como a liberdade de movimentos, contribuíram para a diminuição da duração do primeiro estágio do TP como relatado por (P3) “Aumentou rapidamente a dilatação” e (P9) “fundamentais para ajudar ao melhor encaixe do bebé”. A gestão da dor foi facilitada pelo movimento, (P6) “Pela facilidade de adaptação a cada contração”, resultando na diminuição da dor percebida (P2) “Permitiram-me alongar a zona e baixar os períodos de dor”. De uma forma geral, o posicionamento e a mobilidade permitiram uma participação ativa no processo: (P18) “Permitiu (...) a possibilidade de optar por posições que tornaram mais simples o período de dilatação facilitaram sem dúvida a nossa experiência.”

EXERCÍCIOS DE MOBILIDADE PÉLVICA E LIBERDADE DE MOVIMENTOS COMO FACILITADORES DO 1º ESTÁDIO DO TP			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE FREQUÊNCIA
Processo Fisiológico do TP	Diminuição da duração do 1º estágio do TP	<ul style="list-style-type: none"> • (P1) "No meu caso ajudou a que a dilatação fosse mais rápida" • (P3) "Ajudaram bastante a fazer a dilatação mais rapidamente" • (P4) "Trabalho de parto mais rápido, maior conforto" • (P10) "Apressou todas as fases" • (P23) "Acelerou o trabalho de parto" 	N = 7

		<ul style="list-style-type: none"> • (P27) "Andar (...) facilitou muito na hora do parto. Senti que foi mais rápido" • (P30) "acreditamos que tenha acelerado o processo" 	
	Promoção dos Mecanismos do Parto	<ul style="list-style-type: none"> • (P7) "Facilitaram a descida do bebê" • (P8) "Meu trabalho de parto começou novamente quando comecei a movimentar meu corpo e pélvis" • (P9) "fundamentais para ajudar ao melhor encaixe do bebê" • (P11) "Sinto que o exercício de 'mexer' a bacia (...) ajudou a encaixar" • (P17) "Ao promover o encaixe do bebê no sítio correto" • (P22) "Ajudaram-me a (...) adotar posições que facilitassem (...) o encaixe da bebê para o nascimento" 	N = 6
Gestão da Dor		<ul style="list-style-type: none"> • (P2) "Sempre que senti dor ou desconforto tive sempre oportunidade de me colocar como achava e sentia melhor" • (P3) "Ajudaram bastante a (...) conseguir controlar a dor da contração" • (P5) "Ajudou (...) a controlar melhor as dores" • (P6) "Pela facilidade de adaptação a cada contração" • (P7) "Contribuiu para uma melhor experiência e para um alívio da dor" • (P18) "Permitiram um maior relaxamento e controlo da dor" • (P19) "No alívio e/ou distração da dor" • (P20) "Ajudou a controlar a dor" • (P22) "A liberdade de movimentos permitiu-me adotar várias posições que contribuíram muito para o alívio das contrações" • (P29) "Muito importante para que eu pudesse encontrar a posição que mais me ajudava a lidar com a dor das contrações e a encontrar a posição que menos dores me dava." • (P31) "Trouxe conforto, para a escolha da posição" 	N = 11

Posicionamento e Mobilidade		<ul style="list-style-type: none"> • (P6) "Bola de pilates ajudou no movimento da anca e descanso das pernas" • (P8) "(...) fez com que a minha dilatação voltasse ao normal depois de começar a movimentar-me novamente" • (P17) "A liberdade poderia ser melhor, devido aos tubos e CTG que estavam ligados, não me podia afastar muito dos mesmos." • (P18) "Permitiu (...) a possibilidade de optar por posições que tornaram mais simples o período de dilatação facilitaram sem dúvida a nossa experiência." • (P22) "Ajudaram-me a (...) adotar posições que facilitassem a dilatação" • (P25) "Respeito pelo meu tempo e do feto" 	N = 6
-----------------------------	--	---	-------

