

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

Relatório de Estágio

**LIBERDADE de MOVIMENTOS e
POSICIONAMENTOS
DURANTE o 1.º e o 2.º ESTÁDIOS do TRABALHO
de PARTO -
Contributos do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e
Ginecológica**

Raquel Cardoso Cajão

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

**LIBERDADE de MOVIMENTOS e
POSICIONAMENTOS
DURANTE o 1.º e o 2.º ESTÁDIOS do TRABALHO
de PARTO -
Contributos do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e
Ginecológica**

Raquel Cardoso Cajão

Orientador: Professora Maria Madalena Oliveira

Lisboa

2016

Não contempla as correções da discussão pública



Um bem-haja...

...à Família, em especial ao Pedro

...à Professora Maria Madalena Oliveira

... aos profissionais e instituições que me acompanharam

...às famílias que partilharam comigo a sua gravidez e o nascimento dos seus filhos

“A percepção dos sentimentos que envolvem aqueles de quem se cuida é fundamental para o bem cuidar, em particular no que concerne ao respeito pelos seus direitos fundamentais.”

(Filipe Leitão, 2010)

ABREVIATURAS e SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CMESMO – Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocograma

CST – Cesariana

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EDC – Experiência de Cuidados

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – Federação da Associação de Matronas de Espanha

ICM – International Confederation of Midwives

LMP – Liberdade de Movimentos e Posicionamentos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RL – Revisão da Literatura

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

Resumo

Devido ao uso que se faz da tecnologia e a intervenções realizadas de forma rotineira, nas últimas décadas a grande maioria das mulheres passou a ter um papel passivo no seu trabalho de parto (TP). Orientada por uma perspectiva de cuidados humanizados e de respeito pela mulher, e com o desejo de desenvolver competências que visem o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, escolhi como tema a aprofundar a liberdade de movimentos e posicionamentos (LMP) durante o 1.º e o 2.º estádios do TP. Utilizei para este efeito a revisão da literatura (RL), a qual, entre outros benefícios, revelou que este cuidado especializado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) visa proporcionar um parto e um nascimento saudáveis, promovendo a participação ativa da mulher. Assim o meu objetivo é contribuir para o incentivo da prática da LMP no 1.º e 2.º estádios do TP pelo EESMO, como uma medida de promoção da participação ativa da mulher no seu TP.

Com este fim, reuni informação acerca do estado de arte sobre o tema através de uma RL nas plataformas EBSCOhost, CINAHL, Cochrane e Medline, e em literatura cinzenta. As palavras-chave utilizadas foram “EESMO”, “movimento” e “TP”. O horizonte temporal pesquisado foi entre 1990 e 2014, incluindo todos os artigos escritos em português, inglês, espanhol e francês, completos e no âmbito da temática.

A análise do conteúdo da RL evidenciou que a LMP durante o TP apresenta vários benefícios e contribui para a promoção da autonomia da mulher na sala de partos.

Embora haja a advertência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e inúmera literatura que demonstra os benefícios da LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP, este tema é ainda desacreditado por muitos profissionais de saúde, sendo assim necessário incentivar a sua prática.

Abstract

Over the last few decades, many women have taken a more passive role in child labour due to the incorrect and routine overuse of technologies and medical interventions.

I have chosen as the theme for this thesis maternal freedom of movement and positioning (FoMP) during the 1st and 2nd stages of labour because I wanted to direct my practice and develop my competences with the goal of a more humane and respectful nursing practice towards the pregnant woman.

To this effect I have used the method of literature review, which has proven that the care provided by the Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetrics (midwife) does create the conditions for a healthy birth and birth experience, while promoting a more active participation of the mother. I have taken then as professional objective to contribute to the adoption of FoMP during the 1st and 2nd stages of child labour.

I have thus gathered the most current knowledge on this topic using the following sources: EBSCOhost, CINAHL, Cochrane, Medline, and grey literature. I have used the following keywords for the search: “Midwife”, “Movement”, “Labour”, in the time period between 1990 and 2014, including all complete and relevant articles in the following languages: Portuguese, English, Spanish and French.

The analysis of the literature review revealed that the FoMP presents several benefits and contributes to the autonomy of the woman in the labour room.

Although there are OMS guidelines and an immense body of research results that demonstrate the benefits of FoMP during the 1st and 2nd stages of labour, this is still a much discredited topic among health professionals, and so I have the firm conviction that it is necessary to stimulate its widespread usage.

Índice	Pág.
SUMÁRIO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Modelo Teórico de Dorothea Orem	13
1.2. Filosofia de Cuidados	15
1.3. O nascimento	16
1.3.1. A influência da cultura	18
1.4. A participação ativa da mulher no seu trabalho de parto	19
1.4.1. O EESMO como facilitador da Liberdade de Movimentos e Posicionamentos durante o 1.º e 2.º estádios do Trabalho de Parto	21
2. PROCESSO METODOLÓGICO	22
2.1. Metodologia de Projeto	22
2.2. Contextualização dos locais de Ensino Clínico	22
2.3. Prática baseada na evidência	24
2.3.1. Revisão da Literatura	24
2.3.2. Reflexão sobre a prática	25
2.3.2.1. Entrevistas a peritos	25
2.3.2.2. Experiências de cuidados	26
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
3.1. Benefícios da promoção da Liberdade de Movimentos e Posicionamentos	27
3.1.1. Progressão do Trabalho de Parto e respeito pela sua fisiologia	27
3.1.2. Alívio e controlo da dor	29
3.1.3. Experiência dignificante	30
3.2. Análise das competências desenvolvidas	33
4. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	41
4.1. Prática clínica	43
4.2. Ensino	45
4.3. Investigação	45
4.4. Gestão de cuidados	45
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46

6. LIMITAÇÕES **49**

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS **50**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I. Três experiências de cuidados/ três contextos

Apêndice II. Análise dos artigos selecionados

Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Seleção de artigos na interface eletrônica EBSCOhost.	23

Índice de quadros

	Pág.
Quadro 1. Entrevista semiestruturada	23

SUMÁRIO

A realização do presente relatório surge no âmbito do Ensino Clínico (EC) “Estágio com Relatório” (EC VI), do 5.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), o qual está em conformidade com o Regulamento Internacional da profissão *Midwife*, em Portugal designada por EESMO¹, no artigo 40.º da Diretiva 2005/36/EC. Este EC teve início em 3 de março e terminou em 31 de agosto de 2015, num total de 1263 horas distribuídas da seguinte forma: 788 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e 450 horas de trabalho autónomo. Decorreu na sala de partos de um hospital público português, e na sala de partos e na casa de partos de um hospital público brasileiro.

