



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

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

Caring in freedom of movement: a positive birth experience

Ana Sofia Barbosa Faria Martins



Lisboa
2025



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

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

Caring in freedom of movement: a positive birth experience

Ana Sofia Barbosa Faria Martins

Orientadora: Professora Doutora Maria João Baptista dos Santos
de Freitas



Lisboa
2025

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

De generalista a especialista... Sou profundamente grata a todos aqueles que, de alguma forma, compartilharam o percurso comigo e contribuíram para a sua concretização.

À Professora Maria João Freitas, pelo saber, rigor, disponibilidade e orientação ao longo desta jornada.

A todas as orientadoras clínicas e enfermeiras/os que compartilharam comigo a sua experiência, conhecimento e bons momentos, levo comigo todos os ensinamentos.

Em especial à EEESMO Vanessa Furão, parceira de cuidados, fonte de apoio e inspiração no *Cuidar*, pelo seu papel fundamental no meu crescimento e por ter tornado esta experiência melhor do que alguma vez poderia ter imaginado.

A todas as mulheres, casais e famílias que me permitiram e confiaram em mim para fazer parte de momentos tão íntimos das suas vidas.

Aos meus colegas, em particular à Cláudia Araújo, pela ajuda, partilha e encorajamento neste processo de desenvolvimento, sou melhor com vocês ao meu lado.

À minha querida Joana, que desde o primeiro dia se mostrou amiga. Foi um privilégio e sorte fazer este caminho ao teu lado, obrigada por tudo.

Aos amigos que são família, mostraram uma e outra vez que a distância não anula a amizade.

Aos meus pais e tia, que sempre me apoiaram incondicionalmente, deram palavras de incentivo e vibraram com as minhas conquistas. Pela lembrança constante apesar da distância e ausência em tantos momentos.

Ao Zé, voz da razão nos momentos difíceis, pelo apoio, suporte, alegria e amor todos os dias.

Por fim, aos meus avós, que viverão para sempre em mim. O amor resiste ao tempo, à distância e à memória.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
BP	Bloco de Partos
CCEE	Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas
CCU	Cancro do Colo do Útero
cm	Centímetros
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
CPPP	Curso(s) de Preparação para o Parto e Parentalidade
CRPP	Curso(s) de Recuperação Pós-Parto
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTG	Cardiotocografia
DGS	Direção-Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
EC	Ensino(s) Clínico(s)
EEESMO	Enfermeiro/a(s) Especialista(s) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ESMO	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EpS	Educação para a Saúde
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
GG	Gravidez Gemelar
HI	Hipótese(s) de Investigação
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i> - Vírus do Papiloma Humano
IA	Índice de Apgar
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
JB	<i>Joanna Briggs Institute</i>
JQI	<i>Joint Quality Initiative</i>
LA	Líquido Amniótico
MF	Materno-fetal(is)
MMF	Medicina Materno-Fetal
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCC	População, Conceito, Contexto
PE	Pré-Eclâmpsia
PF	Planeamento Familiar
PTE	Parto(s) de Termo Eutócico
RE	Relatório de Estágio
RN	Recém-nascido(s)

RS	Revisão <i>Scoping</i>
SPG	Sociedade Portuguesa de Ginecologia
SPN	Sociedade Portuguesa de Neonatologia
TP	Trabalho de Parto

RESUMO

O presente relatório retrata o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Simultaneamente, reflete sobre o cuidar na liberdade de movimentos e a sua influência na experiência de parto, sustentado pela Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, que promove uma abordagem relacional centrada na mulher, restituindo o seu protagonismo através da valorização das suas competências pessoais e capacitação.

Ancorada pela evidência científica, a integração da liberdade de movimentos na prática clínica promove processos de nascimento fisiológicos e satisfação com a experiência de parto, justificando o aprofundar do seu estudo.

A investigação desenvolveu-se em duas etapas: uma Revisão *Scoping (RS)*, que mapeou a evidência científica existente sobre a mobilidade e o posicionamento da grávida durante o trabalho de parto (TP); e um estudo primário, predominantemente quantitativo, descritivo e correlacional, objetivando compreender a influência da liberdade de movimentos nos resultados materno-fetais (MF) e na experiência de parto, no qual participaram 32 parturientes. A colheita de dados, através do preenchimento de um formulário e aplicação de um questionário, permitiu descrever a intervenção do EEESMO na promoção da liberdade de movimentos no TP para uma experiência de parto positiva, identificar o contributo da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF e analisar a relação entre a liberdade de movimentos no TP e os resultados MF e a experiência de parto positiva.

Os resultados mostraram que a liberdade de movimentos no TP contribui significativamente para uma experiência positiva, promovendo gestão da dor e maior controlo na experiência de parto, reforçando o empoderamento e a satisfação materna, evidenciando o suporte contínuo pelo EEESMO. Destacam-se, também, as associações estatisticamente significativas e positivas identificadas entre a liberdade de movimentos e o tipo de parto, o resultado perineal e a satisfação das expectativas no período expulsivo, demonstrando o impacto positivo desta prática na vivência do parto.

Palavras-chave: Enfermeiro Obstetra, Movimento, Parturiente, Satisfação do Paciente, Trabalho de Parto.

ABSTRACT

This report outlines the process of acquiring and developing competencies as a Master's-level Nurse Midwife specializing in Maternal and Obstetric Health Nursing. It also reflects on the practice of promoting freedom of movement during childbirth and its influence on the birth experience, supported by Kristen Swanson's Theory of Caring. Swanson's theory emphasizes a woman-centered, relational approach that restores the mother's autonomy by valuing her personal skills and empowering her throughout the process.

Grounded in scientific evidence, including freedom of movement into clinical practice fosters physiological birth processes and enhances satisfaction with the childbirth experience, underscoring the need for further investigation.

The research was conducted in two phases. A Scoping Review, that mapped existing scientific evidence on maternal mobility and positioning during labor; and a primary study, descriptive and correlational, predominantly quantitative, that aimed to understand the influence of freedom of movement on maternal-fetal outcomes and birth experience. Thirty-two women in labor participated. Data collection involved a structured form and a questionnaire, enabling the description of the nurse midwife's role in promoting freedom of movement during labor for a positive birth experience, the identification of its contributions to maternal-fetal outcomes and the analysis of its relationship with maternal-fetal outcomes and birth experience.

The results demonstrated that freedom of movement during labor significantly contributes to a positive birth experience, by enhancing pain management and increasing maternal control, thereby reinforcing empowerment and satisfaction. Continuous support from the nurse midwife was also emphasized as a crucial factor. Statistically significant positive associations were also identified between freedom of movement and various outcomes, including the type of delivery, perineal condition, and fulfillment of expectations during the second stage of labor, highlighting the beneficial impact of this practice on the birth experience.

Key-words: Labor, Movement, Nurse Midwife, Patient Satisfaction, Pregnant Women

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	13
1.1. Liberdade de Movimentos	13
1.1.1. Mobilidade Pélvica	15
1.2. Experiência de Parto Positiva	17
1.3. Referencial Teórico de Enfermagem: Teoria do Cuidar de Kristen Swanson	18
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	20
2.1. Primeira etapa: Revisão <i>Scoping</i>	20
2.2. Segunda etapa: Desenvolvimento do Estudo descritivo e correlacional de abordagem predominantemente quantitativa.....	21
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	24
3.1. Formação de suporte, aquisição e divulgação de conhecimento.....	25
3.2. Cuida a mulher no âmbito do planeamento familiar, período preconcecional e pré-natal.....	26
3.3. Cuida a mulher durante o trabalho de parto	35
3.4. Cuida a mulher na liberdade de movimentos	40
3.4.1. Apresentação de Resultados.....	41
3.4.1.1. Caracterização da Amostra	41
3.4.1.2. Intervenção do EEESMO na promoção da liberdade de movimentos no TP para uma experiência de parto positiva	42
3.4.1.3. Contributo da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF.....	43
3.4.1.4. Análise da relação entre a liberdade de movimentos no TP e os resultados MF e a experiência de parto positiva	46
3.4.2. Discussão de Resultados	50
3.4.3. Principais conclusões, limitações e implicações para a prática clínica.....	53
3.5. Cuida a mulher durante o período pós-natal	55
3.6. Cuida a mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério	59
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

ANEXOS

Anexo I – Síntese de Registo de Atividades Práticas

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

Anexo III – Certificados de Participação

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

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão *Scoping*

Apêndice II – Termos Naturais e Termos Indexados

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

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

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

Apêndice VI – Resumo Revista Pensar em Enfermagem

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

Apêndice VIII – Folheto “Liberdade de Movimentos”

Apêndice IX – Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde

Apêndice X – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

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

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

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

Apêndice XIV – Relatório da Análise de Dados Quantitativos

Apêndice XV – Relatório da Análise de Dados Qualitativos

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

Apêndice XVII – Panfleto “Menopausa”

INTRODUÇÃO

O processo de aprendizagem integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) sustenta-se na aprendizagem e desenvolvimento de competências com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional que permitam a prestação de cuidados especializados na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO), com o objetivo de alcançar uma prática de enfermagem avançada. Este processo, sob a forma de formação especializada, pressupõe a capacitação do enfermeiro através da integração de saberes teórico-práticos nas componentes técnica, científica e humana e respetiva translação para a prática clínica, culminando na aquisição de competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (2019a) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019b), assim como as competências reconhecidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM) (2019).

A unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do CMESMO, comporta ensinamentos clínicos (EC) em diferentes contextos e prevê o desenvolvimento das competências acima referidas. No sentido de dar resposta às exigências formativas e avaliativas da mesma surge o presente Relatório de Estágio (RE), onde será narrado todo o processo e percurso de aquisição de competências. Acrescido à regulamentação profissional pelas entidades supracitadas, o percurso académico prevê ainda a aquisição de competências propostas para o segundo ciclo do Ensino Superior para a obtenção do grau de Mestre, em ESMO, de acordo com os Descritores de Dublin (*Joint Quality Initiative [JQI], 2004*). Respeitando o Decreto-Lei nº 74/2006, a jornada académica termina com a apreciação e discussão pública do RE, alcançando, desta forma, o grau de Mestre e Especialista em ESMO.

O percurso de aprendizagem iniciou-se com a elaboração de um projeto individual, assente no meu projeto pessoal, de formação e baseado numa problemática real dos cuidados de ESMO, tendo sido implementado ao longo dos vários contextos clínicos. Enquanto enfermeira de cuidados gerais a trabalhar no Bloco de Partos (BP) tive oportunidade de presenciar diferentes experiências de parto, assim como diferentes condutas na condução do TP. O posicionamento e mobilidade da parturiente são pontos

fulcrais no cuidado assistencial durante o TP, sendo, por vezes, negligenciado pelos prestadores de cuidados, contrariamente ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) (Desseauve et al., 2017; WHO, 2018). O estudo desenvolvido relaciona-se com a ampla temática da liberdade de movimentos no TP e vai ao encontro dos interesses suscitados em mim enquanto mulher, enfermeira generalista e futura EEESMO, no sentido de proporcionar ambientes e cuidados promotores de uma experiência de parto positiva, centrada nas vontades e necessidades da mulher. A preparação para o parto e parentalidade e procura crescente de conhecimento resulta em grávidas e casais mais preparados, empoderados e exigentes na qualidade dos cuidados. O enfoque na humanização dos cuidados e respeito pelo processo fisiológico do TP tem vindo a dar, novamente, destaque à temática, tornando a mobilidade pélvica um foco de atenção na ESMO. Desta forma, integrada na mobilidade, posicionamento e verticalidade no TP, surge, em particular, o interesse pela compreensão da mobilidade da bacia obstétrica como promotora e facilitadora do processo do TP, com o intuito de prestar cuidados diferenciadores e individualizados no acompanhamento durante o TP.

As posições assumidas pelas parturientes nas salas de parto, são amplamente afetadas quer pela influência sociocultural, quer pela intervenção contínua dos profissionais de saúde (Muhammed et al., 2023). Neste sentido, a pertinência do tema prende-se também com o domínio das competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b, p.13562), em particular “Cuida(r) a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”. A OE atribui ao EEESMO a exclusividade na competência e responsabilidade na sua área de atuação, resultante da procura constante pelo alcance da competência profissional, englobando a prática baseada na evidência e o respeito pela cliente. Por conseguinte, na ótica do *Cuidar* de Kristen Swanson, suporte teórico da minha prática clínica e da construção deste relatório, a capacitação relativa à liberdade de movimentos, permite à mulher assumir o papel de protagonista no seu TP, promovendo assim um cuidado centrado na mulher, onde o EEESMO assume o papel de elemento facilitador de uma experiência de parto positiva (Swanson, 2015).

O presente RE objetiva descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EEESMO e obtenção do grau de Mestre, assim como refletir sobre o cuidar na liberdade de movimentos e a sua influência na experiência de parto.

Ainda, a investigação da temática supracitada, promotora do desenvolvimento da competência “Cuida a mulher na liberdade de movimentos”, teve como principal objetivo compreender a influência da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF e na promoção de uma experiência de parto positiva.

No que diz respeito à estrutura do RE, encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo contempla o enquadramento conceptual e teórico. O segundo capítulo refere-se à metodologia utilizada para o desenvolvimento da investigação, onde consta a Revisão Scoping que serviu de ponto de partida para o aprofundamento do conhecimento sobre a temática e para a realização da segunda fase da investigação. O terceiro capítulo descreve o percurso de aquisição de competências, refletindo sobre o cuidado especializado à mulher, inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo de vida, com ênfase na competência “Cuida na liberdade de movimentos”, apresentando-se os resultados, discussão e principais conclusões, limitações e implicações da investigação desenvolvida. No capítulo seguinte são abordadas as considerações éticas inerentes a todo o percurso para construção do RE. Por fim, o quinto e último capítulo, concretiza o balanço do percurso percorrido.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1.1. Liberdade de Movimentos

A evolução do TP compreende um conjunto de acontecimentos fisiológicos que culminam com a expulsão fetal (Machado & Graça, 2017). O primeiro estágio do TP, refere-se à fase de dilatação, e engloba as fases latente e ativa, sendo esta última caracterizada pela contratilidade uterina regular e a dilatação gradual desde os 5 até aos 10 centímetros (cm). Por segundo estágio do TP entende-se o período que decorre entre a dilatação completa do colo do útero e a expulsão fetal (DGS, 2023). A mobilidade e alternância de posicionamentos pela parturiente durante o TP promovem a fisiologia do mesmo e a melhoria dos resultados maternos, fetais e neonatais, principalmente quando associadas a posições verticais (aquelas que promovem um ângulo superior a 45° entre os membros inferiores e tronco) (Mineiro et al., 2016).

As vantagens obstétricas descritas na literatura relacionam-se com a redução da duração do primeiro (fase ativa) e segundo estágio do TP, associada a uma maior eficácia da contratilidade uterina, alterações dos diâmetros pélvicos e favorecimento da descida fetal; melhores resultados a nível perineal; minimização da sensação dolorosa e aumento da sensação de autoeficácia, resultando em maior incidência de partos vaginais e menor incidência de partos distócicos (Baker, 2020; Costa et al., 2023; Familiari et al., 2023; Huang et al., 2019). A verticalidade, especialmente a não adoção de posições de supina, favorece a circulação útero-placentar pela não compressão dos grandes vasos abdominais, originando traçados cardíacos fetais normais e, consequentemente, uma melhor transição para a vida extra-uterina por parte do recém-nascido (RN) (Baker, 2020).

Ao longo dos anos, a melhoria dos resultados MF, decorrente da crescente intervenção dos profissionais de saúde, resultou na colocação da parturiente numa situação de passividade, restringendo a sua autonomia. A apresentação de *guidelines* que visam a uniformização e melhoria dos cuidados na assistência ao parto colocou, à semelhança do antigamente, o incentivo à mobilidade durante o TP como foco de atenção e de boas práticas (WHO, 2018). Baker (2020) define a liberdade de movimentos como a mobilidade e diferentes posicionamentos que a parturiente adota durante o TP. Segundo a autora, a mobilidade refere-se à deambulação e possibilidade de se mover livremente e o posicionamento diz respeito às diferentes posições, verticais (sentada, de joelhos,

quatro apoios, cócoras ou de pé) ou horizontais (posição de litotomia, supina ou lateral) que a grávida adota (Baker, 2020).

Enquanto EEESMO e profissionais capacitados na assistência ao parto devemos intervir de forma a não condicionar a fisiologia do TP, permitindo a mobilidade instintiva da grávida e respeitando a sua autonomia nos processos decisórios (Costa et al., 2023). Prada e Rafael (2016) defendem que as posições assumidas espontaneamente pelas parturientes revelam benefícios para a grávida e para o feto, prevenindo desvios da normalidade do TP, como é o caso do TP prolongado e doloroso associado ao posicionamento fetal em variedade occipito-posterior (Bueno-Lopez et al., 2018). Nesta perspectiva, Lee et al. (2021) defendem que a mobilidade materna e adoção de posições verticalizadas mostraram-se mais eficazes na resolução da variedade occipito-posterior do que a orientação para adoção de determinados posicionamentos (maternos). Segundo Familiari et al. (2023), permitir a escolha da posição a adotar na fase ativa do segundo estágio do TP está largamente associada a maiores taxas de períneos íntegros e lacerações de menor grau.