No que diz respeito à mobilidade pélvica e liberdade de movimentos como facilitadoras do segundo estágio do TP, as categorias que se assomaram foram sobreponíveis, surgindo ainda a "Satisfação Materna". A diminuição da duração do período expulsivo foi frequentemente relatada, com (P3) a afirmar que "ajudou a que num piscar de olhos se iniciasse o período de expulsão" e (P4) a notar um "período expulsivo mais rápido". A mobilidade pélvica (P8) "Abriu espaço e facilitou a passagem do meu bebé" e a liberdade para se movimentar promoveu (P18) "Maior capacidade de promover a expulsão e encontrar conforto.", sendo, por vezes, condicionada (P17) "devido aos fios e dores associadas (...)". Destaca-se a satisfação materna, associada ao empoderamento e suporte dos profissionais, descrita por (P29) "O facto de eu poder estar na posição em que sentia que era a que melhor me servia foi muito importante para que eu estivesse no controle do meu parto e do meu corpo (...)". Penso que só assim foi possível ter um eutócico." e (P17) "(...) mas com a ajuda da enfermeira foi sem dúvida facilitadora para algumas das tentativas de expulsão".

EXERCÍCIOS DE MOBILIDADE PÉLVICA E LIBERDADE DE MOVIMENTOS COMO FACILITADORES DO 2º ESTÁDIO DO TP

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE FREQUÊNCIA
Processo fisiológico do TP	Diminuição da duração do 2º estágio do TP	<ul style="list-style-type: none"> • (P3) "(...) ajudou a que num piscar de olhos se iniciasse o período de expulsão" • (P4) "Período expulsivo mais rápido" • (P7) "Diminuiu o tempo do período expulsivo" • (P10) "Foram fundamentais para uma evolução rápida para parir" • (P11) "Ajudaram imenso a acelerar o processo (...)" • (P23) "Contribuiu para que fosse mais rápido" 	N = 6
	Promoção dos Mecanismos do Parto	<ul style="list-style-type: none"> • (P8) "Abriu espaço e facilitou a passagem do meu bebé" • (P9) "Ajudaram a encaixar o bebé melhor para expulsão" • (P11) "(...) quando os comecei a fazer senti logo bastante "pressão"'" • (P19) "Acredito que permitiram ao bebé mais espaço e mobilidade" • (P22) "Deram espaço à bebé para se mover em direção ao canal vaginal" • (P29) "Penso que poderão ter ajudado o bebé a passar na parte inferior da bacia" 	N = 6
Gestão da Dor		<ul style="list-style-type: none"> • (P1) "Mais conforto numa situação delicada" • (P6) "Ajudaram a ter mais controlo (...) na dor" • (P5) "Consegui achar uma posição mais confortável" • (P12) "Como andava constantemente durante as contrações, estava na posição vertical e isso ajudou-me muito." • (P18) "Controlo da dor, do esforço e contrações" 	N = 5
Posicionamento e Mobilidade		<ul style="list-style-type: none"> • (P6) "Ajudaram a ter mais controlo na bacia (...)'" • (P8) "Consegui empurrar o meu bebé para fora com mais facilidade" • (P17) "Devo confessar que se os tivesse aplicado mais teria sido muito facilitador. (...) A liberdade de movimentos foi complicada, devido aos fios e dores associadas (...)'" • (P18) "Maior capacidade de promover a expulsão e encontrar conforto." 	N = 4