Orientada por uma perspetiva de cuidados humanizados e de respeito pela mulher, e com o desejo de desenvolver competências que respeitem o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, escolhi como tema a aprofundar a LMP durante 1.º e 2.º estádios do TP. Respondendo à pergunta: **Quais os benefícios para a parturiente da LMP durante o 1º e 2º estágio do TP?**, a RL efetuada demonstrou que a LMP visa a promoção de um parto e de um nascimento salutareos, fomentando a participação ativa da mulher no processo de transição que é o parto. Não obstante a advertência da OMS e a inúmera literatura (por exemplo, Lawrence *et al.*, 2009, e Simkin & Ancheta, 2013) acerca deste tema, a LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP é ainda desacreditada por muitos profissionais de saúde, os quais privilegiam o posicionamento em decúbito dorsal, independentemente do desejo da mulher e de eventuais benefícios da LMP para esta e seu RN. Sob esta premissa, tracei no projeto de aprendizagem os seguintes objetivos: desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher; adquirir competências no cuidar do recém-nascido (RN) para potenciar a sua adaptação à vida extrauterina e desenvolver competências na promoção da LMP durante o TP.

Escolhi como referência o Modelo Teórico de Dorothea Orem, o qual apresenta a teoria do *deficit* de autocuidado. Se a LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP é uma estratégia que promove, entre outras coisas, a participação ativa da mulher no seu TP (Leitão, 2010), este modelo adequa-se ao tema por permitir determinar as limitações do

¹ O registo do projeto que justifica e planeia a elaboração deste relatório foi realizado em Fevereiro de 2015. A mudança da designação de “Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” para “Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica” (EESMO) teve lugar a 7 de maio de 2015 na Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros. Por esta razão, decidi manter no título a designação antiga e, no restante trabalho, utilizar a designação atual: EESMO.

autocuidado e como promover este cuidado especializado do EESMO. Quando os indivíduos são incapazes de manter a quantidade e a qualidade do autocuidado, o enfermeiro torna-se mediador/provedor do mesmo, até os indivíduos poderem praticar as atividades necessárias ao seu bem-estar, ou seja, a autocuidarem-se.

Os objetivos deste relatório são:

- Refletir sobre o percurso de aprendizagem;
- Analisar as competências desenvolvidas ao longo deste curso e que se concretizam neste último EC VI;
- Analisar os resultados da RL sobre a LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP.

Este relatório está estruturado em 7 capítulos, precedidos por um sumário. No primeiro capítulo, enquadro conceptualmente o tema e o modelo teórico de referência. No segundo, abordo a metodologia utilizada. No terceiro, analiso e discuto os resultados da RL e o alcance das competências desenvolvidas. No quarto, apresento sugestões para a prática da LMP na realidade portuguesa. No quinto, aduzo considerações éticas. No sexto, reflito sobre as limitações deste projeto. No sétimo, encontram-se as considerações finais acerca dos principais resultados alcançados, abordados no terceiro capítulo. Seguem-se referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo inicia-se com uma análise do Modelo Teórico de Enfermagem de Dorothea Orem, o qual permite determinar as limitações do autocuidado e como promover a LMP, ficando assim explícita a fundamentação teórica que levou à escolha do tema.

1.1. Modelo teórico de Dorothea Orem

Este modelo foi desenvolvido entre 1959 e 1985, baseando-se na premissa de facilitar o autocuidado, ou seja, que aos utentes que podem e assim desejam deve ser dado o suporte para poderem cuidar de si próprios. Para Orem o autocuidado é o cuidado pessoal que diariamente o indivíduo necessita realizar em seu próprio benefício para a manutenção da sua saúde e do seu bem-estar. A autora refere ainda que a capacidade de comprometer-se com o autocuidado, ou o tipo e/ou quantidade de autocuidado necessários são afetados por fatores internos e externos (idade, estado de desenvolvimento e de saúde, sexo, sistema sociocultural, fatores ambientais e padrões de vida, recursos). Orem (2001) designou estes fatores de condicionantes básicos.

Orem define a pessoa como uma unidade bio-psico-sócio-cultural, que tem a capacidade de autocuidar-se², se assim o desejar. Os três requisitos do autocuidado são:

- Universais: todas as pessoas durante a sua vida têm em comum estes requisitos (por exemplo, as atividades do quotidiano). Estes requisitos, segundo a autora, estão associados aos diversos processos de vida e à preservação do funcionamento e da estrutura do ser humano.
- De desenvolvimento: relacionados com os eventos que ocorrem durante a vida, os quais exigem adaptação/desenvolvimento da pessoa (por exemplo, a gestação, devido ao processo de transição existente). Estes requisitos só serão satisfeitos se os requisitos de autocuidado universais estiverem satisfeitos.
- De desvio de saúde: relacionados com a doença ou resultantes de medidas de diagnóstico e terapêutica médica.

² “Prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p.43).

Dorothea Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do *deficit* de autocuidado. Esta teoria engloba a teoria do autocuidado, a teoria do *deficit* do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Quando o indivíduo é incapaz de cumprir os seus requisitos de autocuidado ocorre um *deficit* de autocuidado. Neste caso, o enfermeiro atua como provedor/mediador de autocuidado, devendo determinar o *deficit* e definir as modalidades de suporte. Assim, a enfermagem é considerada como um serviço de ajuda especializada, em que o enfermeiro realiza ações para suprir as necessidades que a pessoa não consegue realizar por si própria e/ou encaminha o indivíduo para outros profissionais especializados quando necessário.

Orem definiu cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; ensinar o outro (Pearson & Vaughan, 1992).

Esta autora ainda classificou os sistemas de enfermagem na ótica da satisfação dos requisitos do autocuidado da pessoa:

1. Sistema totalmente compensatório;
2. Sistema parcialmente compensatório;
3. Sistema de apoio e educação;

(Orem, 2001, p.350)

Assim, segundo este modelo as intervenções de enfermagem para a satisfação ou modificação dos requisitos do autocuidado da pessoa serão:

1. Totalmente compensatórias, se em todas as atividades a pessoa é apoiada e/ou ajudada;
2. Parcialmente compensatórias, se houver substituição da pessoa nas atividades que ela não consegue realizar;
3. De apoio e educação, havendo orientação na aprendizagem, na tomada de decisão e na obtenção de informação.

Escolhi o modelo de Orem como base deste projeto por desejar promover a participação ativa da Mulher e o autocuidado/a autonomia desta e do seu acompanhante no TP, nomeadamente no 1.º e no 2.º estádios do TP, e pela sua relação intrínseca com a LMP. Também considero que este modelo auxilia na perceção das deficiências do autocuidado, permitindo ao EESMO uma metodologia que promove a seleção de movimentos e posicionamentos durante o 1.º e o 2.º estádios do TP.