Na monitorização e condução do TP, o EEESMO deve mobilizar os seus conhecimentos e aplicá-los na prática clínica. Considerando a cultura institucional adotada em alguns centros de assistência materno-infantil, mostra-se relevante que o EEESMO incentive a liberdade de escolha em relação às posições adotadas pela grávida, no sentido de potenciar o sentimento de empoderamento e autoconfiança, assim como melhorar a tolerância e gestão da dor, aumentando, desta forma, a satisfação com a experiência de parto (Amaral & Martins, 2016; Prada & Rafael, 2016). No entanto, no âmbito das suas competências, o EEESMO deve orientar a alternância de posicionamentos, incluindo o incentivo à realização de movimentos pélvicos, considerando as características individuais de cada parturiente, como o estágio do TP, o posicionamento fetal, a altura da apresentação, entre outros. Esta intervenção deve ter por base conhecimento e técnica aplicados com intencionalidade, trabalhando numa perspectiva de parceria de cuidados com a grávida e pessoa significativa (Amaral & Martins, 2016).

A liberdade de movimentos, por meio da deambulação ou uso de dispositivos de suporte como a bola de parto, bola amendoim ou de almofada de equilíbrio, contribui

para a concretização de movimentos extrínsecos e intrínsecos da bacia obstétrica, favorecendo a fisiologia do TP (Delgado et al., 2024; Fraga et al., 2024).

1.1.1. Mobilidade Pélvica

Estruturalmente, a pélvis é o elo entre a coluna vertebral e os membros inferiores, funcionando como alavanca para o movimento. Na sua constituição incluem-se dois ossos ilíacos (formados pela fusão do ílio, ísquio e púbis), que a delimitam antero-lateralmente e pelo sacro e cóccix, que a delimitam posteriormente. A superfície pélvica é caracterizada por pontos de origem e de inserção de articulações, ligamentos e músculos que influenciam e são influenciados pelos movimentos pélvicos, assim como permitem o reforço e estabilização da mesma na sua posição anatómica (Boaviagem et al., 2019; Pascali, 2014).

A capacidade adaptativa da pélvis facilita as características reprodutivas da mulher. Ao longo da gravidez, a bacia obstétrica adquire um maior grau de mobilidade, resultante de ligamentos mais laxos e elasticidade das articulações pélvicas, por ação da hormona relaxina. Aquando do TP, este mecanismo adaptativo acentua-se, com elevados níveis de concentração hormonal e mobilidade significativa que facilitam a passagem do feto, sem causar estiramentos lesivos (Mineiro et al., 2016). Na mobilidade pélvica compreendem-se dois tipos de movimentos: intrínsecos, através da movimentação da pélvis sobre si mesma; e extrínsecos, quando ocorre movimentação da pélvis em relação aos ossos adjacentes (Mineiro et al., 2016). A sua conjugação permite modificar a orientação da bacia (movimentos extrínsecos) e, desencadear movimentos intrínsecos, pelas amplitudes alcançadas, provocando variações nos diâmetros da pelve menor, contribuindo para a orientação e movimentação da cabeça fetal através dos diferentes estreitos (Calais-Germain & Parés, 2009; Calais-Germain & Vives, 2010; Mineiro et al., 2016).

As posições verticalizadas são consideradas ideais para uma bacia livre, uma vez que permitem a mobilidade total dos ilíacos sobre as cabeças dos fémures (Mineiro et al., 2016). Ao interagir com os membros inferiores, a pelve sofre modificações através de movimentos extrínsecos de anteversão e retroversão (movimento sagital); inclinação interna e externa (movimento frontal e lateral); circundação (movimento circular em todas as direções) e translação (movimento de deslocação lateral) (Boaviagem et al., 2019;

Mineiro et al., 2016). Os referidos movimentos podem ser de pequena ou grande amplitude. Quando a amplitude do movimento é reduzida o efeito produzido é, essencialmente, no estreito superior e a entrada fetal na pequena bacia é facilitada pela fluidez do movimento materno e fetal. Quando ocorre uma grande amplitude de movimento, o resultado difere significativamente uma vez que a tensão muscular e ligamentar resultante desencadeia movimentos intrínsecos e consequentemente a transformação pélvica (Calais-Germain & Parés, 2009).

Os movimentos intrínsecos resultam em diferentes alterações nas dimensões dos estreitos da bacia. Aquando do início da descida da apresentação fetal importa adotar posicionamentos e movimentos específicos com o intuito de ampliar os diâmetros do estreito superior da bacia que, como consequência, limitam o estreito inferior. Consideram-se os movimentos de contranutação sacra e ilíaca e abdução e supinação ilíaca que resultam no aumento do diâmetro antero-posterior, sagital e transversal, respetivamente (Calais-Germain & Parés, 2009; Calais-Germain & Vives, 2010; Mineiro et al., 2016). No sentido de aumentar e diminuir os diâmetros do estreito médio da bacia são considerados os movimentos de rotação ilíaca interna e externa, respetivamente, otimizados pela rotação interna e externa dos membros inferiores. Esta alternância e coordenação com outros movimentos facilita a passagem do feto na cavidade pélvica, decorrente da mobilização assimétrica das espinhas isquiáticas, podendo ser benéfica em situações de assinclitismo (Calais-Germain & Parés, 2009; Calais-Germain & Vives, 2010; Mineiro et al., 2016). Numa fase mais avançada do TP e da apresentação fetal importa adequar a intervenção para que a mesma leve a um aumento dos diâmetros do estreito inferior da bacia. Neste sentido, os movimentos de nutação sacra e ilíaca e adução e pronação ilíaca resultam no aumento do diâmetro antero-posterior, sagital e transversal, respetivamente, do referido estreito e ampliação da arcada púbica (Calais-Germain & Parés, 2009; Calais-Germain & Vives, 2010; Mineiro et al., 2016). Para o sucesso destes movimentos são necessários posicionamentos que permitam uma bacia livre de restrições, sendo recomendável a utilização de um material deformável sob o sacro nas posições de sentada na cama ou em decúbito dorsal (Mineiro et al., 2016).

As estruturas anatómicas que definem a bacia obstétrica, assim como a sua configuração, determinam os estreitos pélvicos podendo comprometer passagem fetal (Serra, 2016). Deste modo, ao apoiar a escolha da parturiente na decisão da posição a

adotar importa compreender de que forma a mesma pode condicionar a mobilidade pélvica, complicando assim o processo fisiológico do parto (Boaviagem et al., 2019).

1.2. Experiência de Parto Positiva

A experiência de parto pode ser influenciada por vários fatores como a preparação prévia, as estratégias adotadas, as expectativas criadas e o suporte por parte da pessoa significativa e profissional de saúde (Tabaghdehi et al., 2020). Objetivando a melhoria do cuidado assistencial, a OMS (2018) relançou recomendações específicas para o alcance de uma experiência de parto positiva e definiu-a como aquela que reflete ou excede as expectativas e crenças da parturiente, com um desfecho benéfico tanto para a mulher como para o RN, assegurando um envolvimento seguro num prisma clínico e emocional.

À semelhança da OMS (2018), outros autores relevam a importância que o apoio e suporte contínuo pela pessoa significativa e profissional que cuida a parturiente detém no alcance de uma experiência de parto positiva (Martins et al., 2021; Tabaghdehi et al., 2020). A relação terapêutica entre o EEESMO e a grávida, desenvolvida intencionalmente, é fundamental para conferir um ambiente de segurança e sensação de cuidado, facilitando a vivência positiva do TP. A abordagem individualizada estimula a capacitação e empoderamento, propiciando a realização pessoal, envolvimento na tomada de decisão e sensação de controlo entendida pela mulher (e casal) (Dahlberg et al., 2016).

De modo a obter estes resultados, a OMS (2018) delineou um modelo de cuidados intraparto que enquadra os domínios essenciais à prática de cuidados em obstetrícia. Os nove domínios apresentam-se, esquematicamente, a circundar a mulher alvo dos cuidados, enfatizando o cuidado centrado na pessoa. A liberdade de movimentos inclui-se nestes domínios essenciais para uma experiência de parto positiva. A possibilidade de se mover livremente e adotar posições, preferencialmente verticalizadas, concorre para uma participação ativa no processo de TP e maior sensação de controlo, apesar de por vezes se associar a maiores níveis de dor (Çalik et al., 2018; Shorey et al., 2022). Ainda assim, determinadas posições estão associadas a maiores níveis de conforto e eficácia nos esforços expulsivos, e consequente diminuição da duração do período expulso. Numa perspetiva de parceria de cuidados, a inclusão da pessoa significativa na escolha da posição a adotar contribui para uma experiência positiva de ambas as partes, exacerbada quando a mesma é tomada em conjunto com o EEESMO, evidenciando a

relevância do suporte contínuo, amplamente associado a níveis elevados de satisfação das parturientes (Shorey et al., 2022).

Uma experiência de parto positiva origina um impacto positivo na vivência do período pós-parto, tornando as mulheres mais envolvidas no seu autocuidado e no processo de vinculação e cuidado ao seu RN. Desta forma, a sensação de controlo e empoderamento decorrente da liberdade de movimentos associa-se, ainda, a uma promoção da saúde a longo prazo (Dahlberg et al., 2016; Tabaghdehi et al., 2020).

1.3. Referencial Teórico de Enfermagem: Teoria do Cuidar de Kristen Swanson

Embora seja um processo fisiológico, a gravidez e o momento do parto acarretam mudanças físicas, psicológicas e sociais para a vida da mulher, com impacto na vinculação com o RN e no casal parental, transformando este acontecimento em algo marcante e permanente no seu percurso de vida (Martins et al., 2021; Tabaghdehi et al., 2020). Por esta razão, o cuidado assistencial em obstetrícia deve primar pela qualidade, considerando a individualidade do ser e valorizando as suas idiossincrasias, sentimentos, opiniões, ideais e expectativas (Amaral & Martins, 2016).

O *Cuidar*, apresentado por Kristen Swanson como conceito-central na prática de enfermagem é definido como a forma intencional e responsável como nos relacionamos com o outro, considerando a mulher como ser único, com competências e capacidades que devem ser estimuladas com o propósito de alcançar uma participação ativa no seu processo de saúde-doença, bem como na tomada de decisão (Swanson, 1991). A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson foi escolhida como referencial teórico para nortear a construção e implementação deste projeto, não só pela forma como se relaciona com a temática em estudo, mas, essencialmente, por representar o modelo de cuidados com o qual me identifico na prática clínica diária, no sentido de prestar cuidados com mais qualidade e, consequentemente, alcançar melhores resultados em saúde, influenciando assim, experiência de parto vivenciada por cada mulher e casal.

Na presente teoria, foram definidos Saúde, Ambiente e Pessoa como conceitos subjacentes à prática de enfermagem. A Saúde define-se como o processo completo de cuidar, numa vivência subjetiva que envolve a renovação da integridade, reorganização do estado de saúde e atribuição de novos significados pela própria pessoa (Oliveira et al.,

2018). O Ambiente, é tido como situacional, uma vez que os diferentes contextos biopsicossociais influenciam e podem ser influenciados pelo indivíduo (Swanson, 1993). A Pessoa, enquanto ser cuidado, deve ser considerada na sua unicidade, em processo de transformação, cuja integridade se manifesta em pensamentos, sentimentos e comportamentos (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993).

Em 1991, Swanson propôs cinco processos essenciais para o cuidado: "manter a crença", "conhecer", "estar com", "fazer por" e "capacitar". Segundo a autora "manter a crença" é o alicerce do cuidado e refere-se à confiança que o EEESMO deposita nas capacidades do outro em superar processos de transição, como o TP, atribuindo-lhes significado. O processo de "conhecer", refere-se à compreensão informada da condição do outro, do contexto social e rede de suporte, bem como de crenças e atitudes, de modo a entender o significado atribuído a determinados eventos de vida. Este conhecimento aprofundado possibilita um planeamento de cuidados e intervenção ajustada à realidade e às necessidades da mulher e família, considerando os aspetos bio-psico-socioculturais do TP (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993). "Estar com" denota a presença física, mas sobretudo emocional; implica oferecer um apoio contínuo, através da comunicação verbal e não verbal e de um ambiente de cuidados que favoreça a expressão e partilha de sentimentos. A disponibilidade e suporte contínuo pelo enfermeiro obstetra condiciona favoravelmente a resposta psicológica e fisiológica ao longo do TP e a sua evolução (Amaral & Martins, 2016; Swanson, 1993). A ação terapêutica "fazer por" diz respeito a fazer pela mulher o que ela faria por si mesma, se possível, ou em prol do seu bem-estar, antecipando necessidades e agindo em conformidade com o plano de cuidados estabelecido, tendo por base num conhecimento prévio das suas circunstâncias (Swanson, 1993, 2015). "Capacitar" visa otimizar os processos vivenciados. Fazendo uso do seu conhecimento e desenvolvimento profissional, o EEESMO orienta, informa e apoia a mulher na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, encorajando a autonomia e o autocuidado em qualquer processo de transição (Swanson, 1993).

Por fim, Swanson (2015) propõe uma relação entre o processo de cuidar e a cura. Assim sendo, quando o EEESMO se dedica ao(s) processo(s) de cuidar a mulher grávida, esta resulta numa sensação de compreensão, valorização, segurança e conforto, capacidade e esperança no futuro, culminando numa experiência de parto positiva.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O cuidado especializado em ESMO alicerça-se na prática baseada na evidência por forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e desenvolvimento de competências profissionais. Considerando as CCEE (OE, 2019a), assim como as do grau de mestre (JQI, 2004), o EEESMO deve desenvolver e divulgar investigação sobre temáticas relevantes e pertinentes na sua área de atuação, concorrendo para as competências gerais descritas pelo ICM (2019). Desta forma, o presente capítulo pretende descrever o percurso metodológico que convergiu no desenvolvimento de competências e na investigação sobre a temática escolhida.

2.1. Primeira etapa: Revisão *Scoping*

A primeira etapa da investigação assentou na realização de uma RS sobre a temática em estudo, sustentada pelas orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2024), cujo relatório se apresenta no Apêndice I. O seu objetivo foi mapear a evidência científica existente sobre a mobilidade e o posicionamento da grávida no trabalho de parto por forma a dar resposta à questão de revisão “Qual a influência da mobilidade e posicionamento da grávida no trabalho de parto?”. A elaboração da referida questão focou-se na identificação dos elementos população, conceito e contexto (PCC), prevendo explicitar o foco e a aplicabilidade da mesma (Peters et al., 2024). Desta forma, foram considerados estudos cuja população eram parturientes/ grávidas em TP como população, a mobilidade e posicionamento enquanto conceito e o TP como contexto.

Após a explicitação dos elementos em estudo (PCC), foram definidos como critérios de inclusão artigos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; com disponibilidade de texto integral; data de publicação igual ou superior a 2018 para obtenção de evidência atualizada e variada, e que incidissem sobre a mobilidade e posicionamento da grávida no primeiro e/ou segundo estágio do TP; sendo critério de exclusão artigos que incidissem sobre o terceiro e/ou quarto estágio do TP.

Conforme o recomendado pelo JBI, a estratégia de pesquisa deve ser feita em três fases distintas. Primeiramente, foi realizada uma pesquisa inicial, nas plataformas *EBSCOhost* (*CINAHL e MEDLINE*), *Google Académico* e *B-on*, para apropriação do tema,

onde foi possível extrair os termos utilizados definindo, assim, os termos naturais da pesquisa.

Seguidamente, a análise dos termos naturais permitiu definir os termos indexados para a pesquisa, podendo estes ser consultados no Apêndice II. A pesquisa, realizada nas bases de dados *Academic Search Complete*, *CINAHL Ultimate* e *MEDLINE Ultimate*, baseou-se na interligação dos termos indexados que se relacionam entre si com o operador booleano “OR” e cruzamento dos mesmos através do operador booleano “AND”, apresentada detalhadamente no Apêndice I. Esta pesquisa foi efetuada em maio 2023 e reproduzida em agosto de 2024, com o intuito de incluir a evidência científica mais atualizada.

No processo de extração de dados, foram identificados 57 artigos (12 da *Academic Search Complete*, 28 da *CINAHL Ultimate* e 17 da *MEDLINE Ultimate*), excluíram-se os duplicados e, após leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se 4 artigos para leitura integral, 3 dos quais deram resposta à questão proposta. A terceira etapa do processo preconiza a análise das referências bibliográficas de cada estudo selecionado, com o intuito de obter potenciais estudos adicionais, acrescentando 7 artigos. No final, foram contemplados 10 artigos para inclusão na RS, sendo o processo de triagem descrito apresentado sob forma de fluxograma adaptado, seguindo as recomendações do *PRISMA-ScR* (Peters et al., 2024) (Apêndice I).