Satisfação Materna	Empoderamento e Sensação de Controlo	<ul style="list-style-type: none"> • (P22) “Permitiu-me gerir autonomamente o alívio da dor das contrações na maior parte do tempo, deu-me confiança em mim e no meu corpo, (...) permitiu-me adotar posições que facilitaram a saída do bebé” • (P29) “O facto de eu poder estar na posição em que sentia que era a que melhor me servia foi muito importante para que eu estivesse no controle do meu parto e do meu corpo (...). Penso que só assim foi possível ter um eutócico.” 	N = 2
	Conforto	<ul style="list-style-type: none"> • (P2) “Ter liberdade para escolher como estar no parto fez toda a diferença para me sentir melhor” • (P3) “Deixou-me super confortável no período do parto e à vontade com toda a equipa” • (P19) “Permitiram arranjar a posição mais confortável para mim e onde conseguia fazer a pressão e força necessária” 	N = 3
	Suporte dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • (P2) “Estar informada dos movimentos já foi uma ótima ajuda. Nunca me senti “às cegas”” • (P17) “(...) se não fosse a enfermeira a sugerir os mesmos não os teria aplicado. (...) com a ajuda da enfermeira foi sem dúvida facilitadora para algumas das tentativas de expulsão” • (P22) “(...) fez-me sentir ouvida pelos profissionais de saúde” 	N = 3

A análise de conteúdo dos dados qualitativos permitiu, ainda, identificar alguns contributos da liberdade de movimentos para uma experiência de parto positiva, onde surgiram as categorias “Facilitador do TP”, “Gestão da Dor” e “Satisfação Materna” com as subcategorias “Empoderamento e Autoeficácia”, “Sensação de Controlo”, “Conforto” e “Suporte dos Profissionais”, quer para o primeiro como para o segundo estágio do TP. Estas convergem com a globalidade do conceito de experiência de parto positiva proposto pela OMS (2018). A possibilidade de se poder movimentar conforme o seu desejo (P23) “Ajudou a tornar o processo do trabalho de parto mais rápido e menos cansativo”, (P19) “(...) permitiu-me seguir o meu instinto, bem como aquilo que me fez sentir melhor e mais eficaz nas várias fases.”, salientando a presença da pessoa significativa (P17) “Estar ali com o parceiro também aplicar essas medidas em conjunto foi sem dúvida muito importante”. Várias participantes

relataram a liberdade de movimentos como facilitadora do TP na medida em que (P4) “Os exercícios facilitaram o trabalho de parto”, (P7) “Diminuiu o tempo do período expulsivo e contribuiu para um alívio da dor” e (P27) “Contribuiu muito, facilitou no tempo do parto que foi muito curto”. Esta prática (P28) “Foi um grande apoio em termos de alívio da dor”, (P30) “(contribuiu) no alívio da dor de forma não farmacológica”, permitindo um (P6) “Maior controlo da dor”.

A satisfação materna com a experiência de parto pode ser percebida através de alguns relatos que destacam o empoderamento e autoeficácia (P29) “Consegui ter um parto eutócico, que era o meu grande desejo (...) senti-me capaz de fazer o meu próprio parto e isso é muito importante psicologicamente”, ressaltando a importância desta temática ser trabalhada no período pré-natal (P17) “Penso que estes movimentos deviriam começar a fazer parte ainda no pré parto”, a sensação de controlo (P8) “Permitiu que eu tivesse controlo sobre minha experiência de parto, o que é muito importante para mim” e o suporte dos profissionais durante todo o processo (P9) “Foi fundamental, não só a liberdade de movimentos, mas especialmente a orientação da equipa de enfermagem. (...) Conduzindo o trabalho de parto de forma a respeitar a min e ao bebé. Foram incríveis. Muito obrigada”.

CONTRIBUTO DA LIBERDADE DE MOVIMENTOS PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA NO 1º ESTÁDIO DO TP			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE FREQUÊNCIA
Facilitador do TP		<ul style="list-style-type: none"> • (P1) “Mais facilitador e mais rápido para um primeiro parto” • (P3) “Ajudou o meu bebé a encaixar na bacia mais rápido” • (P4) “Os exercícios facilitaram o trabalho de parto” • (P17) “Estar ali com o parceiro também aplicar essas medidas em conjunto foi sem dúvida muito importante.” 	N = 5