1.2. Filosofia de Cuidados

Ao longo do curso e em particular no EC VI, colocando no centro dos meus cuidados a mulher/ casal, percebi ser fulcral um bom acolhimento da parturiente e do seu acompanhante para, tal como refere Orem (1993), estabelecer uma relação terapêutica, de confiança e empática com a mulher e acompanhante, pois, na grande maioria das vezes conhecia pela primeira vez a mulher na sua chegada à sala de partos quando esta já se encontrava em TP.

A não-existência ao longo da gravidez desta relação entre a mulher e o profissional que a acompanha no seu TP não é benéfica, pois exige que a mulher inicie uma relação com vários profissionais desconhecidos e relate toda a sua história, os seus desejos, medos, entre outros aspetos, diversas vezes, em vez de se dedicar ao processo de parir. Para este acolhimento, desenvolvi competências relacionais e sensíveis à situação em que a mulher³ se encontra, chegada a um ambiente na maioria das vezes desconhecido e hostil. Assim, o cuidado e o aprimoramento da comunicação, da relação empática e do apoio contínuo permitiram-me estabelecer uma relação de confiança com as parturientes e seus acompanhantes, potencializando a sua autonomia, tranquilidade e abertura aos temas e informação por mim propostos ou a abertura a temas levantados por eles próprios.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) fala-nos da mulher como um ser social, único, com direito a autodeterminar-se, em inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve. Por isto, deve ser respeitada como uma pessoa no seu todo, considerando-se o seu desejo e a sua vontade no seu parto, sendo indispensável a promoção de um ambiente seguro, de confiança e favorável para dar resposta a todas as suas necessidades:

a filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica, na sua essência é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/parreira trabalha em parceria com a mulher (...) enfatiza o empoderamento (empowerment)/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos (...) dá prioridade aos desejos e necessidades da mulher, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade. (OE, 2015, p.8)

³ (...) deverá ser entendida como uma pessoa no seu todo, considerando sempre as relações interpessoais com os seus significantes, com o ambiente em que se insere e se desenvolve e também numa perspectiva coletiva como grupo alvo entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns. (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.13)

1.3. O nascimento

“O nascimento é, historicamente, um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida da mulher e da família” (Baldaçara, 2014, p. 165). Em tempos remotos, o maior contacto com a natureza, o trabalho na agricultura, o contacto com as mulheres da família e o nascimento de múltiplas crianças preparavam as mulheres desde cedo para a maternidade, estando a mulher grávida suportada por todo um “clã” de mulheres – situação que já não acontece na nossa realidade atual. É possível observar como costume ancestral comum a diversas culturas que as vivências do parto têm um cariz de intimidade e privacidade, sendo restritas a mulheres.

Com o aparecimento dos fórceps obstétricos e resultante mudança da posição da mulher no TP, de vertical para horizontal, para facilitar o uso destes e de outras intervenções, observamos o início da mudança do significado do parto de um processo natural, que decorre maioritariamente no seio familiar, para uma perspectiva do parto como um ato médico, tratado como uma doença ou possível problema. Opta-se assim por intervenções por vezes centradas nos interesses particulares dos profissionais, o que tem por consequência a alteração do comportamento da mulher (Leitão, 2010) e, segundo Kitzinger (1984 e 2004), preterindo os sinais do TP e as partilhas que a mulher possa realizar.

Assim, ao relatarem o seu TP, muitas mulheres mostram frustração por não terem participado de forma ativa, participativa e inteira, como refere Barbara Harper (1994). Segundo esta autora, é frequente as mulheres e a sua família viverem o TP com humilhação e serem forçadas às intervenções da tecnologia.

Mundialmente (nomeadamente no Brasil e em Portugal) assistimos ao apelo de muitas mulheres para a mudança de práticas na assistência ao parto, nomeadamente no que se refere ao uso excessivo de medicalização e à instrumentalização do TP (Ordem dos Enfermeiros, 2012), mostrando a sua insatisfação e reivindicando o direito de vivenciar ativamente o nascimento do seu filho com respeito, sensibilidade e com a menor intervenção possível.

“Women the world over are seeking true choices in childbirth (...) a variety of options for laboring and giving birth without interference. Women want to be in control of their bodies during birth and in charge of their babies after birth (...)”⁴ (Harper, 1994, p.1).

⁴ Em todo o mundo, há mulheres que procuram opções concretas no que ao parto diz respeito (...) uma variedade de opções para o trabalho de parto e para dar à luz sem interferência. As mulheres querem controlar o seu próprio corpo durante o parto e ser responsáveis pelos seus bebés após o nascimento.

Em diversos países, nomeadamente no Brasil e em Portugal, iniciaram-se campanhas para a promoção do Parto Normal:

spontaneous in onset, low-risk at the start of labor and remaining so throughout labor and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition.⁵(OMS, 1996, p.4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e a Federação da Associação de Matronas de Espanha (FAME) defendem e promovem o parto normal.

Portugal, segundo o Relatório Primavera realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (citado por APEO, 2009, p.14), tem 35,3% de cesarianas (CST) em 2007 e 12% de partos instrumentalizados entre 2002 e 2007, que são indicadores de má prática clínica segundo a OMS, que protocola apenas 15% de CST.

O documento de consenso português “Pelo direito ao Parto Normal – uma visão partilhada” (2010), realizado por um grupo de peritos (EESMO e médicos especialistas de ginecologia e obstetrícia), obstetras convidados e dois representantes de cidadãos, é um exemplo do movimento referido. Este documento defende um TP sem intervenções desnecessárias, num ambiente seguro e com suporte adequado. O seu principal objetivo foi definir conceitos, diretrizes e práticas promotoras do TP normal por forma a orientar instituições de saúde e profissionais de saúde obstétrica na assistência ao parto normal.

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), o TP é influenciado pelas contrações, pelo passageiro (feto e placenta), pela passagem (canal de parto), pela posição da mãe e sua reação psicológica. Esta reação, por sua vez, está relacionada com: experiências/antecedentes obstétricos, referências socioculturais, nível de ansiedade, ambiente do TP, suporte e acompanhamento antes e durante o TP (Kitzinger, 1984).

⁵ Inicia espontaneamente, de baixo risco no início do TP e permanecendo assim durante todo o TP. O bebé nasce espontaneamente na posição vértice entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação. Depois do nascimento a mãe e o bebé estão em boas condições.

1.3.1 A influência da cultura

Entende-se por cultura um conjunto de normas, valores, suposições, percepções e convenções sociais partilhados por membros de um grupo, comunidade ou nação, que lhes permite um funcionamento mais coeso (Schott, 2005).