Foram identificados 5 artigos de origem chinesa, 1 etíope, 1 nigeriano, 1 espanhol, 1 australiano e 1 iraniano, com um intervalo temporal entre 2016 e 2023. Na análise dos referidos artigos 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 materna – e *resultados fetais/neonatais*, com duas subcategorias – posicionamento fetal e bem-estar fetal/neonatal.

2.2. Segunda etapa: Desenvolvimento do Estudo descritivo e correlacional de abordagem predominantemente quantitativa

A realização da RS permitiu o aprofundar de conhecimentos sobre a temática, possibilitando a fundamentação da intervenção do EEESMO aquando do planeamento e individualização dos cuidados no âmbito da liberdade de movimentos e alcance de uma

experiência de parto positiva. Neste sentido, foi desenvolvido um estudo de carácter descritivo e correlacional, de abordagem predominantemente quantitativa, uma vez que se pretende identificar diferentes variáveis, descrevê-las e nomear as relações existentes entre elas (Fortin et al., 2009). Desta forma, definiu-se como objetivo geral do estudo compreender a influência da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF e na promoção de uma experiência de parto positiva, tendo como objetivos específicos descrever a intervenção do EEESMO na promoção da liberdade de movimentos no TP para uma experiência de parto positiva; identificar o contributo da liberdade de movimentos no TP nos resultados MF e analisar a relação entre a liberdade de movimentos no TP e os resultados MF e a experiência de parto positiva.

O método de seleção da amostra foi por conveniência, tendo sido incluídas, neste estudo, todas as grávidas no primeiro e/ou segundo estágio do TP, alvo dos meus cuidados durante o EC no BP, que manifestaram a sua concordância na participação no estudo. Foram excluídas quaisquer grávidas com contraindicação para um parto via vaginal; com patologia pré-existente ou adquirida na gravidez impeditiva da mobilização durante o TP; parturientes que recusaram a mobilização no TP ou cujo contacto se cingiu à fase ativa do segundo estágio do TP, não permitindo a colheita de dados.

A escolha e elaboração dos instrumentos de colheita de dados prendeu-se com as variáveis em estudo. A fim de compreender a influência da liberdade de movimentos no TP e na experiência de parto foram criados dois instrumentos distintos:

- ❖ **Formulário de colheita de dados durante o primeiro e segundo estágio de TP** (Apêndice III), onde se registaram dados que permitiam a caracterização sociodemográfica da amostra, dados referentes à liberdade de movimentos no TP (mobilidade e posicionamentos adotados e especificidades da mobilidade pélvica) e os seus resultados tendo por base os resultados identificados na RS: duração do TP, estratégias para gestão da dor no TP, tipo de parto, resultado perineal (laceração de grau I, II, III ou IV, de acordo com a classificação da *American College of Obstetricians and Gynecologists (2018)*, classificação do traçado de cardiotocografia (CTG) de acordo com o proposto pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Ayres-De-Campos et al., 2015) e Índice de Apgar (IA) para avaliar a adaptação do RN à vida extra uterina;

- ❖ **Questionário**, disponibilizado em formato *Google Forms* no pós-parto imediato, para ser preenchido pelas parturientes/puérperas, para avaliação da satisfação com a

experiência de parto relacionada com a liberdade de movimentos (Apêndice IV). Dividido em três partes, sendo a primeira o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para participação no estudo de investigação, após explicação sobre o âmbito e objetivos do estudo e a sua validação; a segunda e a terceira parte referiram-se ao primeiro e segundo estágio de TP, respetivamente, e englobaram 27 questões sobre a liberdade de movimentos e experiência de parto, nomeadamente quais os posicionamentos e exercícios de mobilidade que adotou, em que local, a frequência com que os realizou, em que medida a liberdade de movimentos e mobilidade pélvica foram facilitadoras do TP e da gestão da dor, se houve liberdade para se movimentar consoante o seu desejo e quem a proporcionou, se o TP correspondeu às suas expectativas e em que medida a liberdade de movimentos contribuiu para ter uma experiência de parto positiva. A tipologia de resposta variou consoante a questão, havendo 5 questões de escolha múltipla, com possibilidade de escolha de várias opções; 2 questões com respostas numa escala do tipo *Likert* de frequência [1=Nunca, 2=Raramente, 3=Por vezes, 4=Muitas vezes, 5=Sempre]; 6 questões com respostas numa escala do tipo *Likert* de satisfação de 5 pontos [1=Nunca, 5=Sempre]; 6 questões dicotómicas com a opção “Sim” e “Não”; e 8 questões de resposta aberta, com o objetivo de compreender melhor a perspectiva da mulher sobre influência da liberdade de movimentos no TP e na experiência de parto.

Uma vez colhidos os dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial para análise dos dados quantitativos, com recurso ao programa *Statistical Package for Social Science (SPSS versão 29)*. Relativamente aos dados qualitativos utilizou-se análise de conteúdo, considerando as fases defendidas por Bardin (2016) - pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. As categorias foram estabelecidas tendo por base o método indutivo, priorizando as perceções e experiências das participantes. No total emergiram 4 categorias associadas à mobilidade pélvica e liberdade de movimentos como facilitadoras do TP (Processo Fisiológico do TP, Gestão da Dor, Posicionamento e Mobilidade e Satisfação Materna) e 3 categorias associadas ao contributo da liberdade de movimentos para uma experiência de parto positiva (Facilitador do TP, Gestão da Dor e Satisfação Materna). Os resultados serão apresentados de forma detalhada, debatidos e confrontados com os resultados obtidos na RS, no subcapítulo 3.4.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Aquando da tomada de decisão de enveredar pela formação específica, tornei-me responsável pelo meu desenvolvimento pessoal e profissional, com o objetivo de me tornar EEESMO e Mestre nesta mesma área. Durante este percurso previu-se o desenvolvimento e domínio das CCEE, reconhecidas através da mobilização de conhecimentos, habilidades e capacidades para o contexto da prática clínica. A entidade responsável por regulamentar a prática de enfermagem destaca quatro domínios transversais a todas as esferas de atuação do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a). A manifestação dos referidos domínios relaciona-se com a prestação, gestão e supervisão dos cuidados, bem como com a formação e investigação no âmbito do exercício profissional especializado.

O referido regulamento distingue, ainda, dois tipos de competências: as específicas, que se fazem ver através da adequação dos cuidados às necessidades individuais da(s) pessoa(s) relacionadas com os processos de saúde/doença; e as acrescidas, referentes aos conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem uma evolução do exercício profissional (OE, 2019a). Desta forma, do Mestre e EEESMO é esperado mais do que um aperfeiçoamento das competências adquiridas no primeiro ciclo, tendo o dever de dar continuidade ao desenvolvimento do conhecimento obtido, através de uma nova visão dos cuidados, capaz de produzir evolução profissional, sustentado pela investigação e reflexão sobre a prática clínica, com consciência de si e do coletivo da profissão. Para a obtenção deste grau académico, é exigido ao profissional a capacidade de aplicar os seus conhecimentos e pensamento crítico na resolução de problemas, em contextos novos e desafiadores na sua área da especialidade, lidando com situações complexas que requerem a tomada de decisões adequadas. Deve, ainda, demonstrar habilidades e competências comunicacionais, de forma a transmitir as suas conclusões, bem como o raciocínio subjacente, ao seu público-alvo, de forma clara e precisa. E, por último, deve apresentar competências de aprendizagem que permitam um crescimento contínuo, individual ou orientado (Decreto-Lei nº 74/2006).

Atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO (OE, 2021) e ao regulamentado pela OE (2019b), o EEESMO cumpre um papel fundamental, assumindo uma intervenção alargada que abrange o cuidado físico e psicológico, a educação para a saúde (EpS) nas diferentes áreas de atuação e a colaboração com a equipa multidisciplinar. Sendo a mulher a principal beneficiária dos cuidados de enfermagem desta especialidade, compete ao EEESMO intervir no planeamento familiar, período preconcepcional, pré-natal, TP, período pós-natal, climatério e processos de saúde/doença ginecológica; sendo da sua responsabilidade atuar na prevenção, identificação e resolução de problemas e necessidades específicas.

As experiências e habilidades adquiridas nos vários contextos clínicos contribuíram para o desenvolvimento das competências anteriormente referenciadas, sustentadas por uma prática reflexiva, alicerçadas na mais recente evidência científica e guiadas pela Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. A sumarização das atividades práticas realizadas durante a jornada académica encontra-se anexa ao presente RE (Anexo I) e a sua análise crítica e reflexiva será exposta nos subcapítulos subsequentes.

3.1. Formação de suporte, aquisição e divulgação de conhecimento

No decorrer deste percurso foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências, capazes de gerar mudança, melhoria e evolução. A participação em seminários e congressos foi fundamental para a aquisição e atualização de conhecimentos, assim como para a reflexão crítica sobre a prática assistencial. Além disso, permitiram a partilha do conhecimento adquirido ao longo do percurso formativo.

Como referido anteriormente, foi realizada uma RS sobre a temática em estudo, da qual resultou o póster intitulado *“Mobility and Positioning of Pregnant Women in Labor: Scoping Review”*, apresentado na 2ª Conferência Internacional do CIDNUR - *Nursing Trends: research for better health – Lisbon 2024* (Apêndice V). Ainda neste contexto, foi submetido e aceite para publicação na revista Pensar em Enfermagem o respetivo resumo (Apêndice VI).

Os Modelos Assistenciais Liderados por EEESMO/Parteira foram a temática central no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, tendo participado como co-autora do póster *“Mamoplastia e o (in)sucesso da amamentação”* (Apêndice VII), distinguido com o 3º prémio (Anexo II). Ainda

no âmbito da formação participei nos seminários “Fazer a diferença na amamentação”, “Promoção de Experiências Positivas na Gravidez”, “*Care4Birth – International Midwife Day*” e nas XVI Jornadas Internacionais de Obstetrícia “Por uma vida melhor...”. Os diversos certificados de participação podem ser consultados no Anexo III.

Além das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de EC, planeei e executei sessões de formação e de EpS e desenvolvi material de suporte para diferentes temáticas relacionadas com a ESMO. Com o objetivo de capacitar as grávidas e casais para a vivência de uma experiência de parto positiva elaborei um folheto informativo sobre a Liberdade de Movimentos, onde se apresenta o conceito na globalidade, as vantagens e sugestões de mobilizações e posicionamentos a adotar durante o TP, que foi entregue às grávidas no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) ou durante o TP (indução ou fase ativa do TP) (Apêndice VIII). No contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) realizei uma sessão de EpS, incluída no CPPP, relacionada com a temática aqui apresentada, cujo planeamento e avaliação podem ser consultados nos Apêndices IX e X, respetivamente.

A divulgação de conhecimento contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da prática baseada na evidência. Neste sentido, durante o EC de BP, realizei uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar, com o objetivo de 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, onde foram apresentados os resultados da RS. O planeamento, a sessão e a respetiva avaliação podem ser consultadas no Apêndice XI, XII e XIII.

3.2. Cuida a mulher no âmbito do planeamento familiar, período preconcecional e pré-natal

O desenvolvimento de competências específicas para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar (PF), durante o período preconcecional e pré-natal, ocorreram, maioritariamente, em situação de consulta de enfermagem especializada (CEE) no contexto de CSP e no internamento de Medicina Materno-Fetal (MMF). Nestes contextos, o EEESMO deve ser capaz de instituir e implementar programas de intervenção e de EpS, de forma a promover vivências

positivas e saudáveis da sexualidade, gravidez e parentalidade, bem como identificar precocemente desvios da normalidade e encaminhar em conformidade.

Os vários componentes da Saúde Sexual, Reprodutiva e Ginecológica têm a capacidade de se influenciar. Desta forma, a deterioração de um elemento condiciona a preservação dos outros, assim como a sua promoção facilita a melhoria dos outros. Por esta razão, as consultas de PF são um elemento essencial na promoção de estilos de vida saudáveis através do aconselhamento sexual e contraceutivo, prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero (CCU) e do cancro da mama e através dos cuidados preconcepcionais (DGS, 2008). Esta consulta assegura a informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, destinando-se a qualquer indivíduo em idade fértil, nomeadamente mulheres até aos 54 anos e homens, sem limite de idade (Decreto-Lei nº 259/2000; DGS, 2008). Num total de 55 consultas realizadas, 16 anos foi a idade mínima e 52 a idade máxima das mulheres que recorreram à consulta de PF. Atendendo à população-alvo da consulta de PF, o EEESMO deve focar a sua atenção, em particular, em mulheres que recorreram à contraceção de emergência ou interrupção da gravidez; com doença crónica que contraindique uma gravidez não programada; com mais de quatro filhos; com idade inferior a 20 anos e superior a 35; cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a dois anos e puérperas (DGS, 2008).

A infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), é responsável por lesões intraepiteliais do colo do útero e por cerca de 99,7% dos CCU invasivos, ocorrendo a sua transmissão via sexual (Costa & Neves, 2019a). A prevenção do CCU tem por base a prevenção primária, que consiste na vacinação contra o HPV, incluída no Plano Nacional de Vacinação e a prevenção secundária, que inclui o rastreio do CCU, destinado à população do sexo feminino com idades compreendidas entre os 25 e 65 anos, inclusive. Os métodos de rastreio do CCU têm permitido a diminuição da incidência e da mortalidade associada ao mesmo e incluem a genotipagem do HPV e a citologia cervical. Esta última realiza-se através da colheita de células do colo do útero, com o objetivo de identificar anormalidades celulares, exigindo uma observação cuidada para possível identificação de alterações do colo do útero (Costa & Neves, 2019a, 2019b). No decorrer do EC houve oportunidade de realizar 17 rastreios, maioritariamente em consulta previamente agendada para o efeito, todavia alguns rastreios foram oportunistas, como se verifica tendencialmente em Portugal (Costa & Neves, 2019b). Além disso, houve

oportunidade de analisar e interpretar os relatórios clínicos e comunicar os seus resultados, assim como encaminhar as utentes para a consulta de patologia cervical, quando necessário. A intervenção e EpS realizadas neste contexto exigiram um aprofundar do conhecimento sobre o programa nacional de rastreio, a infeção pelo HPV e as alterações do colo do útero. O trabalho realizado proporcionou a aquisição de habilidades e competências alusivas à informação e orientação sobre os recursos disponíveis na comunidade, bem como ao planeamento e implementação de intervenções de proteção e promoção da saúde, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, de rastreio e diagnóstico da condição de saúde da mulher (OE, 2019b).

A procura de aconselhamento contracetivo é essencial para assegurar a eficácia dos métodos contracetivos. Com base no seu conhecimento, o EEESMO deve orientar, informar, esclarecer e apoiar as mulheres no contexto do PF, para que estas possam garantir o seu bem-estar a curto, médio e longo prazo, durante qualquer processo de mudança (OE, 2019b; Swanson, 1993). Face a uma CEE, é expectável uma intervenção personalizada, consequente de uma avaliação prévia e planeamento dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de alcançar a máxima capacitação da utente (Portaria nº 306-A/2011, 2011). Assim, a intervenção realizada baseou-se na recolha de dados para a anamnese e compreensão dos objetivos específicos e expectativas da utente, seguindo-se a disponibilização de informação sobre os diversos métodos disponíveis, comparando as suas vantagens e desvantagens, modo de ação e eficácia, e de que forma se relacionam com a sua correta utilização, os efeitos adversos mais frequentes e potenciais riscos, as medidas a adotar em caso de falha, os possíveis riscos de uma gravidez não planeada, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, entre outros e, por último ao término de cada consulta, o registo no Boletim de Saúde Reprodutiva/PF, assegurando a correta transmissão de informação e continuidade dos cuidados (DGS, 2008).

As competências adquiridas neste âmbito permitiram-me ajustar o aconselhamento às diferentes situações clínicas e objetivos da mulher, nomeadamente a colocação de um implante contracetivo em detrimento do anticoncepcional oral combinado, detetar problemas relacionados com o método contracetivo escolhido, como o caso da hemorragia uterina anómala associada ao implante contracetivo, remoção do mesmo e administração de contracetivo injetável, identificar casos cujo aconselhamento não era apropriado à condição clínica, como o caso de uma utente a efetuar

anticoncepcional oral combinado com contraindicação para tal, referenciando as situações que saíam da esfera de atuação do EEESMO. Além de todas as recomendações e orientações, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008) preconiza, ainda, que a ligação entre os serviços que realizam a interrupção voluntária da gravidez e a consulta de PF deve ser protocolada e garantida. Neste âmbito, foi possível informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto (OE, 2019b).