		<ul style="list-style-type: none"> • (P23) "Ajudou a tornar o processo do trabalho de parto mais rápido e menos cansativo" 	
Gestão da Dor		<ul style="list-style-type: none"> • (P2) "A dor era sentida de outra forma" • (P6) "Poder controlar o conforto de cada contração" • (P9) "Ajudou a aliviar o desconforto" • (P13) "Não foi limitada. Posso escolher a posição mais confortável" • (P28) "Foi um grande apoio em termos de alívio da dor" • (P30) "(contribuiu) no alívio da dor de forma não farmacológica" 	N = 6
Satisfação Materna	Empoderamento e Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> • (P8) "(...) pratiquei muitos desses movimentos antes de entrar em trabalho de parto, então senti-me confortável com eles. (...) acredito nessa prática - de movimento livre para a mulher em trabalho de parto." • (P10) "A liberdade de movimentos proporcionou isso [experiência de parto positiva] porque ao fazer o que sentia fazer o parto fluiu naturalmente." • (P19) "Permitiu-me gerir o meu corpo, a dor, aquilo que sentia e o que funcionava melhor para mim" 	N = 3
	Sensação de Controlo	<ul style="list-style-type: none"> • (P11) "Senti que estava a controlar toda a (...) o que me leva a ter uma experiência bastante positiva" • (P22) "Pude, assim, escolher apenas aquelas que de facto me aliviavam o desconforto" 	N = 2
	Conforto	<ul style="list-style-type: none"> • (P18) "Tornou toda a experiência muito mais simples e confortável" • (P32) "Deixou me mais descontraída, relaxada, facilitando todo o processo" 	N = 2
	Suporte dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • (P10) "Me senti respeitada e acolhida" • (P11) "(...) toda a equipa deu sugestões do que achava melhor, mas nunca condicionando a minha escolha (...)" 	N = 3

		<ul style="list-style-type: none"> • (P29) "(...)a minha vontade em termos de liberdade de movimentos foi sempre muito respeitada pelas enfermeiras que me acompanharam, desde que entrei na sala de partos até ao fim do parto" 	
--	--	---	--

CONTRIBUTO DA LIBERDADE DE MOVIMENTOS PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA NO 2º ESTÁDIO DO TP

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE FREQUÊNCIA
Facilitador do TP		<ul style="list-style-type: none"> • (P3) "ajudaram a fazer a força certa na hora da contração de uma melhor forma" • (P4) "Parto mais rápido e com menos dor" • (P7) "Diminuiu o tempo do período expulsivo e contribuiu para um alívio da dor" • (P11) "Contribui bastante para que o meu parto fosse o mais tranquilo possível. (...) Já para não falar da aceleração da dilatação e de me deixar feliz e tranquila porque podia andar a dançar pela sala" • (P15) "10 out of 10" • (P27) "Contribuiu muito, facilitou no tempo do parto que foi muito curto" • (P32) "Facilitou a saída, o parto, a experiência. Obrigado e Parabéns S." 	N = 7
Gestão da Dor		<ul style="list-style-type: none"> • (P6) "Maior controlo da dor" • (P13) "Geração de dor. Me senti mais confortável" • (P23) "Melhorou a dor" • (P26) "Em extremo, pois auxiliou no controle das dores" 	N = 4
Satisfação Materna	Empoderamento e Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> • (P2) "Deixou-me à vontade e confiante" • (P17) "Penso que estes movimentos deviriam começar a fazer parte ainda no pré parto. Muitos deles não os tinham aplicado antes" • (P19) "De um modo geral, a liberdade de movimento permitiu-me seguir o meu instinto, bem como aquilo que me fez sentir melhor e mais eficaz nas várias fases." 	N = 4