O nascimento é um processo social muito influenciado pela cultura e que afeta a relação do casal e deste com a comunidade, definindo uma nova identidade da mulher e do homem – mãe e pai. As mulheres, na sua maioria, vivenciam e adotam durante TP, comportamentos definidos pela sociedade/cultura (Kitzinger, 1984). A alteração verificada na forma como a mulher vivencia o TP, nomeadamente na posição e movimento que escolhe durante o TP, é resultado da influência sociocultural.

O EESMO deve não só conhecer as crenças e costumes da cultura e sociedade à qual a mulher pertence, como estar desperto para o processo de aculturação⁶, visto que, segundo Giger & Davidhizar (1995), os comportamentos apreendidos são culturalmente determinantes na forma como o indivíduo reage e está ligado profundamente à sua identidade e principalmente à sua autoestima.

Assim, o EESMO deverá praticar, tal como nos fala Leininger (1991), uma enfermagem transcultural, cujo objetivo é proporcionar cuidados de enfermagem congruentes com os valores culturais e o contexto de saúde/doença do indivíduo. A prática de cuidados de enfermagem transcultural promove uma relação de confiança e de respeito com o indivíduo, contribuindo para o bem-estar daquela pessoa e da sua população em geral. A *Teoria Cultural do Cuidado de Leininger* é uma teoria de enfermagem transcultural que prevê uma estrutura abrangente e compreensiva para examinar sistematicamente diferentes dimensões da cultura, sob a perspetiva da enfermagem. Enfatiza as diversidades existentes no cuidado humano, com características que são identificáveis e que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem, de forma que este se ajuste às crenças, aos valores e aos modos das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido.

Em suma, os pressupostos básicos da enfermagem multicultural descritos por Leininger, referidos por Braga (1997, p.515), são:

⁶ Processo através do qual grupos sociais assimilam hábitos e culturas de outras sociedades, implicando uma perda de identidade cultural que se torna parte da cultura dominante (Borrel & Tavan, 2004).

- o cuidado humano é um fenómeno universal, mas a sua expressão, o processo e o modelo variam entre as culturas;
- o ato e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sobrevivência;
- o cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de enfermagem;
- o cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, as quais puderam ser praticadas no sentido a prover um cuidado holístico para as pessoas;
- para fornecer cuidado de enfermagem terapêutico, a enfermeira poderá ter conhecimento de valores culturais, crenças e práticas dos clientes;

Assim, se o nascimento é um espelho da cultura de um povo, é hora de pensar em conjunto qual a assistência que, como sociedade, prestamos à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal.

1.4. A participação ativa da mulher no seu trabalho de parto

Autonomia é um termo com origem grega, que se refere à capacidade que um indivíduo tem de se governar pelos seus próprios meios, ou seja, de ser independente e autossuficiente.

A APEO (2009, p. 16) refere-nos que “a autonomia da mulher em TP está associada à sua participação nas decisões no que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica”.

Segundo Leitão (2010, p.14), a mulher ao ser internada tem frequentemente a sensação de perda de controlo da situação, pois nesse “momento a sua capacidade de tomar decisões sobre os procedimentos e ações a serem levadas a cabo sobre o seu corpo e o do seu filho, encontra-se por vezes francamente diminuída”.

Vários autores, tal como Leitão (2010), e instituições, tal como a OMS, a APEO e a FAME têm referido que ao longo dos tempos a maioria das mulheres passou a ter um papel passivo decorrente do aumento substancial de tecnologia e de intervenções realizadas maioritariamente de forma rotineira e muitas vezes desnecessária com algumas consequências nefastas para a mulher, o bebé e a sociedade.

Griboskr & Guilbem (2004) chamam a atenção para a particular vulnerabilidade da mulher neste período, descrevendo 3 tipos de vulnerabilidade que são espelho da mudança de comportamento da mulher: vulnerabilidade individual, programática e

social. A primeira diz respeito ao desconhecimento sobre o parto e os seus direitos, e sobre o papel que deveriam desempenhar os profissionais de saúde. A segunda refere-se à relação estabelecida com os profissionais de saúde e à forma como o serviço de saúde está organizado e qual a rotina/protocolo que estabeleceu para o parto. A terceira refere-se a toda a exclusão, discriminação e enfraquecimento de grupos sociais, onde a vulnerabilidade da mulher é ainda potenciada.

Estes autores dizem-nos que a vulnerabilidade das mulheres durante o parto é reflexo de:

- desconhecimento dos seus direitos sexuais e reprodutivos, do processo de parir, do funcionamento do seu corpo – razão principal de as mulheres contribuírem passivamente para o modelo biomédico e intervencionista;
- hábito de submissão a uma conduta imposta por alguns protocolos hospitalares, perdendo a sua autonomia e capacidade de decidir livremente, deixando que o seu corpo seja invadido, submetido a excessiva medicação e controlado como se isso fosse um procedimento normal, reforçando a dependência e a responsabilização do trabalho noutro indivíduo, representado, neste caso, pelo profissional de saúde. assim é a este que se dá a responsabilidade de resolver o assunto, o que pode levar por vezes a formas de opressão e controlo – dependendo da conduta ética do profissional;
- uma visão muito vigente nos profissionais de saúde de que as mulheres devem ser totalmente dependentes da sua assistência, que tem como conclusão ambos tornarem-se ou ficarem reféns de técnicas ou procedimentos habituais. é comum poderem observar-se situações em que o corpo da mulher parece ter-se tornado propriedade do profissional. esta tentativa e consumação de controlo são na maioria das vezes consequência de uma prática profissional que determina sem necessidade o tipo de parto, a hora do parto e do nascimento, e também o uso desnecessário de medicação para acelerar as contrações.

Tal como já referi no subcapítulo 1.2., a mulher deve ser respeitada como uma pessoa no seu todo, considerando-se o seu desejo e a sua vontade no seu parto, sendo indispensável a promoção de um ambiente seguro, de confiança e favorável para dar resposta a todas as suas necessidades (OE, 2010, p.1).

1.4.1. O EESMO como facilitador da Liberdade de Movimentos e Posicionamentos durante o 1.º e o 2.º estádios do Trabalho de Parto

Nascimento *et al.* (2010), ao estudar a percepção das mulheres face aos cuidados que receberam durante o seu TP, concluíram que a grande maioria não reclama da falta de conhecimento técnico, mas da ausência de uma abordagem carinhosa, de liberdade para se movimentarem e de autorização/incentivo da presença de um acompanhante.