No que concerne ao aconselhamento preconcepcional, a OMS (2012) destaca a sua relevância para a saúde reprodutiva através da promoção da saúde, da prevenção de complicações durante a gravidez e, posteriormente, no parto e período pós-parto, contribuindo assim para a redução da morbilidade e mortalidade materno-infantil, devendo ser iniciado sempre que a mulher/casal manifesta a intenção de engravidar. No desenrolar do EC, não se proporcionou a prestação de cuidados preconcepcionais. Nas diversas consultas de vigilância da gravidez realizadas, pude observar que uma parte significativa das mulheres/casais não planeou a gravidez ou, apesar de terem planeado, não procuraram ou desconheciam a importância dos cuidados de saúde preconcepcionais. A CEE no período preconcepcional visa promover a saúde da mulher/casal, identificando precocemente fatores de risco modificáveis, incentivando mudanças de hábitos e corrigindo comportamentos, avaliar o risco de anomalias reprodutivas/genéticas e encaminhar para aconselhamento especializado, compilar e comunicar todas as recomendações pertinentes e incentivar a participação ativa do parceiro/a (DGS, 2006, 2023; Guerreiro & Dias, 2016).

A intervenção especializada de enfermagem no período pré-natal é um *continuum* da intervenção iniciada no preconcepcional. A evidência científica disponível expressa uma relação clara entre a qualidade da assistência pré-natal e os ganhos em saúde obtidos. Tendo em conta a área de atuação e a intervenção especializada do EEESMO este assume intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, sendo reconhecido como o profissional de referência para a vigilância da gravidez de baixo risco, oferecendo benefícios à grávida/casal/RN, sem comprometer a necessária colaboração multidisciplinar (ICM, 2019; OE, 2019b; Torgal, 2016). A abrangência da vigilância da gravidez centra-se nos cuidados pré-natais, na EpS e na preparação para o parto e parentalidade (DGS, 2015).

Ao longo do EC tive oportunidade de prestar cuidados a várias mulheres, com diferentes idades gestacionais e necessidades, recorrendo ao raciocínio clínico para adequação e priorização dos cuidados. A participação ativa e realização de 47 consultas de enfermagem pré-natal permitiu a aquisição da competência “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2019b, p. 13562). Para esse fim, o estabelecimento de uma relação terapêutica, tendo por base os princípios básicos do aconselhamento, contribuíram para conhecer a grávida/casal e identificar as suas necessidades individuais, delineando mentalmente os temas a abordar em cada consulta, adequados à idade gestacional. De uma forma resumida a EpS incluiu temáticas como: adaptações fisiológicas da mulher ao seu estado gravídico; hábitos e estilos de vida saudáveis ou potencialmente prejudiciais à gravidez; sinais e sintomas de desvios da normalidade na gravidez e necessidade de procurar ajuda especializada; esquema, periodicidade e importância da vigilância pré-natal (nomeadamente consultas e exames de diagnóstico pré-natal); recursos disponíveis na comunidade e gestão de expectativas face à gravidez e nascimento, numa perspetiva de colaboração na elaboração do plano de parto. O *cuidar*, centrado na mulher grávida, foi orientado para o desenvolvimento das suas capacidades e competências, de modo a promover a sua participação ativa no processo de cuidados e na tomada de decisões (Swanson, 2015).

Considerando as particularidades da vigilância da gravidez, o domínio das competências específicas do EEESMO é essencial para identificação e monitorização de desvios à gravidez fisiológica. Assegurar a suplementação com ácido fólico e iodo, avaliar sinais vitais, avaliar o peso e determinar o índice de massa corporal, avaliar a presença de edemas, realizar análise sumária de urina, avaliar a altura uterina e realizar auscultação dos batimentos cardíacos fetais (após as 12 semanas de gestação) foram algumas das intervenções específicas realizadas neste contexto, assim como o respetivo registo no boletim de saúde da grávida e agendamento da consulta seguinte (Henriques & Santos, 2016; Marchão & Soares, 2016; Torgal, 2016). O grau de risco na gravidez, de acordo com a Tabela de Goodwin Modificada, é variável, pelo que foi reavaliado em todas as consultas, juntamente com a análise dos exames laboratoriais e ecográficos previstos para os diferentes trimestres, referenciando as situações que estão para além da área de atuação

do EEESMO, tendo em consideração os critérios de referência para consulta pré-natal em hospitais com cuidados obstétricos (DGS, 2023; OE, 2019b; Orfão, 2016).

Enquadrados nos cuidados pré-natais, surgem os cuidados à grávida/casal em situação de risco MF, nos quais o EEESMO é responsável por conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e cooperar com outros profissionais nos cuidados a estas mulheres (OE, 2019b).

A vivência de uma gravidez saudável é, frequentemente, associada a emoções positivas e a uma sensação de bem-estar. Contudo, os sentimentos experienciados podem ser ambivalentes, variando entre o encanto e expectativas favoráveis e o medo e a insegurança (DGS, 2005; Rodrigues et al., 2020). Ao longo da gravidez, podem surgir situações que condicionam a sua evolução fisiológica, desencadeando ou intensificando sentimentos negativos, como culpa, incerteza ou receio (Benincasa et al., 2019). Ocasionalmente, as alterações clínicas podem exigir internamento hospitalar, de modo a assegurar o acompanhamento, monitorização e vigilância de sinais e sintomas, assim como a prevenção e tratamento de complicações MF. O internamento prolongado, devido a patologias maternas e/ou fetais, pode afetar o estado emocional da grávida/casal, dificultar uma vivência saudável da gravidez e provocar alterações na dinâmica familiar (Amaral & Correia, 2012; Wanderley et al., 2022). Neste contexto, uma atitude de escuta ativa e empática, disponível e próxima possibilitou o “conhecer” o outro, estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, viabilizando oportunidades para reconhecer as necessidades individuais de cada grávida e atuar em conformidade, menorizando o impacto do internamento prolongado, destacando o *cuidar* como conceito central na prática de enfermagem e na forma como nos relacionamos com o outro (Amaral & Correia, 2012; Berstain-García et al., 2022). Esta abordagem de “estar com”, possibilitou, também, a aquisição de competências no âmbito da promoção da saúde mental na vivência da gravidez, do planeamento, implementação e avaliação de intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez, com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, cooperando com a equipa multidisciplinar quando necessário (OE, 2019b).

As patologias ou situações clínicas mais comuns que resultam em internamento no Serviço de MMF são a Ameaça de Parto Pré-termo, Colestase Gravídica, Diabetes

Mellitus ou Gestacional, estados hipertensivos da gravidez (Hipertensão Gestacional, Pré-Eclâmpsia (PE)), gravidez gemelar (GG), hemorragias (do segundo ou terceiro trimestre), Restrição do Crescimento Fetal e Rotura Prematura de Membranas Pré-termo. Uma atuação crítico-reflexiva, permitiu o desenvolvimento de raciocínio clínico, face à patologia e individualização do plano de cuidados. Consoante cada situação clínica foram desenvolvidas competências relacionadas com intervenções autónomas do EEESMO, nomeadamente: auscultação dos batimentos cardíacos e monitorização cardiotocográfica, após realização das manobras de Leopold; vigilância de sinais vitais e de sinais e sintomas sugestivos de agravamento do estado clínico; realização de EpS e promoção do bem-estar físico, psicológico e emocional (OE, 2019b). Foram ainda realizadas intervenções interdependentes ajustadas à condição de saúde e respetiva fisiopatologia, como instituição dos protocolos de atuação clínica onde se inclui a administração de terapêutica tocolítica, corticoterapia, antibioterapia, neuroproteção fetal, terapêutica antidiabética, anti-hipertensiva e antitrombótica, entre outras (Areia et al., 2018; Graça, 2017b; Ovalle & Figueroa, 2021).

A intervenção autónoma do EEESMO, através da avaliação do bem-estar MF pelos meios clínicos e técnicos apropriados, permitiu identificar os “desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019b, p.13562). Em particular, numa situação de Ameaça de Parto Pré-termo, após manifestação de algias pélvicas, iniciou-se a CTG, tendo sido identificada uma situação de desaceleração prolongada da frequência cardíaca fetal (FCF), associada a hipertonia uterina, caracterizada pela ocorrência de uma contração prolongada com duração superior a 60 segundos (WHO, 2017). A urgência da situação implicou uma atuação rápida que incluiu o posicionamento em decúbito lateral esquerdo, de forma a melhorar a perfusão útero-placentar, administração de soroterapia via endovenosa e notificação da equipa médica de urgência (Gülümser et al., 2022). Uma vez que as medidas tomadas não foram suficientes para reverter a situação, assumiu-se e assegurou-se a transferência da grávida para o BP (OE, 2019b), onde foi transmitida toda a informação relevante e realizados os respetivos registos de ocorrências.

A visão holística do cuidar compreende os processos da teoria de Swanson, orientando a prática do EEESMO no sentido de oferecer cuidados que respeitam a autonomia da mulher, enquanto proporcionam intervenções baseadas em evidência

para garantir a segurança e o bem-estar MF. A autora defende que o EEESMO deve agir em nome da mulher, realizando tarefas que esta não consegue executar devido à sua condição de saúde (Swanson, 1993). Atendendo à situação clínica, foram priorizados outros focos de atenção onde se incluiu a preparação para o parto e parentalidade de um RN prematuro e as suas implicações (OE, 2019b). Neste âmbito, além das competências anteriormente relatadas, implementaram-se intervenções de promoção do aleitamento materno (AM) (OE, 2019b), apresentando às grávidas/casais o projeto a decorrer no hospital, sobre a extração e administração precoce de colostro orofaríngeo a RN prematuros (< 35 semanas), informando sobre as vantagens e técnicas adequadas à sua realização. A capacitação da grávida envolve o encorajamento e promoção da sua autoeficácia, facilitando o envolvimento ativo no seu processo de cuidados (Oliveira et al., 2018).

A orientação e elucidação sobre a sua condição clínica favorecem uma melhor aceitação do estado de saúde e, conseqüentemente, melhor aceitação e compreensão das intervenções propostas. Porém, para alcançar esta capacitação é necessário investir na relação estabelecida com o outro (Berstain-García et al., 2022). Remetendo para uma situação de cuidados específica vivenciada no EC: Grávida com GG monocoriônica-biamniótica, resultante de técnica de reprodução medicamente assistida, com complicações associadas (PE precoce, restrição de crescimento fetal e crescimento fetal discordante). Pelo risco aumentado de complicações MF, a GG exige uma vigilância acrescida e especializada, as complicações diagnosticadas, associadas ao tipo de placentação, tornaram esta situação específica numa situação clínica de grande complexidade. O diagnóstico de PE precoce (antes das 34 semanas), associado à GG monocoriônica-biamniótica e restantes complicações, motivaram o internamento às 32 semanas + 3 dias, para vigilância do bem-estar MF e provável programação do parto. Com conhecimento da condição clínica, a grávida perpetuava uma postura negacionista quanto às preocupações dos profissionais. O plano de cuidados focou-se, além da atuação clínica recomendada, na premissa de que o EEESMO deve confiar nas capacidades internas da mulher para lidar com as adversidades da gravidez e estimular o uso desses recursos para a gestão de expectativas e determinação de metas realistas. No espaço de três semanas, as intervenções implementadas originaram alterações no padrão de aceitação da gravidez com complicações, mostrando que o *cuidar* pelo

EEESMO deve ser visto como um fator de protetor na vivência saudável da gravidez, visando uma experiência positiva no período pós-natal (Benincasa et al., 2019; Swanson, 2015).

O cuidado especializado à grávida/casal em situação de risco MF possibilitaram o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências específicas, técnicas e humanas, através da monitorização e avaliação da saúde MF e cooperação com outros profissionais no tratamento necessário, da intervenção na promoção de medidas de suporte para alívio dos desconfortos associados à gravidez e ao internamento (através da colaboração com a equipa multidisciplinar na personalização da dieta e no ensino de posturas de alívio de algias lombares ou cervicais, fornecendo dispositivos de suporte), da promoção do plano de parto, do aconselhamento e apoio à mulher na suas decisão, entre outras (OE, 2019b).

A EpS é transversal aos diversos contextos da intervenção de enfermagem. Os CPPP e Recuperação Pós-Parto (CRPP) têm como objetivo fomentar a confiança e desenvolver competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, promovendo habilidades de vinculação, através de um processo de promoção do conhecimento, bem-estar e segurança, em parceria com as mulheres e pessoas significativas durante a gravidez, parto e pós-parto (DGS, 2015).

No contexto clínico as inscrições para a participação no CPPP ultrapassavam significativamente o número de participantes recomendado pela DGS (2020). De forma a transpor esse constrangimento e dar resposta a todos os interessados em participar, o CPPP é disponibilizado em formato híbrido, presencial e *on-line*, e conta com a colaboração de uma fisioterapeuta e de um psicólogo. Comprometi-me a participar no "Curso de Preparação para o Nascimento 1/2024", acompanhando um grupo de grávidas/casais, que aceitou a minha participação, respondendo de forma ativa às minhas iniciativas de dinamização, as quais incluíram três visitas à maternidade do Hospital de Referência e a apresentação de uma sessão de EpS sobre o tema da Liberdade de Movimentos e Experiência de Parto Positiva, como referido anteriormente.

Enquanto futura EEESMO participei ativamente em todas as sessões do CPPP tendo desenvolvido competências para planear, coordenar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de preparação para o parto e parentalidade responsável, de promoção do AM e de promoção do plano de parto, através do

aconselhamento e apoio na decisão (OE, 2019b). Em diferentes sessões, teóricas e práticas, foi possível aprofundar a temática em estudo, em particular quando abordado o trajeto do feto durante o TP e as estratégias não farmacológicas de alívio da dor; sessões nas quais, sob a minha orientação, se realizaram exercícios de mobilidade pélvica favoráveis ao desenrolar fisiológico do TP.

3.3. Cuida a mulher durante o trabalho de parto

A prestação de cuidados especializados em contexto de BP e MMF foi essencial para o desenvolvimento de competências para cuidar a mulher e família durante o TP, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2019b). Algumas entidades, ICM (2019), reconhecem no EEESMO/parteira as competências para avaliar e cuidar a parturiente, promovendo os processos fisiológicos do TP através de intervenções adequadas e oportunas, intervindo na identificação precoce de complicações MF e neonatais e afirmam que “a vigilância do TP de baixo risco é tarefa e responsabilidade de um EEESMO”, sendo a assistência ao parto de termo eutócico (PTE) preferencialmente assegurada pelos mesmos (DGS, 2023, p. 2).

As grávidas são admitidas no BP por motivos de monitorização do bem-estar MF, ameaça de parto pré-termo, indução do TP ou TP, rotura prematura das membranas ou para cesariana eletiva. No momento de admissão e acolhimento ao serviço (pelo EEESMO que acompanha a grávida/família) realizei uma avaliação inicial detalhada, que incluiu a colheita de dados como o índice obstétrico, grupo sanguíneo, idade gestacional, antecedentes pessoais, serologias, apresentação fetal, características do líquido amniótico (LA), entre outros, de modo a assegurar um cuidado personalizado e ajustado às suas necessidades.

No primeiro contacto, apresentei-me como enfermeira e mestranda do CMESMO, demonstrando total disponibilidade para o acompanhamento, sem qualquer recusa por parte das mulheres. Nessa interação, procurei conhecer a mulher alvo dos meus cuidados e compreender se havia um plano de parto (escrito ou mental), discutindo-o para que, conjuntamente, pudéssemos “atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2019b, p. 13563), incentivando a comunicação como base da relação terapêutica entre a parturiente, a pessoa significativa e o EEESMO (Medeiros et al., 2019). Refletir sobre o plano de parto

permitiu esclarecer dúvidas e gerir expectativas, aumentando a confiança e a participação ativa da mulher no TP, proporcionando uma experiência mais positiva (Garrett & Santos, 2021). Durante a minha intervenção, assegurei o respeito pela(s) mulher(es) que acompanhava e advoguei pelo seu bem-estar, garantindo a informação sobre a sua condição e as intervenções propostas, promovendo uma sensação de controlo e envolvimento no processo decisório, assegurando um ambiente seguro tanto do ponto de vista clínico como emocional, com apoio e suporte contínuo (Oliveira et al., 2018; Swanson, 2015).

O TP envolve um conjunto de fenómenos fisiológicos que resultam na contratilidade uterina regular, extinção e dilatação do colo uterino e progressão fetal pelo canal de parto, culminando na sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, 2017). No decorrer do EC, acompanhei cerca de 100 mulheres nos diferentes estádios do TP. A indução do TP deve ser considerada apenas em circunstâncias específicas onde os benefícios MF superam os de prolongar a gravidez. O internamento nestes casos é justificado por indicações clínicas, tais como gravidez prolongada (≥ 41 semanas, segundo o protocolo institucional) ou patologias associadas (DGS, 2015a; Fonseca, 2016; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2021). Ao longo do EC acompanhei grávidas em processo de indução de TP, trabalhando em colaboração com a equipa multidisciplinar na determinação do Índice de Bishop, que se assume como critério preponderante na orientação da escolha do método de indução, podendo influenciar o êxito da mesma e, por conseguinte, a experiência da grávida (Amando et al., 2020; Fonseca, 2016b; Graça, 2017a).