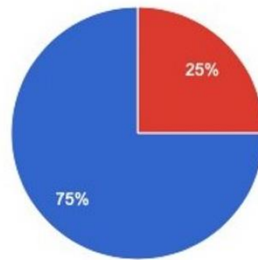
		<ul style="list-style-type: none"> • (P29) "Consegui ter um parto eutócico, que era o meu grande desejo (...) senti-me capaz de fazer o meu próprio parto e isso é muito importante psicologicamente. Obrigada a todas as que me ajudaram." 	
	Sensação de Controlo	<ul style="list-style-type: none"> • (P8) "Permitiu que eu tivesse controlo sobre minha experiência de parto, o que é muito importante para mim." • (P11) "O facto de não condicionarem nunca os movimentos que queria fazer, a posição em que queria estar, faz-me sentir que decidi como seria o parto do início ao fim." 	N = 2
	Conforto	<ul style="list-style-type: none"> • (P1) "Permitiu que mesmo numa situação delicada conseguisse ter menos dor e desconforto" • (P5) "Ajudou muito, senti-me muito confortável" 	N = 5
	Suporte dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • (P9) "Foi fundamental, não só a liberdade de movimentos, mas especialmente a orientação da equipa de enfermagem. Guiando e auxiliando está mãe de primeira viagem plenamente para adotar posturas para o melhor posicionamento do bebe durante a fase de dilatação e posteriormente, na fase de expulsão. Conduzindo o trabalho de parto de forma a respeitar a min e ao bebé. Foram incríveis. Muito obrigada." • (P10) "eu só tenho a agradecer. Me senti respeitada e acolhida como toda mãe deveria se sentir. Parabéns por fazer um trabalho lindo" • (P11) "Confesso que tinha muitos medos e receios, mas toda a postura calma e tranquila fez com que me sentisse à vontade e mais "zen"." • (P17) "Apesar de aplicados alguns movimentos, naquele momento não me veio esses exercícios á cabeça. Se não fosse sugerido pela enfermeira não os teria aplicado." • (P22) "Apesar de, na minha experiência pessoal, nenhuma das posições adotadas ter com contribuído para um alívio da dor efetivo durante o expulsivo, sentir essa disponibilidade por parte das profissionais que fizeram o parto foi muito securizante." 	N = 5

**Apêndice XVI – Avaliação da Sessão de Formação “Mamoplastia e o
(in)sucesso da amamentação”**

Classifique a pertinência da temática no contexto em que se insere

 Copiar

4 respostas

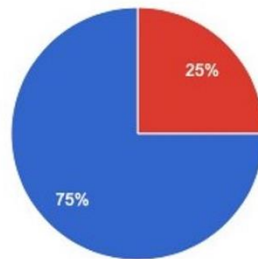


- Muito pertinente
- Pertinente
- Razoavelmente pertinente
- Pouco pertinente
- Sem pertinência

Classifique o conteúdo da ação de formação

 Copiar

4 respostas

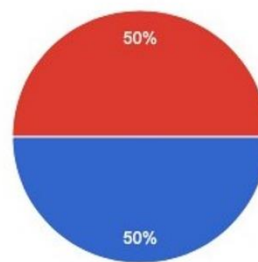


- Muito pertinente
- Pertinente
- Razoavelmente pertinente
- Pouco pertinente
- Sem pertinência

Classifique o domínio das formadoras relativamente à temática apresentada

 Copiar

4 respostas

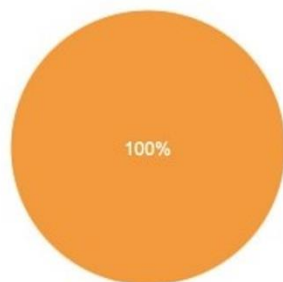


- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Suficiente
- Insuficiente

Classifique a duração da ação de formação

 Copiar

4 respostas



- Muito longa
- Longa
- Adequada
- Curta
- Muito curta

Houve disponibilidade por parte das formadoras para esclarecimento de dúvidas?