Entendo por liberdade de movimentos a capacidade da mulher intuir qual o movimento que deseja e em que se sente mais confortável, e por liberdade de posicionamentos a capacidade de a mulher poder assumir a posição que intuir e desejar. É importante realçar que nem sempre a mulher pode vivenciar a posição que deseja mesmo tendo-lhe sido oferecida oportunidade para se movimentar livremente no 1º estadio do TP e nem sempre tem condições para se movimentar, havendo apenas a possibilidade de se posicionar livremente no 2º estadio do TP, ou seja, pode não ser possível conciliar ao mesmo tempo os dois tópicos da LMP. Estas situações ocorrem devido às condições e/ou normas e protocolos da instituição, ou devido à falta de preparação ou vontade do profissional, ou pela situação clínica da mulher. A LMP consiste em incentivar e criar condições para a mulher efetuar o movimento/posicionamento em que sinta maior conforto.

Uma das práticas demonstradas como úteis e fortemente aconselhadas pela OMS (1996) é a LMP durante o TP. Diversos estudos mostram que, fisiologicamente, a mãe e o filho beneficiam quando a mulher se mantém em movimento durante o TP (Kitzinger, 1984 e Mamede *et al.*, 2007). De acordo com o estudo realizado por Graham *et al.* (2011), as mulheres preferem LMP durante o TP em vez de permanecerem em repouso no leito. Também Lawrence *et al.* (2009) nos diz que as mulheres deverão ser apoiadas a adquirir a posição que lhes for mais confortável no 1º estágio do TP.

Embora haja a advertência da OMS e inúmera literatura (alguma citada ao longo deste relatório) acerca da LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP, este tema é ainda desacreditado por muitos profissionais de saúde, sendo assim necessário incentivar a sua prática. No documento português “Pelo direito ao Parto Normal”, mencionado acima, é defendido o suporte e a promoção da LMP, nomeadamente no que se refere a posições verticais durante o TP.

No capítulo 3, serão desenvolvidos os resultados encontrados sobre os benefícios da LMP no TP.

2. PROCESSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, aborda-se a metodologia de projeto, a contextualização dos locais de ensino clínico e a prática baseada na evidência.

2.1. Metodologia de projeto

No projeto de aprendizagem, que esteve na base do trabalho desenvolvido em EC, procurei traçar objetivos, formular resultados esperados e planejar atividades para o seu alcance, com o fim de desenvolver competências definidas pela OE para o EESMO.

O desenvolvimento de algumas dessas atividades direcionadas ao tema da LMP iniciou-se ao longo dos vários EC que integram este curso. As atividades desenvolvidas em cada EC direcionadas ao tema – tais como sessões de sensibilização a utentes e profissionais⁷, a realização de dois *posters* e uma comunicação livre (com participação em três congressos internacionais), o desenvolvimento de um *site* (<http://raquelcardosocajao.wix.com/liberdade-movimentos>), com a finalidade de promover o conhecimento da temática, as quais contribuíram, em muito, tanto para a consolidação de conhecimentos teóricos, como para o desenvolvimento das competências específicas como futura EESMO.

A reflexão e a análise sobre o desenvolvimento destas competências encontram-se expressas no quarto capítulo.

2.2. Contextualização dos locais de Ensino Clínico

Desenvolvi este projeto no bloco de partos de uma instituição hospitalar portuguesa e numa maternidade do Brasil. Na maternidade do Brasil acompanhei a mulher durante o seu TP pelos seguintes serviços: pronto atendimento, núcleo de práticas integrativas, casa de parto, sala de partos e alojamento conjunto.

As condições físicas, organizacionais e funcionais das duas instituições são diferentes.

Em Portugal encontrei mais meios de diagnóstico avançado, um hospital mais recente e com mais conforto, equipas mistas com uma ótima formação, trabalhando geralmente em turnos de 8 horas, mas com sobrecarga da equipa de enfermagem (por

⁷“(…) usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada”International Confederation of Midwives, 2002, p.8).

número reduzido de enfermeiros especialistas em cada turno) e um maior número de intervenções durante o TP (por exemplo, a administração de oxitocina). No Brasil, os profissionais realizam turnos de 12 horas, sendo distribuídos por todos os serviços e não ficando exclusivamente alocados a um. Na maternidade em questão procura-se que haja um enfermeiro para cada parturiente e promove-se o trabalho em equipa com formações e reuniões regulares, onde são incluídos representantes da comunidade de cidadãos, de forma a respeitar e potenciar uma filosofia de cuidados humanizados e centrados na mulher, como advoga a nossa Ordem dos Enfermeiros em Portugal (2015).

Tratam-se de duas instituições distintas, visto que o hospital português é um hospital generalista e a maternidade brasileira é especializada num atendimento humanizado e privilegia o parto natural.

Em ambos os locais de EC, tive um período inicial de integração, que me permitiu conhecer a organização, filosofia e dinâmica de funcionamento dos dois locais de EC e integrar-me nos cuidados prestados à mulher, sua família e RN.

Para a concretização dos objetivos a que me propus, nomeadamente a consolidação de saberes teóricos, foi importante a possibilidade de acompanhar, no Brasil, a parturiente desde a admissão até à alta, respeitando o tempo do seu TP e intervindo só quando necessário (por exemplo, a administração de oxitocina só ocorria na indução do TP a partir das 41 semanas, numa paragem de progressão do TP e como profilaxia de hemorragias pós-parto, situação que não se verifica em Portugal), e ter podido escutar, aprender e trabalhar com peritos EESMO e uma equipa promotora da LMP.

2.3. Prática baseada na evidência

De seguida, expõem-se atividades que contribuíram para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos objetivos a que me propus, mediante a utilização de uma prática sustentada na evidência actualizada e suportada pelos saberes de peritos que consultei e pela reflexão sistematizada que realizei.

2.3.1. Revisão da Literatura

Segundo o Instituto de Psicologia da USP (p.1), a RL

é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos.

A RL foi uma das estratégias mais importantes para suportar a minha prática clínica e a minha aprendizagem e para atingir os objetivos já enunciados, através da construção de um referencial teórico sobre a temática. Procurei englobar nesta RL artigos pesquisados na plataforma EBSCOhost e em literatura cinzenta (Google Académico, Livros, Revistas da especialidade) que respondessem à pergunta: **Quais os benefícios para a parturiente da LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP?** Esta pesquisa iniciou-se em Abril de 2014 e terminou em Julho de 2015.

A RL foi realizada em 4 etapas, inspiradas nas etapas definidas por Craig & Smyth (2004):

- Pergunta orientadora da RL, com o esquema de referência PICO (P representa a população – mulheres – I é a intervenção – LMP durante o 1.º e 2.º estádio do TP – O é o outcome ou resultados – benefícios para a mulher durante o TP – C é a comparação da intervenção, sendo um elemento opcional – mulheres que não realizaram LMP no seu TP).
- Aplicação dos critérios de inclusão.
- Seleção da literatura e abdução de dados.
- Estudo e interpretação dos resultados.