A fase latente do TP caracteriza-se por contrações uterinas dolorosas que se traduzem em apagamento e dilatação do colo até aos 5 cm, enquanto a fase ativa envolve contratilidade regular e progressiva dilatação cervical até à dilatação completa (DGS, 2023). A dor no TP, embora fisiológica, pode ser gerida através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, conforme vontade da parturiente. O movimento é a resposta fisiológica mais relevante pela adoção de posições que diminuem a compressão e resistência (Pedro & Oliveira, 2016). Disponibilizei o folheto desenvolvido por mim com intuito de incentivar a mobilidade e posicionamento durante o TP e ensinei, instruí e assisti as parturientes na utilização da bola de parto e adaptação da técnica do *rebozzo*, integrando exercícios que promovessem a mobilidade pélvica e incentivando a

participação da pessoa significativa nos cuidados. A hidroterapia, musicoterapia e aromaterapia foram disponibilizadas como estratégias complementares. Quando questionada sobre métodos farmacológicos, informei e esclareci sobre as várias alternativas e implementei intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor em colaboração com outros profissionais (OE, 2019b). Muitas parturientes optaram por analgesia locorregional pela incapacidade de gerir a dor constante, cientes de que esta atuava como condicionante para a sua mobilidade e evolução do TP. Atendendo às suas preferências, adequiei a minha intervenção para garantir a mobilidade no leito, recorrendo à almofada de equilíbrio e bola amendoim para adoção de posicionamentos, de forma a promover o conforto e bem-estar, retornando à mobilidade não condicionada quando possível. A administração de fármacos em baixas dosagens - "*walking epidural*" - está associada a menor risco de retenção urinária e cateterização vesical e proporcionam um alívio eficaz da dor e menor bloqueio motor (Verastegui-Martín et al., 2023).

A vigilância e monitorização do TP, com recurso à CTG, foi essencial para o diagnóstico precoce do risco MF e prevenção de possíveis complicações. Através das Manobras de Leopold, determinei a posição e foco fetal e otimizei a auscultação da FCF, assegurando o correto posicionamento materno para melhorar a perfusão útero-placentar e evitar as perdas de sinal da FCF (Santana & Figueiredo, 2016). A monitorização interna da FCF é uma intervenção a considerar quando não se obtém um traçado preciso que permita a sua leitura e análise (Ayres-De-Campos et al., 2015), tendo sido necessário a sua realização por duas vezes ao longo do EC. A interpretação subjetiva do traçado de CTG pode resultar em intervenções desnecessárias ou ausência de intervenções apropriadas. Posto isto, considerei a linha basal, variabilidade, acelerações, desacelerações e contratilidade uterina, procedendo à classificação do traçado de CTG como normal, suspeito ou patológico, referenciando as situações que estavam para além da minha área de atuação (Ayres-De-Campos et al., 2015; OE, 2019b).

A avaliação da evolução do TP através do exame vaginal deve ser criteriosa e cuidada, considerando que pode ser incómodo e *stressor*. Antes da sua realização justifiquei a pertinência do procedimento e de que forma os dados obtidos poderiam ser relevantes para a tomada de decisão clínica, tendo obtido sempre o consentimento. Através do toque vaginal identifiquei as características do colo uterino e determinei o Índice de Bishop, a variedade da apresentação fetal, a condição da bolsa amniótica e as

características do LA quanto à coloração e cheiro, quando aplicável. Em duas situações particulares, para avaliação das características do LA por alterações da CTG, foi necessário o recorrer à amniotomia, como meio complementar de diagnóstico do bem-estar fetal uma vez que permite a identificar desvios ao padrão normal de evolução do TP (OE, 2019b). A comunicação dos resultados à grávida e pessoa significativa contribuíram para o fortalecimento da relação de confiança estabelecida e aceitação das intervenções propostas (Amaral & Martins, 2016; Swanson, 1993).

As expectativas criadas durante a gestação estão associadas à vida, e nunca à morte (Miranda & Zangão, 2020). Enquadrada no cenário de desvio da normalidade da gravidez e TP surgiu a morte fetal/neonatal, implicando uma compreensão profunda das necessidades psico-emocionais e físicas da grávida e família, tendo proporcionado um ambiente seguro para a expressão de emoções e assegurado o apoio da equipa multidisciplinar. O diagnóstico de morte fetal conduz à indução do TP e, embora a dor seja fisiológica, procurei minimizá-la, dado o impacto emocional envolvido. A gestão emocional do EEESMO não deve ultrapassar as emoções vivenciadas pela parturiente/puérpera e respetiva família (Miranda & Zangão, 2020). Nas duas situações de morte fetal e uma de morte neonatal que acompanhei mostrei o meu profundo pesar, manifestei empatia e disponibilizei o meu abraço como conforto num momento inimaginável. As situações difíceis que resultaram no apoio à mulher e família em processo de luto em caso de morte fetal/neonatal permitiram-me o desenvolvimento de competências humanísticas para um cuidado holístico e compassivo (OE, 2019b, 2019a).

A conjuntura emocional dita a forma como lidamos com as situações, no entanto, quando perante o segundo estágio do TP o foco dos cuidados centra-se na assistência e promoção de um parto seguro. Este é designado por período expulsivo e a sua duração é variável, consoante sejam nulíparas ou múltiparas (Machado & Graça, 2017; WHO, 2018). Este período divide-se em duas fases: passiva, que corresponde à dilatação completa sem esforços expulsivos, acompanhada pela descida da apresentação fetal; e ativa, caracterizada pelo involuntário e incontroável desejo de iniciar esforços expulsivos e que termina com o nascimento do feto (Cohen & Friedman, 2024; DGS, 2023).

A liberdade de movimentos e da escolha da posição a adotar durante o período expulsivo tem uma influência positiva no mesmo, segundo a perspetiva das mulheres, e deve ser incentivada a fim de evitar que este se prolongue além do recomendado (Pulpito

et al., 2022; WHO, 2018). A adoção de posições verticalizadas concorre para a redução da duração do TP, em particular do segundo estágio, uma vez que a ação da gravidade favorece a contratilidade uterina, a descida da apresentação fetal e ativa o reflexo de Ferguson (Hacivelioğlu et al., 2023; Verastegui-Martín et al., 2023). Ademais, posições que permitam a mobilidade pélvica, em particular do sacro, facilitam a adequação dos seus diâmetros em relação ao feto e vice-versa (Borges et al., 2021). Por conseguinte, na fase passiva do período expulsivo, estimei a adoção de movimentos e posicionamentos que ampliassem o estreito inferior da bacia, e na fase ativa capacitei as parturientes através da partilha das várias opções de escolha no que diz respeito às posições a adotar e incentivei (“fazer por”) as posições verticalizadas (Oliveira et al., 2018). Tive a oportunidade de assistir 22 PTE em posição semi-sentada, 17 em decúbito lateral, 4 de cócoras, 3 em pé, 5 na posição de quatro apoios e 3 no banco de parto. As técnicas de proteção perineal mais frequentemente aplicadas incluíram a massagem perineal, a técnica de *Hands-on* com reduzida manipulação perineal e o incentivo a um período expulsivo controlado através da respiração (Okeahialam et al., 2024; WHO, 2018). Apesar dessas intervenções, somente cerca de 13% das parturientes que assisti não apresentaram qualquer tipo de laceração, enquanto aproximadamente 72% sofreram lacerações de primeiro grau, não tendo sido registadas lacerações graves do períneo. Diversos autores sugerem uma correlação entre a posição adotada no período expulsivo e os resultados perineais, podendo esta ser considerada um fator protetor contra o trauma perineal (Huang et al., 2019, 2023; Zang et al., 2020; Zhang et al., 2016). A sutura das lacerações perineais foi ajustada à situação em questão, nomeadamente a técnica de sutura e material selecionado (OE, 2019b). Após a reparação perineal, prestei cuidados de higiene, disponibilizei a crioterapia para alívio da dor e realizei EpS, promovendo a saúde física e emocional da mulher.

Após o nascimento, coloquei os RN em contacto pele-a-pele, secos e aquecidos, e privilegiei o corte tardio do cordão umbilical pela pessoa significativa (ICM, 2019). O terceiro estágio do TP corresponde ao intervalo de tempo entre a expulsão fetal e a expulsão da placenta. Identifiquei os sinais de dequitação (aumento aparente do cordão, saída súbita de sangue à vulva, contração uterina) e mantive uma atitude expectante, tendo sido necessário, por vezes, realizar uma tração controlada do cordão e massagem uterina (Fatia & Tinoco, 2016). A inspeção meticulosa da placenta permitiu perceber a

integridade da mesma e das membranas amnióticas, sendo necessário a realização de uma revisão uterina pós-dequitação, após esclarecimento e consentimento da parturiente (OE, 2019b). Após confirmação do globo de segurança de Pinard e das perdas hemáticas, iniciei a perfusão de ocitocina, como intervenção recomendada para a prevenção da hemorragia pós-parto (WHO, 2018).

A vigilância e monitorização do TP permitiu identificar desvios ao padrão normal de evolução do mesmo, tendo colaborado com a equipa multidisciplinar em 13 partos de termo distócicos (ventosa e/ou fórceps) por traçados de CTG suspeitos/patológicos e em 3 partos pré-termo eutócicos. Nestas situações assegurei a reanimação do RN, assim como realizei a avaliação imediata do mesmo, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina com respeito pela adaptação fisiológica do RN, privilegiando o contacto pele-a-pele ininterrupto durante pelo menos 60 minutos, protelando intervenções desnecessárias (como a pesagem) e promovendo do AM (Brimdyr et al., 2020; OE, 2019b; Widström et al., 2019). A administração da Vitamina K como profilaxia da doença hemorrágica do RN foi realizada em contacto pele-a-pele e após o devido esclarecimento e consentimento dos pais (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2023). Nos primeiros cuidados ao RN foi ainda assegurada a identificação do mesmo através da colocação de uma pulseira de identificação.

O quarto estágio do TP tem a duração aproximada de duas horas e é o período após o parto em que a puérpera e o RN necessitam de uma vigilância acrescida, devido ao risco de hemorragia pós-parto e à adaptação do RN à vida extra-uterina (Lowdermilk et al., 2021). Neste âmbito, realizei uma avaliação cuidada da(s) puérpera(s) e RN simultânea à EpS, com o objetivo de capacitar a mãe para o autocuidado e para os cuidados ao RN. Após garantir a estabilidade hemodinâmica e obstétrica, assegurei a transferência da díade para o internamento (OE, 2019b).

3.4. Cuida a mulher na liberdade de movimentos

O conceito de Cuidar abrange a prática fundamentada em evidência, o respeito pela dignidade humana e a gestão de expectativas individuais e coletivas (Oliveira et al., 2018). Com vista a proporcionar uma experiência de parto positiva o cuidado centrou-se na importância da liberdade de movimentos como promotora da mesma. No presente subcapítulo apresentam-se os resultados do estudo, seguindo-se a sua discussão, tendo

por base os objetivos da investigação primária, e finaliza-se com as principais conclusões, implicações para a prática e limitações. Os relatórios das análises de dados encontram-se disponível para consulta nos Apêndices XIV e XV.

3.4.1. Apresentação de Resultados

Os resultados obtidos através das diversas análises aos dados quantitativos e qualitativos serão apresentados em paralelo, para melhor evidenciar a resposta aos objetivos do estudo.

3.4.1.1. Caracterização da Amostra

Participaram no estudo 32 parturientes que cumpriram os critérios de inclusão. A média de idade das participantes foi de 31,75 anos, com um Desvio Padrão (DP) de 4,932, sendo 20 anos a idade mínima e 40 a máxima. Cerca de 43,750% (N=14) tinham nacionalidade portuguesa e as restantes tinham outras nacionalidades. Quanto às habilitações literárias, 37,500% (N=12) detinha o Ensino Secundário, 31,250% (N=10) eram licenciadas, 21,875% (N=7) tinham o grau de Mestre e apenas 9,375% (N=3) o Ensino Básico.

Respetivamente à caracterização obstétrica da amostra, 96,875% (N=31) das participantes tiveram acompanhante presente durante o trabalho de parto e a maioria (N=19; F=59,375%) frequentou o CPPP. Quanto à idade gestacional no TP, apenas uma das participantes (F=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. No que diz respeito à paridade, integraram o estudo 22 (F=68,750%) nulíparas, 8 (F=25%) primíparas e 2 (F=6,250%) multíparas.

A gestão da dor no TP, em particular no primeiro e segundo estágio, foi feita com recurso a Estratégias Farmacológicas e Não Farmacológicas de alívio da dor. Das 30 participantes (F=93,750%) que recorreram a estratégias farmacológicas, 87,500% (N=28) optaram pela analgesia locorregional e 6,250% (N=2) optaram apenas pela analgesia endovenosa, sendo que 6,250% (N=2) das participantes não efetuaram qualquer tipo de analgesia. 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 Musicoterapia (N=4; F=12,500%) e da Hidroterapia (N=4; F=12,500%).

3.4.1.2. Intervenção do EEESMO na promoção da liberdade de movimentos no TP para uma experiência de parto positiva

No primeiro estágio do TP, 100% (N=32) das participantes sentiram que lhes foi dada, pelos profissionais que as cuidaram, liberdade para se movimentarem de acordo com as suas preferências. Para facilitar e assegurar a liberdade de movimentos concorreram os profissionais de saúde, EEESMO e Médico/a Obstetra, sendo o EEESMO identificado com maior frequência (N=24; F=75%) e a intervenção conjunta destes profissionais por 21,875% (N=7) das participantes.

Nesta fase do TP, 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%), de Joelhos (N=15; F=46,875%) e Sentada (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. Os referidos posicionamentos foram realizados no chão (N=26; F=81,250%), na cama (N=22; F=68,750%) e com recurso a um colchão no chão (N=3; F=9,375%). 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. Durante este período, 90,625% (N=29) das participantes referem ter realizado exercícios direccionados 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). Mais concretamente, 90,625% (N=29) das participantes realizaram movimentos intrínsecos da bacia e 96,875% (N= 31) movimentos extrínsecos.

No segundo estágio do TP, o EEESMO foi reconhecido como facilitador da liberdade de movimentos por 75% (N=24) das participantes, e ambos os profissionais (EEESMO e Médico/a Obstetra) por 25% (N=8) das participantes. A grande maioria das participantes (N=31; F=96,875%) considerou ter tido liberdade para se movimentar, de acordo com os seus desejos. Nesta fase do TP, 84,375% (N=27) das participantes referiram

ter sido incentivadas a assumirem diferentes posicionamentos, predominando o Decúbito Lateral (N=17; F=53,125%), Deitada (N=15; F=46,875%), de Cócoras (N=13; F=40,635%) e Sentada/Semi-sentada (N=12; F=37,500%). Os posicionamentos: de Pé (N=9; F=28,125%); de Quatro Apoios (N=9; F=28,100%) e no Banco de Parto (N=6; F=18,750%), foram adotados pelas participantes com menor frequência e 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). No decorrer do período expulsivo registou-se que 93,750% (N= 30) das participantes realizaram movimentos intrínsecos e 21,875% (N=7) movimentos extrínsecos.

3.4.1.3. 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 MF: Dor; Traçado de CTG; Duração do TP; Tipo de Parto; Resultado Perineal; Adaptação à vida extra-uterina e Satisfação Materna com a Experiência de Parto.

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

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.

Neste estudo, optou-se por considerar unicamente a duração do segundo estágio do TP como resultado, uma vez que não foi possível recolher dados referentes ao primeiro estágio de forma homogênea. Deste modo, a análise centrou-se na duração (total) do segundo estágio do TP e na fase ativa do mesmo. 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, teve uma duração média de 0:36h (DP=0,24). Relativamente ao tipo de parto, 84,375% (N=27) das participantes tiveram um PTE, 12,500% (N=4) parto distócico por ventosa e apenas uma participante (F=3,125%) foi submetida a cesariana. 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.

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 tiveram um Apgar ≥ 7 , que se traduz numa adaptação fisiológica sem necessidade de intervenção e 9,375% (N=3) tiveram um *score* ≥ 5 e ≤ 6 , com necessidade de intervenção para estabelecer a respiração. Ao quinto e décimo minuto de vida 100% (N=32) dos RN tiveram um Apgar ≥ 8 , com uma adaptação eficaz à vida extra-uterina.

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."

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".

De modo a perceber se as expectativas das participantes se alinharam com a experiência de parto no primeiro e segundo estágio do TP foi utilizada uma escala de medida de 5 pontos (1=Nada, 2=Pouco, 3=Por vezes, 4=Bastante, 5=Sempre). As participantes consideraram que a fase de dilatação correspondeu bastante ($M= 3,81$; $DP=0,859$) às suas expectativas, tendo sido obtido um resultado semelhante no período expulsivo ($M= 3,94$; $DP=0,914$).

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”.