 Copiar

4 respostas



- Sim
- Não

Sugestões de melhoria

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Apêndice XVII – Panfleto “Menopausa”



MENOPAUSA

É, por definição, a última menstruação da mulher. Ocorre como um processo natural de envelhecimento e resulta do cessar do funcionamento dos ovários. O seu diagnóstico é feito após 12 meses de amenorreia (ausência de menstruação) sem outro fator causal. Existem 2 tipos:

ESPONTÂNEA

Ocorre, naturalmente, entre os 45 e 55 anos
PRECOCE: entre os 40 e 45 anos
TARDIA: após os 54 anos

INDUZIDA

Ocorre como consequência da remoção cirúrgica dos ovários (com ou sem remoção do útero) ou após paragem da função dos ovários por razões médicas (químio e/ou radioterapia)

SINTOMAS

É na transição menopáusica, vulgarmente chamada de pré-menopausa, que os primeiros sintomas são sentidos pelas mulheres. As manifestações clínicas mais comuns são:

IRREGULARIDADES MENSTRUAIS

As alterações do ciclo menstrual podem iniciar-se 4 a 8 anos antes da menopausa. Inicialmente as menstruações ocorrem com menor tempo de intervalo e, posteriormente, tornam-se mais espaçadas.

A contraceção adequada nesta fase é importante uma vez que ainda existe a possibilidade de engravidar.

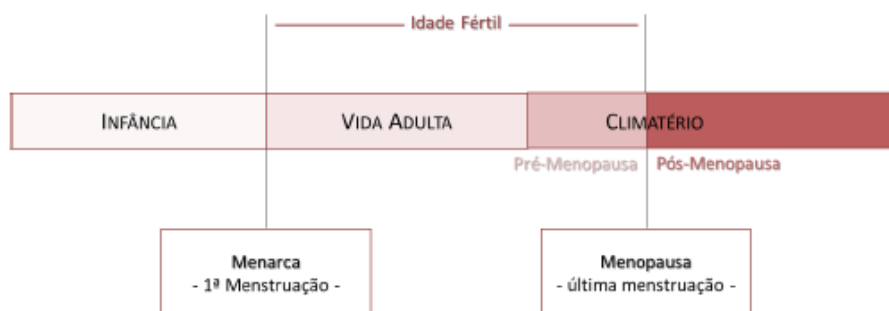
SINTOMAS VASOMOTORES (SVM) – AFRONTAMENTOS E SUORES NOTURNOS

Surgem na transição menopáusica e afetam mais de 70% das mulheres. Geralmente manifestam-se por uma sensação súbita de calor e sudorese profusa. Ocasionalmente podem ocorrer palpitações, náuseas e rubor facial.

O seu predomínio noturno pode afetar a qualidade do sono e, consequentemente, causar irritabilidade e dificuldades na concentração.

SÍNDROME GENITURINÁRIO DA MENOPAUSA

A sintomatologia inclui alterações vaginais como a secura, ardor e irritação; perturbações urinárias, como disúria (dor ao urinar), urgência e infeções urinárias de repetição; e interferência na função sexual, como dispareunia (dor na relação sexual) e diminuição da libido.



O que fazer para minimizar os sintomas?

A menopausa aumenta o risco de ter algumas doenças, sendo as mais frequentes a osteoporose (relacionada com a diminuição da densidade óssea) e as doenças cardiovasculares. Um **estilo de vida saudável promove a sua saúde** e pode ajudar a diminuir as manifestações clínicas da peri e pós-menopausa.

- Procure ambientes frescos, diminuem a intensidade dos SVM;
- No Inverno diminua o aquecimento e não se tape demasiado;
- Mantenha um horário regular para se deitar e levantar e evite sesta prolongadas;
- Tenha uma dieta equilibrada, evitando o álcool e café em excesso;
- Utilize cremes lubrificantes vaginais;
- Evite a higiene íntima com muita frequência uma vez que pode alterar a flora vaginal, aumentando a secura vaginal;
- Pratique exercício físico;
- Controle o seu peso;
- Evite fumar;
- A terapêutica hormonal de substituição pode ser considerada quando a implementação de um estilo de vida saudável não é suficiente para o controlo dos sintomas e estes afetam a sua qualidade de vida.

Deverá consultar o seu Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e/ou Médico para um acompanhamento personalizado.

Referências Bibliográficas