Na interface eletrónica EBSCOhost, englobei as bases de dados: Medline with Full Text, CINAHL with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e MedicLatina. Os descritores foram *midwifery* e *birthingpositions*, operacionalizando-os através da expressão *and*. Foram selecionados os artigos de carácter científico e/ou de

opinião de perito, que estivessem livres de encargo financeiro, cuja publicação tivesse ocorrido entre janeiro de 2001 e junho de 2015, que se incluíssem no âmbito da temática e fossem escritos em português, espanhol ou inglês. Foram excluídos todos os artigos que não respondessem à pergunta já definida. O processo de seleção está exposto no gráfico 1 (abaixo).

A análise dos estudos selecionados encontra-se no apêndice II.

A interpretação dos resultados dos estudos selecionados na interface eletrônica EBSCOhost e a sua discussão, tendo por base o modelo de referência, encontram-se no capítulo 3.

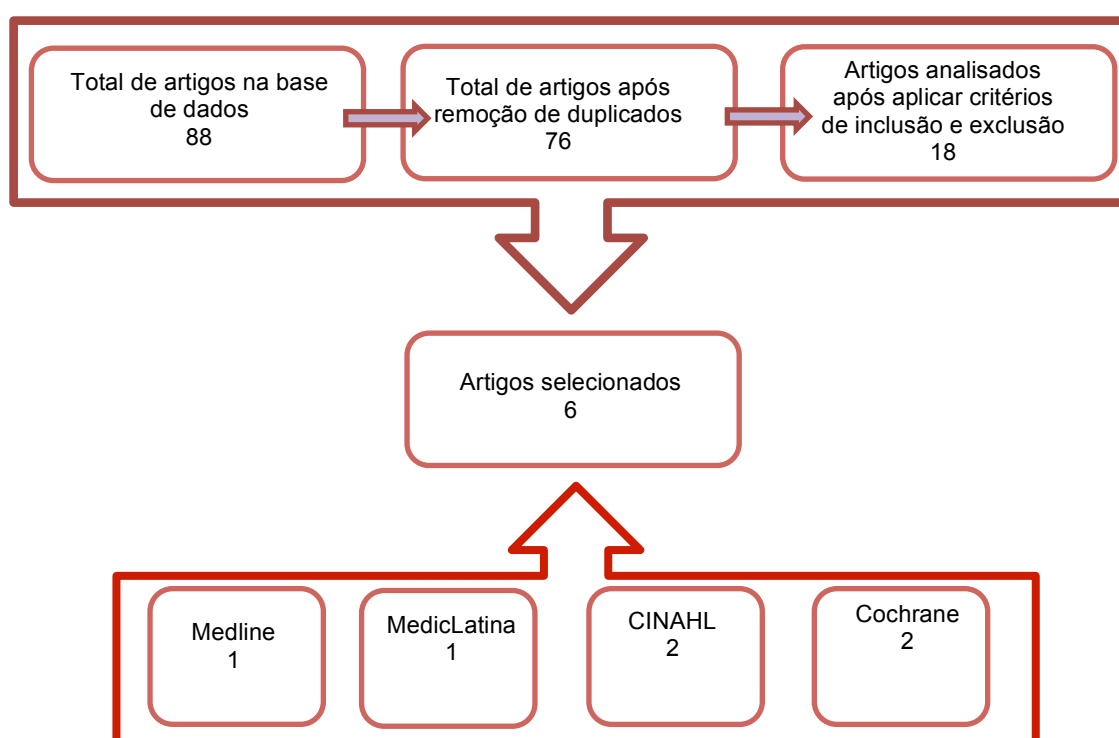


Gráfico 1. Seleção de artigos na interface eletrônica EBSCOhost.

2.3.2. Reflexão sobre a prática

Neste subcapítulo, descrevem-se sumariamente atividades importantes que influenciaram a escolha do tema, bem como o plano para a concretização deste relatório.

2.3.2.1. Entrevistas a peritos

Com o intuito de melhor perceber a realidade portuguesa face ao tema, planeei realizar entrevistas a EESMO peritos na LMP, com experiência em bloco de partos em

Portugal. Utilizei, para o efeito, a entrevista semi- estruturada, com perguntas abertas (quadro 1). Os três enfermeiros entrevistados, trabalham num bloco de partos na área de Lisboa e foram entrevistados fora das instituições onde desempenham funções, tendo sido solicitado o seu consentimento, após terem sido devidamente informados dos objetivos do trabalho.

Quadro 1. Entrevista semiestruturada

Na instituição onde trabalha:

- Qual a realidade acerca da LMP durante o TP?
- Quais os obstáculos encontrados na efetivação da LMP durante o TP?
- Que medidas foram desenvolvidas para a realização da LMP?
- Houve custos adicionais na execução da LMP? Quais?

Estas entrevistas permitiram-me perceber uma realidade que na prática desconhecia, permitindo uma rápida e eficaz adaptação das atividades planeadas.

2.3.2.2. Experiências de cuidados

Ao longo deste último EC, acompanhei várias mulheres e tive experiências de cuidados bastante diversificadas que contribuíram para a aquisição das competências propostas. Em cada experiência de cuidados efetuei uma colheita de dados ao longo do período de interação com a mulher/acompanhante, com especial atenção ao registo do que observava e das intervenções que realizava, para promover a LMP, bem como no *feedback* recebido o qual permitiu a validação da intervenção. No final do turno, a informação recolhida era complementada com informações do processo clínico, completando a descrição daquele acompanhamento.

A reflexão que estas experiências me suscitaram, nomeadamente quanto à informação recolhida, as limitações, as dúvidas e os problemas que surgiram foi uma das atividades essenciais para atingir os objetivos por mim planeados para este EC. Por esta razão, ao longo do trabalho, “vou dando voz” a estas experiências de cuidados marcantes, através da descrição e de citações de situações que seleccionei, por espelharem a diversidade de experiências que tive ao longo deste E.C (apêndice II).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida, apresenta-se e analisa-se a RL efetuada, com o objetivo de identificar as vantagens da promoção da LMP durante o 1.º e o 2.º estádios do TP pelo EESMO e possíveis estratégias para esta prática de cuidados no contexto português. Esta apresentação será sucinta para não se perder o foco da discussão e terá como norte o modelo teórico de Dorothea Orem e as experiências dos cuidados realizados neste EC.

3.1. Benefícios da promoção da Liberdade de Movimentos e Posicionamentos

Não é possível indicar uma só posição e/ou movimento que seja “melhor” ou com mais benefícios para todo o tipo de partos, visto que existem imensas variantes de LMP. A escolha de um conjunto particular de posições e movimentos durante o TP deverá realizar-se de acordo com as vivências e particularidades de cada mulher e a evolução do TP.