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

As variáveis analisadas dividiram-se em três categorias. Como variáveis qualitativas/nominais apresentam-se a liberdade de movimentos (variável independente com duas categorias), o tipo de parto (variável categorial), o resultado perineal (variável categorial) e o traçado de CTG (variável categorial). Como variáveis quantitativas e dependentes apresentam-se a duração total do segundo estágio do TP e duração da fase ativa do mesmo e o IA ao 1º, 5º e 10º minutos. Por último, como variáveis ordinais, numa

escala de 1 a 5, a melhoria do controlo da dor, o conforto sentido com os posicionamentos adotados e satisfação das expectativas, avaliadas no primeiro e segundo estágio do TP.

Para avaliação da normalidade da distribuição das variáveis quantitativas recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk que revelou $p < 0,05$ nas diferentes variáveis, sugerindo que estas não seguem uma distribuição normal. Havendo violação deste pressuposto, o teste paramétrico de t de Student não se adequa, tendo recorrido ao teste não paramétrico Mann-Whitney (Marôco, 2018). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças observadas cujo $p < 0,05$.

Recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado (X^2) para analisar a relação entre variáveis nominais, cujos pressupostos são independência de resíduos, frequências esperadas ≥ 5 e $N > 20$. Quando o pressuposto “frequências esperadas ≥ 5 ” não estava cumprido, optou-se pelo Teste Exato de Fisher (Marôco, 2018).

No que concerne à relação entre a liberdade de movimentos no TP e os resultados MF, as hipóteses de investigação (HI) 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 segundo estágio do TP?

Devido à violação do pressuposto normalidade da distribuição recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney. 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 segundo estágio do TP ($U=0,00$; $p=0,063$) e a sua fase ativa ($U=0,00$; $p=0,063$), pelo que se rejeitam estas hipóteses.

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

O Teste Exato de Fisher ($X^2_{(2)}=7,243$; $p=0,063$) revelou que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a liberdade de movimentos e o resultado da CTG durante o segundo estágio do TP, 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).

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

Recorreu-se ao Teste Exato de Fisher ($X^2_{(2)}=9,034$; $p=0,031$) e verificou-se a existência de uma **relação estatisticamente significativa e positiva** entre a liberdade de movimentos e o tipo de parto. A medida de associação entre estas variáveis é muito elevada (V de Kramer=1,000). Neste sentido, e dado que a grande maioria das participantes (84,375%) tiveram um PTE, a evidência sugere que a liberdade de movimentos é promotora de um parto fisiológico.

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

Recorreu-se ao Teste Exato de Fisher ($X^2_{(4)}=10,562$; $p=0,031$) e constatou-se que existe uma **associação estatisticamente significativa e positiva** entre a liberdade de movimentos e o resultado perineal. A medida de associação entre estas variáveis é muito elevada (V de Kramer=1,000), concluindo-se que a liberdade de movimentos alavanca melhores resultados perineais uma vez que não se verificaram, na amostra em estudo, lacerações graves (Grau III e Grau IV), apenas de Grau I (56,250%), Grau II (28,125%), episiotomia (6,250%) e períneo íntegro (6,250%).

❖ **HI6 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA?**

- ❖ HI6.1 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA ao primeiro minuto?
- ❖ HI6.2 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA ao quinto minuto?
- ❖ HI6.3 – existe diferença significativa entre as parturientes que praticam a liberdade de movimentos e o resultado do IA ao décimo minuto?

Devido à violação do pressuposto normalidade da distribuição recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney. Pese embora os RN terem expressado *scores* médios de Apgar ao 1º minuto de 8,63, ao 5º minuto de 9,72 e ao 10º minuto 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, rejeitam-se estas hipóteses.

Relativamente à relação entre a liberdade de movimentos no TP e a experiência de parto positiva, optou-se pelo Teste Exato de Fisher para testar as seguintes HI:

- ❖ HI1 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o conforto sentido durante o primeiro estágio do TP?
- ❖ HI2 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o conforto sentido durante o segundo estágio do TP?

Não se verificou associação entre a liberdade de movimentos e o conforto sentido quer primeiro estágio do TP ($X^2_{(2)}=5,083$; $p=0,094$), quer no segundo estágio ($X^2_{(4)}=8,297$; $p=0,094$), pelo que se rejeitam estas hipóteses. 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 sentido 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?
- ❖ HI4 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimentos e o controlo da dor no segundo estágio do TP?

Não se verificou associação entre a liberdade de movimentos e a melhoria do controlo da dor no primeiro estágio do TP ($X^2_{(3)}=3,989$; $p=0,313$), nem no segundo estágio do TP ($X^2_{(3)}=6,430$; $p=0,063$), rejeitando-se estas hipóteses. 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?
- ❖ HI6 – existe uma associação ou dependência entre a liberdade de movimento e a satisfação das expectativas relativas ao segundo estágio do TP?

Não se verificou associação ($X^2_{(3)}=4,009$; $p=0,281$) entre a liberdade de movimentos e a satisfação das expectativas na fase de dilatação, rejeitando-se a hipótese em análise. Contrariamente, no período expulsivo, observou-se a uma associação estatisticamente significativa e positiva ($X^2_{(3)}=8,460$; $p=0,031$) entre a liberdade de movimentos e a satisfação das expectativas, verificando-se que a medida de associação entre estas variáveis é muito elevada (V de Kramer= 1,000). Posto isto, é possível concluir que no primeiro estágio do TP a liberdade de movimentos não se associa à satisfação das

expectativas das parturientes, assumindo um importante contributo durante o segundo estágio. Desta forma, pode inferir-se que quando maior for a liberdade para se movimentar no período expulsivo, maior será a satisfação com as suas expectativas e, consequentemente, com a experiência de parto.

3.4.2. Discussão de Resultados

A liberdade para se mobilizar durante o TP está associada a melhores resultados MF. Neste estudo, destaca-se a intervenção exclusiva do EEESMO como facilitador e promotor dessa liberdade, identificada por 75% (N=24) das parturientes. Os resultados demonstram que as parturientes se mobilizaram consoante o seu desejo, tanto no primeiro (N=32; F=100%), como no segundo estágio do TP (N=31; F=96,875%), adotando posicionamentos variados.

Na fase inicial do TP os posicionamentos mais adotados foram a deambulação/de pé (N=23; F=71,875%), os posicionamentos na bola de parto (N=21; F=65,625%), de joelhos (N=15; F=46,875%) e sentada (N=13; F=40,625%), posicionamentos estes que permitem, maioritariamente, uma bacia livre para a realização de exercícios de mobilidade pélvica, realizados por 90,625% (N=29) das parturientes. A bola de parto, frequentemente utilizada, facilita o movimento da pélvis e está associada às alterações do seu diâmetro, resultando numa diminuição da duração do TP, da intensidade da dor e da ansiedade e cansaço materno (Delgado et al., 2024). Fraga et al. (2024) descrevem resultados semelhantes com a utilização da bola amendoim, além de permitir uma abrangência maior nos movimentos e posicionamentos pelas assimetrias que promove. Apesar de este dispositivo ter sido utilizado por apenas 21,875% (N=7) das mulheres, foram promovidos posicionamentos alternativos (laterais, com recurso a um rolo ou perneira da cama) que proporcionaram resultados semelhantes ao nível de mobilidade pélvica.

A liberdade de movimentos mostrou-se associada à diminuição da duração do primeiro estágio do TP, conforme relatado pelas participantes, apesar de não ter sido possível estudar esta variável. Estes resultados alinham-se com a literatura existente que sugere que posições verticalizadas podem reduzir significativamente o período de dilatação (Huang et al., 2019; Liu et al., 2018). O conforto durante o TP foi considerado elevado pelas participantes, especialmente durante o primeiro estágio (M=4,41) e a liberdade de movimentos contribuiu para o controlo da dor (M= 4,00), de forma mais

significativa também no primeiro estágio. No entanto, a associação entre liberdade de movimentos e o controlo da dor não foi estatisticamente significativa, contrariamente aos achados da literatura (Hacıvelioğlu et al., 2023; Karaman & Yildiz, 2022; Lee et al., 2021; Pulpito et al., 2022; Zang et al., 2020)(Hacıvelioğlu et al., 2023; Karaman & Yildiz, 2022; Lee et al., 2021; Pulpito et al., 2022; Zang et al., 2020), e aos relatos das participantes que descrevem uma diminuição da dor e controlo da mesma pela liberdade de movimentos.

O segundo estágio do TP caracterizou-se pela adoção de diferentes posicionamentos, incentivados, principalmente, pelo EEESMO, dos quais se identificaram o Decúbito Lateral (N=17; F=53,125%), Deitada (N=15; F=46,875%), de Cócoras (N=13; F=40,635%), Sentada/Semi-sentada (N=12; F=37,500%), de Pé (N=9; F=28,125%), de Quatro Apoios (N=9; F=28,100%) e no Banco de Parto (N=6; F=18,750%). Ao apoiar a escolha da parturiente na decisão da posição a adotar importa perceber de que forma a mesma pode condicionar a mobilidade pélvica, condicionando assim o processo fisiológico do período expulsivo (Boaviagem et al., 2019). Apesar de apenas 50% (N=16) das parturientes percecionarem a realização de exercícios de mobilidade pélvica, ao longo do período expulsivo 93,750% (N=30) das parturientes realizaram movimentos intrínsecos e 21,875% (N=7) movimentos extrínsecos. Especificamente, no que diz respeito ao decúbito lateral, ocorre a fixação de uma hemipelve ao leito e a hemipelve contralateral está livre, assim como o sacro. Apesar de ser considerada uma posição horizontal, difere claramente das restantes nos movimentos pélvicos que possibilita, resultando na abertura ou estreitamento dos diferentes estreitos (Boaviagem et al., 2019). Na posição de cócoras, a pélvis encontra-se em retroversão, tendo sido necessária uma adaptação e enfoque nos movimentos intrínsecos que promovem a ampliação do estreito inferior (Calais-Germain & Vives, 2010). Nas posições de sentada e semi-sentada há uma grande possibilidade de movimentação pélvica. No entanto, na primeira (posicionamento semelhante ao Banco de Parto) o bloqueio dos ísquiones foi contornado pela natação sacra e rotação interna dos fémures; na segunda, pela possibilidade de ocorrer um bloqueio do sacro que favoreça a contranatação, foi importante a articulação com movimentos de adução e pronação ilíaca coordenados com rotação interna dos fémures para aumentar o diâmetro transversal (Boaviagem et al., 2019; Calais-Germain & Vives, 2010).

Nesta fase do TP não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a liberdade de movimentos e a duração total e da fase ativa do período expulsivo, contrariamente ao evidenciado por Huang et al. (2019), Muhammed et al. (2023) e Zang et al. (2020), mas em concordância com Mirzakhani et al. (2020) que defende que o posicionamento materno não tem efeito neste resultado. Apesar de os resultados não evidenciarem uma diferença significativa, os relatos das participantes apontam para um período expulsivo mais curto e eficiente.

Ao longo do TP, a análise do traçado de CTG influenciou a tomada de decisão clínica. No primeiro estágio do TP, todas as participantes (N=32; F=100%) apresentaram um traçado de CTG normal, contudo no segundo estágio, embora a maioria (N=29; F=90,625%) tenha mantido um traçado de CTG normal, registaram-se alguns casos de traçados suspeitos (N=4; F=12,500%) e patológicos (N=2; F=6,250%). Apesar de não se verificar uma associação estatisticamente significativa, os resultados obtidos vão ao encontro do defendido por Berta et al. (2019), Huang et al. (2019) e Zang et al. (2020) de que as posições verticais e laterais resultam em melhores traçados de CTG, pela melhoria da perfusão útero-placentar e redução da compressão dos grandes vasos abdominais, prevenindo complicações. No presente estudo, 84,375% (N=27) das participantes tiveram um PTE. A relação estatisticamente significativa e positiva entre a liberdade de movimentos e o tipo de parto é consistente com estudos que indicam que o posicionamento e a mobilidade materna favorecem a ocorrência de PTE e reduzem a necessidade de intervenções acrescidas (Liu et al., 2018; Zang et al., 2020).

Os resultados perineais alcançados evidenciam uma associação estatisticamente significativa e positiva com a liberdade de movimentos, pela não ocorrência de lesões graves e com destaque para o número de parturientes com lacerações de primeiro grau (N=18; F=56,250%) ou períneos íntegros (N=2; F=6,250%). Estes achados estão em consonância com os estudos que demonstram que posições como o decúbito lateral e quatro apoios, que permitem a mobilidade do sacro, são facilitadoras do período expulsivo e protetoras da ocorrência de trauma perineal severo ou episiotomia (Berta et al., 2019; Huang et al., 2019, 2023; Rocha et al., 2020; Zang et al., 2020; Zhang et al., 2016)(Berta et al., 2019; Huang et al., 2019, 2023; Rocha et al., 2020; Zang et al., 2020; Zhang et al., 2016).

No que se refere à adaptação à vida extrauterina, os *scores* médios de IA ao 1º, 5º e 10º minuto (8,63; 9,72; e 9,94, respetivamente) evidenciam uma transição fisiológica. Contudo, os testes estatísticos realizados não revelaram diferenças significativas, reforçando a concordância com a literatura, que sugere que a liberdade de movimentos não influencia significativamente os resultados neonatais imediatos (Bueno-Lopez et al., 2018; Lee et al., 2021; Mirzakhani et al., 2020).

Além do anteriormente descrito, estes resultados reforçam a ideia de que a liberdade de movimentos contribuiu para a satisfação materna, permitindo às parturientes assumir posições que melhor atendem às suas necessidades individuais. Salienta-se a autoeficácia na gestão da dor, uma vez que permitiu à parturiente adaptar-se de forma dinâmica, em consonância com as evidências que apontam a mobilidade como uma estratégia eficaz de alívio não farmacológico da dor (Shorey et al., 2022; Zang et al., 2020). Outro aspeto relevante é o empoderamento materno, que emergiu como um fator central para a satisfação com a experiência de parto. Relatado pelas próprias, a possibilidade de escolher posições confortáveis proporcionou uma maior sensação de controlo sobre o processo de nascimento, o que é amplamente reconhecido na literatura como um elemento crucial para uma experiência de parto positiva (Dahlberg et al., 2016; Tabaghdehi et al., 2020). A liberdade de movimentos assumiu um papel preponderante na satisfação das expectativas no segundo estágio do TP. A associação estatisticamente significativa e positiva que se observou permitiu concluir que quanto maior é a liberdade para se movimentar, maior é a satisfação das expectativas. Esta sensação de controlo e participação ativa é valorizada pela OMS (2018), que considera a liberdade de movimentos um dos pilares dos cuidados intraparto centrados na mulher. Adicionalmente, destaca-se a importância do suporte contínuo proporcionado pelo EEESMO, que contribuiu significativamente para a criação de um ambiente seguro e de confiança. A literatura confirma que a presença de profissionais de saúde qualificados e o suporte contínuo estão associados a uma maior satisfação com a experiência de parto e a melhores desfechos MF (Martins et al., 2021; Shorey et al., 2022).

3.4.3. Principais conclusões, limitações e implicações para a prática clínica

No decorrer deste estudo a grande maioria das parturientes teve liberdade para se movimentar conforme o seu desejo, apoiada e incentivada pelo EEESMO. O suporte

contínuo, adequado à fase do TP e condição clínica, assegurou um cuidado individualizado, centrado nas necessidades e vontades da mulher, com alvo na promoção da sua autonomia e restituição do papel de protagonista no TP, proporcionando às parturientes uma maior sensação de controlo e participação ativa no processo.

Os resultados demonstram que a liberdade de movimentos no TP, embora não tenha impacto estatisticamente significativo em todas as variáveis avaliadas, contribui positivamente para uma experiência de parto mais satisfatória, confortável e fisiológica, mostrando-se benéfica para os resultados MF, compatíveis com a evidência científica existente, em particular no tipo de parto e resultado perineal.

Os achados evidenciam a necessidade de promover e apoiar a liberdade de movimentos como parte integrante dos cuidados obstétricos centrados na mulher. Sugere-se a utilização de dispositivos como a bola de parto ou amendoim, orientada pelo EEESMO, no sentido de favorecer a mobilidade pélvica e recomenda-se o incentivo à adoção de posições verticalizadas, que propiciam o processo fisiológico do TP. Adicionalmente, as participantes destacaram a importância do conhecimento prévio e do treino da liberdade de movimentos como fatores determinantes para a sua aplicação prática durante o TP. Esse treino permitirá explorar posições e movimentos que promovem conforto e evolução do TP, reforçando a sua autonomia. Esta preparação prévia contribui significativamente para o empoderamento das mulheres, aumentando a confiança nas suas capacidades. Assim, recomenda-se que a temática seja incluída no cuidado pré-natal, especialmente nos CPPP, assegurando a aquisição de competências necessárias para uma participação ativa, autónoma e confiante no processo.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O método de amostragem por conveniência limita a representatividade da amostra, o que pode condicionar a generalização das conclusões para populações mais amplas (Fortin et al., 2009). Também o tempo limitado para a condução da investigação restringiu o tamanho da amostra, o que pode impactar a robustez estatística dos achados. Contudo, apesar das limitações expostas, os objetivos propostos para o estudo foram alcançados e o mesmo suporta contributos importantes para cuidar a mulher na liberdade de movimentos de forma a contribuir para uma experiência de parto positiva.