A posição assumida pelas mulheres durante o parto é influenciada por vários fatores. O comportamento “instintivo” é difícil de se identificar pois o comportamento em geral é fortemente influenciado por normas culturais, como já foi abordado no capítulo 1.3.1. Para as sociedades em que a maioria dos nascimentos ocorre dentro de um hospital ou maternidade, as normas culturais têm ao longo dos anos sido moldadas pelas expectativas e exigências dos profissionais assistentes, bem como pelas restrições impostas por procedimentos médicos, como a monitorização fetal, a terapia intravenosa, incluindo anestesia regional, exames e procedimentos médicos, ou pela experiência/treino do profissional para acompanhar o parto. As posições dorsal, semideitada ou de litotomia são as de referência nas descrições de livros de obstetria e ginecologia, e em muitas instituições, tanto para o parto via vaginal ou como para partos assistidos, para além de serem aquelas em que a maioria das mulheres ocidentais se coloca.

A RL da interface eletrónica EBSCOhost evidenciou vantagens da LMP a três níveis.

3.1.1. Progressão do Trabalho de Parto e respeito pela sua fisiologia

A promoção de posições verticais (definidas como deambulação e sentada, parada, ajoelhada, cócoras ou de quatro apoios) ao invés de posições horizontais

(litotomia, semissentada) aumenta a eficácia e a frequência das contrações uterinas devido a uma maior pressão da cabeça fetal sobre o colo uterino (na posição de litotomia há uma pressão do sacro), aumentando a libertação de oxitocina (Roy *et al.*, 2014 e Lawrence *et al.*, 2009). Contrações eficientes promovem a dilatação cervical e a descida do bebé, contribuindo para a progressão do TP e prevenção de distocias (Roy *et al.*, 2014).

As posturas verticais são associadas a menor instrumentalização do parto, menores taxas de episiotomia, menor número de padrões anormais de Frequência Cardio Fetal (síndrome de hipotensão supina pela compressão da veia cava, com conseqüente redução da perfusão placentária e diminuição da oxigenação fetal), redução do tempo do TP, da necessidade de analgesia e da indicação de CST (Roy *et al.*, 2014; Lawrence *et al.*, 2009; Gupta *et al.*, 2012). Estes autores advertem para perdas de sangue superiores a 500 ml (sobretudo se for utilizada a cadeira de partos) nas posturas verticais, embora concluam que não há diferenças significativas na necessidade de transfusão de sangue.

Outro benefício da LMP mencionado por Roy *et al.* (2014) é a maior facilidade/conforto para as mulheres na realização de esforços expulsivos e na progressão do feto no canal vaginal: a postura vertical, combinada com a liberdade do cóccix para articular-se para trás, providencia um maior espaço a nível do estreito inferior da pélvis: “fiquei muito feliz de ter podido mover-me durante o meu TP, (...) deitada era mais difícil tolerar a dor (...) e, no final, fazer força naquela posição e não deitada de costas foi melhor, mesmo tendo mais contrações” (Experiência de Cuidados EdC1, Apêndice I).

Lawrence *et al.* (2009) verificaram que a utilização de posições verticais e da deambulação durante o 1.º estágio do TP leva a uma menor taxa de CST e não afeta o bem-estar das mães e bebés, ao invés das posições supinas que apresentam efeitos psicológicos adversos na condição da mulher e do seu bebé, e na progressão do TP. Para a Sr.ª S. (EDC 3, Apêndice I), o “primeiro parto foi uma CST, segundo a parturiente por conveniência do obstetra, e o segundo TP foi induzido, com necessidade da aplicação de fórceps. A Sr.ª S., o marido e sua mãe apresentaram-se durante as consultas sempre muito bem informados, mostrando-se decididos no que desejavam (...)”. Neste caso verifiquei que a conduta vivenciada em partos anteriores influenciou a progressão do TP.

Ao contrário dos restantes autores, Gupta *et al.* (2012), ao compararem as posições horizontais com verticais, verificaram que:

- A posição de cócoras não apresentou maior probabilidade de lacerações de 2.º grau e perdas de sangue superiores a 500 ml.
- Na almofada de nascimento verificaram um período expulsivo mais curto e uma taxa semelhante de episiotomia e lacerações de 3.º e 4.º grau, e menores taxas de lacerações de 2.º grau.
- A redução considerável no uso da episiotomia foi encontrada em mulheres que usaram o banco de nascimento e a cadeira de nascimento.

Se as mulheres tiverem recebido analgesia epidural, a sua posição e movimentação não parecem influenciar o tempo do 1.º estágio do TP, nem a necessidade de CST (Roy *et al.*, 2014). Downe, citado por Roy *et al.* (2014), no seu estudo sobre epidural, concluiu que o decúbito lateral pode facilitar a rotação do feto, especialmente no contexto de analgesia epidural. Para ele a deambulação deve ser permitida e encorajada em parturientes recebendo analgesia pela técnica peridural ou combinada, pois embora tenha percebido que a LMP não tivesse impacto na duração do TP, associou-a à redução na necessidade de uso de oxitocina e bupivacaína.

3.1.2. Alívio e controlo da dor

A mulher que experiencia a LMP assume posturas e movimentos de menor compressão e resistência protegendo-se a si e ao bebé (Schmid, 2010), e lida melhor com a dor e vivencia um maior conforto (Lawrence *et al.*, 2009; Simkin, P. & Ancheta, R., 2013; Schmid, 2010), diminuindo a sua necessidade em recorrer à analgesia epidural (Lawrence *et al.*, 2009 e Roy *et al.*, 2014). Nas três situações de cuidados apresentadas, houve relatos de afirmações desta natureza, nomeadamente na EDC 2 (Apêndice I) quando a Sr.^a J. referiu “é mais fácil aguentar andando”. A Sr.^a S. (EDC 3, Apêndice I) referiu que foi muito bom andar durante o TP e salientou a importância da mulher estar em sintonia consigo mesma e realizar aquilo que sente. Referiu ainda, que a equipa de saúde foi excepcional, preservando o ambiente de intimidade, privacidade, e adaptando-se ao espaço e à forma de estar dela.

Roy *et al.* (2014) referem que as posturas verticais se associam a menor perceção de dor aguda e severa durante o 2.º estágio do TP porque promovem um aumento do fluxo de endorfinas e reduzem as lombalgias durante as contrações. Estes autores

referem que a posição de cócoras é considerada a menos dolorosa e a posição de quatro apoios a menos cansativa; apresentando ambos períodos de expulsão mais curtos, menor dor pós-parto e diminuição das lombalgias.