3.5. Cuida a mulher durante o período pós-natal

O período pós-parto, com início após o parto e com a duração de seis semanas, constitui um período crítico para a mulher, RN e família, associado às alterações físicas, emocionais e sociais experienciadas (WHO, 2022). O desenvolvimento de competências específicas para cuidar a mulher e família no período pós-natal ocorreram, maioritariamente, nos internamentos de Puerpério e Neonatologia e nos CSP, em contexto de CEE.

A população-alvo dos cuidados, no internamento de Puerpério, era maioritariamente composta por afrodescendentes, utentes de países asiáticos, e também de nacionalidade brasileira. A comunicação revelou-se um potencial obstáculo à qualidade dos cuidados pelo risco de má interpretação da informação transmitida, tornando-se necessária a adaptação do vocabulário e da língua inglesa para termos mais simples e acessíveis, além da utilização do *Google* Tradutor. O termo “culturalmente sensível” aplicou-se na prática dos cuidados por todos os ajustes necessários para responder às necessidades específicas e ao desenvolvimento de competências parentais nas puérperas/famílias e RN sob o meu cuidado (Oliveira et al., 2018; OE, 2019b).

A identificação e monitorização da situação clínica da puérpera e do RN integraram a intervenção de enfermagem especializada, com o intuito de reconhecer precocemente desvios da normalidade, delinear o plano de cuidados em conformidade com as necessidades identificadas e referenciar as situações que estão para além da área de intervenção do EEESMO (OE, 2019b). Além disso, deve ser entendida como uma intervenção promotora do autocuidado e bem-estar e como um momento propício para EpS, promovendo a capacitação da puérpera (Swanson, 2015). Por este motivo, foi realizada uma avaliação detalhada a todas as puérperas alvo dos meus cuidados, considerando o tipo de parto, o estágio do pós-parto e a condição de saúde/doença prévia ou atual, onde se incluiu a monitorização de sinais vitais; avaliação das características da pele e mucosas, mamas (identificando a presença de sinais de alarme, desconfortos e dificuldades na amamentação); involução uterina e lóquios; períneo/perineorrafia (identificando a presença de sinais inflamatórios e/ou infecciosos); penso operatório e tratamento da ferida cirúrgica (se aplicável); retorno ao padrão de

eliminação habitual; e pesquisa do Sinal de *Homans*, devido ao risco acrescido de tromboembolismo (Ferreira, 2016; Santos & Baptista, 2016).

A observação detalhada do RN foi realizada no momento da admissão da díade, após identificação da mesma, em contacto pele-a-pele sempre que possível, respeitando os tempos de cada família e, principalmente, de cada RN. O exame físico incluiu a observação da cabeça (fontanelas, suturas, lesões dos tecidos moles, reflexos, freio da língua, entre outros), avaliação da vitalidade, tonicidade, padrão respiratório, características da pele e mucosas (presença de vérnix caseosa, lanugo, hemangioma, eritema tóxico ou icterícia), coluna vertebral, membros, abdómen e coto umbilical (características e vigilância de sinais de alarme), órgãos genitais, confirmação da perfuração anal e vigilância do padrão de eliminação vesical e intestinal. As alterações fisiológicas observadas nos primeiros dias de vida reforçam a importância da educação contínua da puérpera e família (Santos & Baptista, 2016; SPN, 2023). Ainda no âmbito da vigilância de saúde, antes de qualquer intervenção ao RN (vacinação e realização de rastreios preconizados, pesagem ou monitorização da bilirrubina transcutânea) foi assegurado o consentimento da mãe/família. Sempre que possível os procedimentos foram realizados sem separação da díade, privilegiando a amamentação como método não farmacológico de alívio de dor na realização de procedimentos invasivos (SPN, 2023; WHO, 2022).

A transição para a parentalidade implica uma adaptação ao papel de mãe/pai, assumindo a responsabilidade no exercício do papel parental, cuidando e otimizando o desenvolvimento da criança e gerindo expectativas quanto aos comportamentos esperados no novo papel (Cardoso et al., 2015; *International Council of Nurses*, 2011). A capacitação para responder às necessidades do RN é parte integrante das competências do EEESMO, que planeia, implementa e avalia programas de promoção da saúde mental no puerpério, fomentando a parentalidade responsável, além de orientar e apoiar a mãe no autocuidado e cuidado do seu filho (OE, 2019b). A aquisição de competências parentais, através da apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes, resulta numa maior confiança, satisfação e mestria no desempenho do papel parental (Martins et al., 2017; Swanson, 2015).

Por vezes, a imprevisibilidade das situações clínicas, como a prematuridade ou complicações no TP, podem condicionar a adaptação à vida extra-uterina e exigir

cuidados específicos, resultando no internamento na Unidade de Neonatologia. A incerteza clínica coloca a puérpera/família numa situação de vulnerabilidade acrescida, sem preparação prévia, emocional ou psicológica, para a separação da díade/tríade. Neste sentido, a expressão de comportamentos, sentimentos e emoções foi incentivada, mostrando disponibilidade contínua, que contribuiu para o desenvolvimento e treino de competências parentais objetivando a autonomia na prestação de cuidados ao RN (Swanson, 1993). A vivência de uma parentalidade e vinculação comprometidas acentuaram a necessidade de *cuidar* a pessoa na sua singularidade, otimizando o processo de transformação e transição parental, através de intervenções e medidas de apoio e suporte emocional e psicológico à puérpera e conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN (Oliveira et al., 2018; OE, 2019b).

Coughlin (2020) preconiza um modelo de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, envolvido pelas suas necessidades e pela família, intencionalmente próxima, circundados pelos profissionais de saúde em prol de uma relação terapêutica e parceria de cuidados (Costa & Calado, 2019). No contexto clínico, a dinâmica e organização privilegiam esta filosofia de cuidados, implementando intervenções respeitosas e protetoras do desenvolvimento do RN e da adaptação à vida extra-uterina (OE, 2019b).

A capacitação parental neste contexto foi essencial para promover a vinculação, minorar a ansiedade e estimular a autonomia dos cuidadores, favorecendo a transição para os cuidados domiciliares e a consolidação das competências indispensáveis para atender às necessidades do bebé após a alta hospitalar.

Numa relação de parceria de cuidados, trabalhei as necessidades individuais da mulher/família favorecendo a sua capacitação e empoderamento, abordando as principais competências e características do RN, como higiene, cuidados com a pele e coto umbilical, massagem abdominal, cólicas, manobras de desengasgamento, choro, conforto e o papel do contacto pele-a-pele, promovendo também a vigilância de saúde (Santos & Baptista, 2016; Swanson, 2015). Na prestação de cuidados incentivei a participação ativa da puérpera e da pessoa significativa, potenciando a vinculação e o desenvolvimento de competências parentais, demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e partilhar sentimentos e emoções, facilitando a vivência do período puerperal. O contacto com a pessoa significativa e família permitiu também “identifica(r) e monitoriza(r) alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade,

referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019b, p. 13563), colaborando com a equipa de psicologia ou apoio social, quando solicitado pela família ou em casos específicos definidos em protocolo do serviço.

Uma parte significativa da população-alvo dos cuidados detém uma assinatura cultural muito própria, com crenças associadas. Com o propósito de despertar a mudança, investi na promoção do AM, planeando e implementando intervenções pertinentes e adequadas à puérpera, RN e família, através da extração manual de leite materno (LM); do incentivo a uma amamentação responsiva, implementação medidas corretivas, instrução sobre diferentes técnicas de alimentação (sonda-dedo, sonda-mama, seringa ou copo), cuidados às mamas e sinais de alerta, conservação do LM extraído e ainda sobre a preparação de leite artificial em situações específicas, capacitando-as e promovendo a sua autonomia no AM (OE, 2019b; Swanson, 2015).

Com o intuito de esclarecer preconceitos sobre o AM após a realização de uma mamoplastia, realizei uma sessão de formação para os profissionais de saúde, onde apresentei as intervenções do EEESMO na promoção do AM na mulher submetida a mamoplastia e quais os fatores condicionantes, tendo por base o póster anteriormente referenciado. A avaliação da sessão pode ser consultada no Apêndice XVI.

Neste contexto, salienta-se a importância da intervenção do EEESMO no apoio e orientação sobre recursos disponíveis na comunidade e CSP, nomeadamente o CRPP, consulta de amamentação e de doação de leite humano, nas quais tive oportunidade de assistir e participar. Efetuei consultas a potenciais dadoras de leite, recolhendo as informações necessárias e orientando a mulher sobre os cuidados imprescindíveis.

As consultas de revisão do puerpério, onde é garantida a continuidade de cuidados e acompanhamento das famílias, demonstraram ser uma oportunidade valiosa de promoção da saúde, implementando medidas preventivas com benefícios para o bem-estar físico e psicológico da mulher/mãe(s) e do homem/pai(s), além de identificar possíveis complicações no pós-parto (OE, 2019b). O CRPP era orientado para a discussão de temas pertinentes no pós-parto de forma livre, promovendo a educação pelos pares através da troca de experiências, o que se revelou fundamental na vivência saudável da parentalidade e na promoção da saúde mental. Os tópicos que suscitaram mais interesse relacionaram-se com o *Blues* e Depressão Pós-parto, fatores de risco e proteção (com a aplicação da Escala de Edimburgo); apoio ao AM, extração, conservação, armazenamento

e regresso ao trabalho; desenvolvimento de competências parentais; e estratégias para equilibrar a vida pessoal e profissional, além dos cuidados ao RN/bebé.

3.6. Cuida a mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério

A promoção da saúde da mulher abrange a promoção da saúde ginecológica, a deteção precoce e a prevenção de complicações associadas a patologias do sistema geniturinário, da mama, ou relacionadas com o período do climatério e adaptação ao mesmo. Este cuidado especializado integra-se nas competências atribuídas ao EEESMO, justificando a pertinência da sua atuação em consultas de ginecologia (OE, 2019b). Dada a impossibilidade de acompanhar mulheres em contexto de consulta, identifiquei a necessidade de me ajustar e explorar estratégias para a promoção da saúde em ambiente de internamento, onde o EEESMO “providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação” (OE, 2019b, p.13564).

O diagnóstico clínico efetuado na consulta de ginecologia nem sempre é compatível com o tratamento em regime de ambatório. Em algumas circunstâncias, o internamento torna-se necessário para estudo da patologia ou para intervenção cirúrgica. No EC, prestei cuidados a mulheres com doença inflamatória pélvica, hemorragia uterina anómala, miomas uterinos, pólipos endometriais, prolapso de órgãos pélvicos, em situações de cancro ginecológico, da mama ou com massa pélvica em estudo, bem como em condições pré e pós-operatórias, nomeadamente curetagem após aborto séptico, ressectoscopia, colpografia, histerectomia laparoscópica e abdominal, anexectomia, salpingectomia e, na área da senologia, mastectomia simples, radical, uni ou bilateral, com ou sem excisão de gânglio sentinela, e tumorectomia.

A admissão ao serviço consistiu num breve acolhimento e apresentação do mesmo, seguida da colheita de dados relevantes, especialmente no que concerne à história ginecológica e obstétrica, necessária para identificar diagnósticos de enfermagem e delinear um plano de cuidados individualizado, de acordo com as necessidades específicas identificadas (Berstain-García et al., 2022). Ainda numa primeira instância, informei e orientei sobre os procedimentos a realizar, quais os cuidados pré-operatórios necessários e as expectativas para período pós-cirúrgico, disponibilizando-

me para esclarecer eventuais dúvidas (OE, 2019b). Segundo Oliveira et al. (2023), fornecer informações antecipadamente ajuda os pacientes a planejar, avaliar alternativas e esclarecer dúvidas importantes, reduzindo os níveis de ansiedade (Swanson, 1993).

A abordagem em ginecologia exige uma sensibilidade acrescida, dado que os sintomas ginecológicos podem, por vezes, gerar constrangimento, potenciando efeitos nefastos na saúde mental (Dagge et al., 2019). Para além dos antecedentes clínicos, conhecer a individualidade da pessoa, considerando o contexto social e familiar, permitiu ajustar a quantidade e qualidade da informação a ser transmitida, facilitando a vivência de um evento desconhecido (Oliveira et al., 2023; Swanson, 2015).

A fertilidade é vista como atributo máximo da mulher estando frequentemente associada à sua feminilidade e qualquer processo de saúde/doença relacionada com o aparelho geniturinário, da mama ou menopausa e climatério podem causar conflitos internos e efeitos psicossomáticos negativos na mulher. Especialmente nas situações que resultaram em histerectomia ou mastectomia, promovi um espaço seguro para a expressão de sentimentos e realizei EpS visando desmistificar preconceitos sobre o corpo e sexualidade da mulher, contribuindo para a adaptação à nova identidade (Carvalho & Lemos, 2017; Silva et al., 2018). A criação de um ambiente de confiança e segurança promoveu o processo do cuidar e resultou no estabelecimento de uma relação terapêutica e redução da ansiedade associada ao diagnóstico de cancro e respetivo processo cirúrgico (Silva et al., 2018). Nestas situações a atuação clínica incluiu, ainda, informar e orientar sobre a saúde ginecológica e tratamentos (incluindo as alterações associadas ao climatério), implementar medidas de suporte emocional à mulher e conviventes significativos, assim como informar e orientar sobre os recursos hospitalares (apoio psicológico) e na comunidade (OE, 2019b).

Durante o período pós-cirúrgico, prestei cuidados a mulheres na unidade de cuidados intermédios. A monitorização de alterações hemodinâmicas, hemorragias ou infeções cirúrgicas resultou no desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento, execução e avaliação de intervenções em complicações pós-cirúrgicas, em cooperação com a equipa multidisciplinar no seu tratamento e referenciando as situações além da área de atuação do EEESMO (OE, 2019b). A curta duração dos internamentos afeta a apropriação de informação pelas utentes, que, centradas na recuperação pós-cirúrgica, podem não estar emocionalmente preparadas para lidar com

as mudanças corporais que irão enfrentar. Uma vez que pode ser um fator condicionante, influenciando aceitação da autoimagem e nova identidade, o estado emocional foi integrado na vigilância pós-operatória (Dagge et al., 2019).

No decorrer do EC cuidei mulheres em idade fértil, algumas sem filhos, cuja proposta cirúrgica incluía a histerectomia com anexectomia bilateral. A EpS relacionada com a menopausa iatrogénica, resultante da remoção cirúrgica dos ovários (com ou sem remoção do útero) ou após supressão da função ovárica por motivos médicos, como quimioterapia e/ou radioterapia (Coutinho et al., 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021), foi uma lacuna identificada no serviço, tendo motivado a elaboração de um panfleto informativo sobre a Menopausa, como forma adicional de esclarecimento sobre a condição de saúde, a ser entregue às utentes no momento da alta (Apêndice XVII).

As alterações hormonais relacionadas com o climatério propiciam o risco de doenças cardiovasculares e osteoarticulares (SPG, 2021). Durante a peri-menopausa, importa informar e orientar a mulher sobre transformações expectáveis e conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar intervenções de proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério (OE, 2019b). A atuação do EEESMO deve incluir a promoção de um estilo de vida saudável, realização de rastreios oncológicos preconizados e considerar a terapêutica hormonal de substituição quando não há melhoria dos sintomas e estes afetam significativamente a qualidade de vida (Coutinho et al., 2019; SPG, 2021; Subtil et al., 2019).

As habilidades e competências desenvolvidas neste contexto permitiram-me aprofundar conhecimentos e identificar oportunidades de intervenção e promoção de saúde aquando da prestação de cuidados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica ou durante o período do climatério.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A jornada acadêmica, que se iniciou no primeiro ano do CMESMO e que culmina na concretização deste RE, regeu-se pela ética profissional intrínseca a todo o percurso de aquisição de competências, incluindo as metodologias utilizadas para o desenvolvimento de achados úteis e pertinentes que resultem na melhoria da prática de enfermagem. É exigido ao EEESMO a competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, enunciada no Regulamento das CCEE (OE, 2019a), e espelhada nos princípios do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes et al., 2005) e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015). De acordo com as unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, prevê-se uma tomada de decisão, sustentada pelo conhecimento, a fim de alcançar uma melhor prática clínica e qualidade de cuidados, para benefício do cliente, numa perspetiva de parceria de cuidados, reservando sempre o direito à privacidade, confidencialidade, dignidade e ao consentimento informado, esclarecido e livre. No decorrer dos EC, o respeito pelo outro pautou a minha intervenção e todas as mulheres e famílias, nas diferentes fase do seu ciclo de vida, foram informadas da minha condição de mestranda do CMESMO.

A condução de um estudo de investigação no domínio da saúde deve ter por base os princípios éticos supracitados. Foi obtida a aprovação da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da Unidade Hospitalar onde se realizou o estudo, podendo o seu parecer ser consultado no Anexo IV. Em contexto de BP, as parturientes foram informadas do âmbito e dos objetivos do estudo a desenvolver, inclusive o direito a não participar ou desistir da sua participação a qualquer momento, fornecendo, numa primeira instância, o seu acordo verbal para participação no estudo e, posteriormente, formalizando o seu consentimento no “Consentimento informado livre e esclarecido”.

Reserva-se, ainda, o dever de advocacia do EEESMO para com a mulher alvo dos seus cuidados. Numa fase suscetível do seu ciclo reprodutivo, a capacidade de fazer uma escolha esclarecida pode estar condicionada pelos receios associados ao bem-estar MF. Neste sentido advoguei pelo bem-estar da(s) mulher(es) que acompanhei, garantindo que tinham plena consciência da sua condição de saúde e das intervenções que lhes eram propostas, mantendo a crença nas capacidades que a mulher detém, respeitando as suas escolhas e promovendo a autonomia na tomada de decisão (Swanson, 1993).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A jornada acadêmica aqui expressa demonstra o caminho realizado, evidenciado pela descrição e análise crítica de dois eixos síncronos: a aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EEESMO e a integração do estudo da liberdade de movimentos para uma experiência de parto positiva. Findo este processo de aprendizagem, a reflexão aqui partilhada espelha a entrega, o compromisso e compreende em si as vivências mais impactantes, conhecimentos, habilidades e atitudes que propiciaram um crescimento pessoal e construção progressiva da minha identidade profissional, nos diferentes domínios de intervenção e desenvolvimento técnico-científico, perspetivando novos desafios profissionais enquanto enfermeira especialista.

Nos diversos contextos, a Teoria do Cuidar sustentou a minha prática clínica, mostrando-me que o caminho da individualidade, respeito e suporte emocional que escolhera percorrer fortaleciam a melhoria contínua dos cuidados prestados. Por vezes dificultada por protocolos institucionais preestabelecidos, impera, perante a globalidade da intervenção do EEESMO, investir na capacitação e empoderamento das mulheres, casais e famílias, numa vertente de continuidade de cuidados e ao longo do seu ciclo de vida, com enfoque especial no processo fisiológico do TP.

No contexto da temática em estudo, ao criar um ambiente seguro e acolhedor (“estar com”) contribui para que a mulher se sentisse apoiada na sua autonomia no TP, permitindo-me “conhecer” as suas circunstâncias próprias e estabelecer um plano de cuidados de acordo com as suas preferências de posicionamentos e estratégias de alívio da dor, antecipando e colmatando as suas necessidades através de intervenções adequadas à evolução do seu TP (“fazer por”), valorizando sempre as suas características individuais. Além disso, ao orientar e informar as parturientes, possibilitei a aquisição de conhecimento sobre a mobilidade e posicionamento no TP, contribuindo para o seu empoderamento e “capacitação”, com reconhecimento e confiança nas suas aptidões individuais para vivenciar o processo de TP (“manter a crença”).

A liberdade de movimentos no TP, amplamente discutida na literatura, traz vantagens significativas nos resultados MF e experiência de parto. Pese embora os resultados expressos no estudo de investigação não se alinharem totalmente com a literatura existente, evidenciando a necessidade de estudos mais aprofundados,

permitiram compreender a influência da liberdade de movimentos nos resultados MF e na experiência de parto. Em simultâneo aclararam a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a liberdade de movimentos e o tipo de parto, o resultado perineal e a satisfação das expectativas no período expulsivo, permitindo concluir que a liberdade de movimentos da parturiente promove TP mais fisiológicos, menos lacerações perineais graves e o alinhamento dos desejos e expectativas com a realidade vivida no período expulsivo. A satisfação materna evidenciada pelos relatos das parturientes no que concerne à liberdade de movimentos, enunciada como facilitadora do TP e promotora de uma experiência de parto positiva, deixa-me francamente satisfeita e orgulhosa pelo trabalho desenvolvido. O acompanhamento e o *Cuidar* pelo EEESMO na liberdade de movimentos mostrou-se essencial para a obtenção de melhores resultados no processo de TP, influenciando positivamente a experiência de parto vivida pelas mulheres e casais.

Esta abordagem do *Cuidar*, individualizada, contribuiu para a vivência positiva da experiência de parto, fundamentando a necessidade de cuidados verdadeiramente abrangentes e holísticos, como elemento central do cuidado em ESMO. É premente que o EEESMO se torne, cada vez mais, um elemento ativo na defesa de melhores cuidados em saúde, advogando pela prática baseada na evidência como justificação para a mudança de paradigmas e políticas institucionais, devolvendo à mulher o seu papel principal no TP.

Considero ter sido bem sucedida no alcance dos objetivos a que me propus. Analisando em retrospectiva, a experiência vivida, repleta de momentos de aprendizagem e desafios que lhe são inerentes, permitiu-me a integração de um novo papel e consequente compreensão da complexidade e relevância dos cuidados de ESMO. Concluo esta etapa consciente da responsabilidade profissional que vou assumir, reconhecendo que o processo de aprendizagem é um *continuum* ao longo da vida. O caminho que se avizinha será pleno de desafios e oportunidades, orientado pela procura e partilha de conhecimento, com o compromisso da excelência no *Cuidar*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amando, A. R., Costa, L. de O., Araújo, M. dos S., de Moraes, R. J. L. de, Fernandes, F. E. C. V., & de Melo, R. A. (2020). Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto. *REVISTA ENFERMAGEM ATUAL*, 92(30), 156–167.
- 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.
- Amaral, M., & Correia, M. de J. (2012). Internamentos Prolongados: A Intervenção no Serviço de Medicina Materno Fetal. In *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade* (pp. 128–140). Placebo, Editora LDA.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. In *ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists* (Vol. 132, Issue 3, pp. e87–e102). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- Areia, A. L., Almeida, M. F., José, A., Braga, C., Pereira, N. B., Vaz De Macedo, C., & Nogueira-Silva, C. (2018). *Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal - Normas de orientação*.
- Ayres-De-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Baker, K. (2020). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492–497.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70 Lda. / Almedina Brasil.
- Benincasa, M., Freitas, V., Romagnolo, A., Januário, B., & Heleno, M. (2019). Psychological prenatal as a model of assistance for pregnancy. *Revista Da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 238–257.
- Berstain-García, I., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. I., & Casique-Casique, L. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *SANUS Revista de Enfermería*, 7(18), e212. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>

- 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>
- Boaviagem, A., Coutinho, T. A., Oliveira, L. G. A. de, & Moretti, E. (2019). COMPORTAMENTO BIOMECÂNICO DA PELVE NAS DIFERENTES POSTURAS ADOTADAS DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO. *Revista Eletrônica Estácio Recife*, 5(1), 2–20.
- Borges, M., Moura, R., Oliveira, D., Parente, M., Mascarenhas, T., & Natal, R. (2021). Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 200. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105921>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4), 1–8. <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- 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., & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento. Las moviidades de la pelvis en el parto* (1a). La Liebre de Marzo.
- Calais-Germain, B., & Vives, N. (2010). La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Prof*, 11(1), 18–25.
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- Cardoso, A., Paiva E Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(4), 11–20. <https://doi.org/10.12707/RIV14012>
- Carvalho, H. C. M., & Lemos, M. F. (2017). AS CONSEQUÊNCIAS DA HISTERECTOMIA NA SEXUALIDADE FEMININA. *Perspectivas Em Psicologia*, 21(1), 209–224.

- Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2024). The second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S865–S875. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.014>
- Costa, A. G., & Neves, J. (2019a). Infecção por Vírus do Papiloma Humano. In *Ginecologia Fundamental* (pp. 46–47). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Costa, A. G., & Neves, J. (2019b). Rastreio do Cancro do Colo do Útero. In *Ginecologia Fundamental* (pp. 51–53). Lidel - edições técnicas Lda.
- Costa, A., Prata, J. A., Oliveira, K. R., da Silva, C. R. F., Progiante, J. M., Mouta, R. J. O., & de Figueiredo Pereira, A. L. (2023). LIBERDADE DE MOVIMENTOS E POSICIONAMENTOS NO PARTO COM AS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89444>
- Costa, M., & Calado, G. (2019). O AMBIENTE TERAPÊUTICO E O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO - Uma Revisão Integrativa da Literatura. *REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO*, 5(3), 1934–1951. <https://orcid.org/0000-0002-1107-4596>
- Coughlin, M. E. (2020). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-informed, ageappropriate care* (2a). Springer Publishing Company.
- Coutinho, I., Ramos, V. N., & Carvalho, M. J. (2019). Menopausa. In *Ginecologia Fundamental* (pp. 203–205). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Cuidados de Saúde Durante o Trabalho de Parto, 002/2023 1 (2023).
- Dagge, A., Sousa, F., & Neves, J. (2019). Aspetos psicológicos em Ginecologia. In *Ginecologia Fundamental* (pp. 167–170). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 7, 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Decreto-Lei no 74/2006. (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. In *Diário da República, I Série - A - No 60* (N.º 60—24 de Março de 2006; pp. 2242–2257). Diário da República - I Série - A.
- Decreto-Lei n.º 259/2000, Pub. L. No. 240 (2000).
- Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. do A. P., Amorim, K. C. S., Selva, M. W., Silva, Y. E., Lemos, A., & Katz, L. (2024). Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour

- duration, pain, fatigue and anxiety in parturient women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001>
- 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>
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS No: 02/DSMIA. In No: 02/DSMIA. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Indução do trabalho de parto*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (Direção-Geral da Saúde, Ed.; pp. 1–111). www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A PARENTALIDADE – CPPP; CURSOS DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO - CRPP- Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. In *NORMA: 001/2023* (NORMA: 001/2023). www.dgs.pt
- Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros e REPE, Pub. L. No. Lei no 156/2015, 1 (2015).
- Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Marco, G. Di, Felici, F., Ranieri, E., Flacco, M. E., & Lanzone, A. (2023). Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *AJOG Global Reports*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100160>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308–319). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438–442). Lidel - Edições Técnicas Lda.

- Fonseca, S. (2016a). Indução do Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353–355). Lidel.
- Fonseca, S. (2016b). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356–367). Lidel.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. LUSODIDACTA.
- Fraga, C. D., Araújo, R. C., Sá, L., Bertoldo, A. J., & Pitangui, A. C. (2024). Use of a peanut ball, positioning and pelvic mobility in parturient women shortens labour and improves maternal satisfaction with childbirth: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(2), 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2024.02.017>
- Garrett, A. R., & Santos, M. A. F. dos. (2021). A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma scoping review. *Revista Da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 21(1), 71–84. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v21.2021.15>
- Graça, L. M. (2017a). Gravidez Prolongada e Indução do Trabalho de Parto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 382–388). Lidel.
- Graça, L. M. (2017b). Parto Pré-Termo. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 333–348). Lidel.
- Guerreiro, C., & Dias, I. (2016). Consulta de Enfermagem Especializada no Pré-concepcional. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 40–52). Lidel - edições técnicas Lda.
- Gülümser, C., Yassa, M., Ciabati, L., De Oliveira, L. L., Souza, R., Browne, J., Rijken, M., Fawcus, S., Hofmeyr, J., Liabsuetrakul, T., Gülümser, Ç., Blennerhassett, A., Lissauer, D., Meher, S., Althabe, F., Bonet, M., Metin Gülmezoglu, A., & Oladapo, O. (2022). Clinical management of uterine contraction abnormalities; an evidence-based intrapartum care algorithm. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49–57. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16727>
- Hacıvelioğlu, D., Tavşanlı, N. G., Şenyuva, I., & Kosova, F. (2023). Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine (Poland)*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1515/med-2023-0633>

- Henriques, C., & Santos, M. L. (2016). Assistência no 2o Trimestre da Gravidez. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 123–129). Lidel - edições técnicas Lda.
- 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*, 4(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 UPDATE*. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards* (pp. 1–5). www.jointquality.org
- Karaman, Ö. E., & Yildiz, H. (2022). The Effect on Birth Pain and Process of the Freedom of Movement in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Study. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(3), 730–738. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1016033>
- 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>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alen, K. R., & Olshansky, E. F. (2021). *Cuidados en enfermería materno-infantil* (12a).

- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In *Medicina Materno-Fetal* (5a, pp. 220–228). Lidel.
- Marchão, H., & Soares, I. (2016). Assistência no 3o Trimestre da Gravidez. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 130–138). Lidel - edições técnicas Lda.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7a, Vol. 18). Report Number.
- Martins, A. C. M., Giugliani, E. R. J., Nunes, L. N., Bizon, A. M. B. L., Senna, A. F. K. de, Paiz, J. C., Avilla, J. C. de, & Giugliani, C. (2021). Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(4), e337–e345. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.003>
- Martins, C. A., De Abreu, W. J. C. P., & Do Céu Aguiar Barbieri De Figueiredo, M. (2017). Tornar-se Pai ou Mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 6(4), 146–161. <https://doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. de P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1–12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- 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.
- Miranda, A. M. C., & Zangão, M. O. B. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20037>
- 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>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2021). *Inducing labour*.
www.nice.org.uk/guidance/ng207
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*.
- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. In *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 230, Issue 3, pp. S991–S1004). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2023). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 2–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>
- Oliveira, T. da C., Silva, A. L. L. da, Oliveira, J. F. da S., Pereira, E. de A. T., & Trezza, M. C. S. F. (2018). A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA À LUZ DA TEORIA DOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON. *Enfermagem Foco*, 9(2), 2–6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas. In *Regulamento n.º 140/2019* (Regulamento n.º 140/2019; pp. 4744–4750). Diário da República, 2.ª série — N.º 26 .
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In *Regulamento n.º 391/2019* (Regulamento n.º 391/2019; pp. 13560–13565). Diário da República, 2.ª série — N.º 85.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 108–116). Lidel-Edições Técnicas Lda.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*.

- Ovalle, A., & Figueroa, J. (2021). Benefits of antibiotics in preterm premature rupture of membranes and factors involved in the efficacy of the treatment. Narrative review. In *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia* (Vol. 86, Issue 5, pp. 474–484). Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecologia. <https://doi.org/10.24875/RECHOG.M21000030>
- Pascali, D. (2014). Pelve: Ossos, Articulações e Ligamentos. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black, & G. D. Jones (Eds.), *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (6a, pp. 2–7). AMGH Editora Ltda.
- Pedro, L., & Oliveira, S. C. de. (2016). Função da Dor no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 413–415). Lidel - Ediooes Técnicas Lda.
- 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.
- Portaria n.o 306-A/2011, Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança 1 (2011).
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 368–375). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Pulpito, R., Angelica, P., Prussiano, G. F., & Stile, F. (2022). Movement in Labor and Delivery: Free Positions vs Lithotomic Positions. The Benefits Told by Women. *EC Nursing And Healthcare*, 4, 45–56.
- Rocha, B. D. da, Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 54, 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M., Paiva, A., Fialho, A., & Queiroz, A. (2020). Hospital admission in high-risk pregnancies: The social representations of pregnant women. *Revista de Enfermagem Referência*, 2020(3), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-fetal. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392–399). Lidel - Edições Técnicas Lda.

- Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455–472). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Serra, I. (2016). Cintura Pélvica. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 13–16). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Shorey, S., Chan, V., & Lalor, J. G. (2022). Perceptions of women and partners on labor and birth positions: A meta-synthesis. In *Birth* (Vol. 49, Issue 1, pp. 19–29). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/birt.12574>
- Silva, G., Bastos, K., Araújo, A. J. D. S., Bispo, T. C. F., Oliveira, G. R. de S. A., & Schulz, R. da S. (2018). Mulheres submetidas à mastectomia: aspectos sentimentais e emocionais. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 7(1), 72–80. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1213>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre MENOPAUSA*.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *“Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável.”*
- Subtil, S., Ramos, V. N., & Carvalho, M. J. (2019). Peri-menopausa. In *Ginecologia Fundamental* (pp. 205–207). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–162.
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring of well being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357.
- Swanson, K. (2015). Kristen Swanson’s Theory of Caring. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories & Nursing Practice* (4th ed., pp. 521–531). F. A. Davis Company.
- Tabaghdehi, M. H., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Torgal, A. L. (2016). Assistência no 1o Trimestre da Gravidez. In M. Néné, Marques Rosália, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 117–122). Lidel - edições técnicas Lda.

- Verastegui-Martín, M. de, Paz-Fresneda, A. de, Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Meseguer, C. B. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. In *Journal of Midwifery and Women's Health* (Vol. 68, Issue 1, pp. 84–98). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Wanderley, H., Freire, N., Gomes, R., Souza, D., & Faria, M. (2022). O ENFRENTAMENTO DO INTERNAMENTO HOSPITALAR PELA GESTANTE DE ALTO RISCO. *Psicologia, Saúde & Doença*, 23(01), 345–352. <https://doi.org/10.15309/22psd230132>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 108, Issue 7, pp. 1192–1204). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- World Health Organization. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors - 2nd ed.*
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.*
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* World Health Organization.
- 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>