As mulheres que permanecem na cama geralmente estão ligadas a máquinas ou com soros em perfusão, ou por sugestão dos profissionais (Declercq *et al.*, 2002). Na situação da Sr.^a P. (EDC 1, Apêndice I), foi clara a limitação na LMP em virtude da falta de confiança manifestada pelos profissionais envolvidos na sua implementação, devido aos protocolos da instituição e ao facto de a mulher se apresentar com monitorização contínua sem *wireless* e com soroterapia (“ [...] referiu que gostaria de ficar agachada no mesmo movimento que estava a fazer. Foi-lhe explicado as opções que a instituição oferecia [...]”, EDC1, Apêndice I).

O Regulamento N.º 127/ 2011 (Diário da República II série, N.º 35, 2011, p.8664) preconiza que o EESMO deve realizar intervenções de promoção de conforto e de controlo da dor. A LMP é uma estratégia que o EESMO pode utilizar para ajudar a mulher a relaxar e a lidar com a sua dor.

Focando-se na sensação de controlo da mulher, Goodman *et al.* (2004) dizem-nos que a dor não deixa as mães insatisfeitas, embora Green & Baston (2003) nos digam que altos níveis de dor se relacionem negativamente com a sensação de controlo e influenciem a experiência do nascimento (Waldenström & Irestedt, 2004; Christiaens & Bracke, 2007; Rijnders *et al.*, 2008). O controlo sobre o alívio da dor pode ser realizado por métodos farmacológicos e não farmacológicos (nomeadamente a LMP) e pelos próprios recursos da mulher. Waldenström & Irestedt (2006) dizem-nos que a influência negativa que a dor tem na experiência do TP das mulheres não foi diferente em mulheres com ou sem uma epidural, o que nos indica que a dor e o alívio da dor não desempenham um papel importante na satisfação do parto, a menos que as expectativas em relação ao parto e à dor não tenham sido atendidas.

3.1.3. Experiência dignificante

A forma como as mulheres experienciam o seu TP tem influência nas suas vidas e na das suas famílias. Uma vivência positiva contribui para uma sensação de autoestima, para um sentimento de competência e bem-estar (Simkin, 1991). Uma má vivência do parto influencia o bem-estar emocional da mãe (Skari *et al.*, 2002), incluindo *stress* pós-traumático e depressão, pode ter efeitos adversos na relação com o seu companheiro e na ligação com o seu bebé (Elmir *et al.*, 2010). Vivências negativas também estão

associadas à recusa de gravidezes futuras (Gottvall & Waldenström, 2002) ou à procura de CST em partos futuros (Hildingsson *et al.*, 2002). No caso da Sr.^a S. (EDC 3, já citada na p. 29), levou-a a procurar recursos e informação para ter o TP que desejava.

Roy *et al.* (2014) dizem-nos que o uso massivo da posição de litotomia provoca:

- Sensação de impotência e desamparo;
- Sensação de passividade e subordinação ao profissional;
- Menor eficácia e frequência das contrações uterinas;

O autocontrolo é a aptidão de um indivíduo para controlar as suas ações e sensações, manipulando e afetando as variantes da ação e da sensação que está a ser controlada.

A sensação de controlo pode ser descrita como:

- Interna, incluindo o autocontrolo, através de pensamentos, emoções e comportamento (Green & Baston, 2003).
- Externa, envolvendo o processo do nascimento (Waldenström, 1999), a compreensão do que os profissionais de saúde estão a fazer ou influenciando os procedimentos, decisões e informação (Ford *et al.*, 2009).

Souto (2013) afirma-nos que a participação ativa e informada, e a perceção de controlo durante o TP evidenciam a vivência da experiência de TP:

Quando a mulher tem a perceção que os seus sentimentos sobre o TP são aceites e respeitados pelos profissionais da saúde, sendo vista como alguém que está a fazer o melhor que pode, melhor será a noção de si mesma no TP.

Por exemplo, a Sr.^a S. referiu que a equipa de saúde foi excepcional, preservando o ambiente de intimidade, privacidade e adaptando-se ao espaço e à sua forma de estar (EDC 3).

Entendo por autocontrolo a capacidade da mulher decidir e influenciar no seu TP. O que parece importante para as mulheres não parece ser o “ter” ou “estar em controlo”, mas a componente afetiva, o sentimento de poder influenciar nas decisões que respeitam a si (Green & Baston, 2003). O envolvimento das mulheres parece vir do sentimento de que foram informadas e de que podem participar na decisão se necessitarem (Green & Baston, 2003). Ou de se sentirem suportadas pelas pessoas presentes no parto, permitindo-se deixar que aconteça em vez de tentarem controlar os eventos ou comportamentos (Parratt & Fahy, 2003). O suporte foi um fator muito importante no TP das mulheres que descrevi nas três situações de cuidados apresentadas. Por exemplo, a

Sr.^a S. referiu que sem o apoio do seu marido, mãe e equipa “nada teria sido possível” (EDC 3). Ainda refletiu que, se não tivesse tido apoio, teria tido menos confiança em si mesma e menor capacidade de “não ficar em pânico”. (EDC 1, Apêndice I). Durante a avaliação, a Sr.^a S. agradeceu todo o acompanhamento, a tranquilidade e a presença do seu marido (EDC 2, Apêndice I).

Alguns estudos indicam que o sentimento de controlo está relacionado com LMP durante o TP (Green & Baston, 2003; Ford *et al.*, 2009). Num estudo qualitativo (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004), algumas mulheres referiram que serem encorajadas a adquirirem a posição que lhes proporciona mais conforto deu-lhes uma maior sensação de controlo, o que resultou numa vivência de parto positiva e num posterior bem-estar emocional. Este mesmo estudo refere que não existe uma razão médica para o uso rotineiro de uma posição.

A LMP aumenta a sensação de autoconfiança, proteção e empoderamento, contribuindo para uma experiência mais positiva de parto. Mover-se pode aumentar a sensação de controlo da mulher no seu parto (Albers *et al.*, 1997), reduzir a sua necessidade de analgesia (Albers *et al.*, 1997; Rooks, 1999) e aumentar o seu conforto (Simkin, 2013).

O EESMO tem um papel muito importante a desempenhar no sentido de alargar o leque de escolhas das mulheres, uma vez que a posição supina é dominante nas sociedades ocidentais. O EESMO deve capacitar as mulheres para encontrar as posições que são mais adequadas para elas, dando conselhos práticos durante a gravidez e durante o parto⁸.

De Jonge & Lagro-Janssen (2004) verificaram que a experiência de maior controlo consoante a posição escolhida varia de mulher para mulher e que em algumas mulheres, durante a utilização de algumas posições, o constrangimento apresentado diminuía quando estas eram informadas com antecedência sobre as opções de posição, sentindo que tinham poder sobre o seu TP. Uma sensação reduzida de controlo e influência no seu TP também foi uma razão importante para algumas mulheres sentirem mais vergonha no hospital e sentirem-se com menos liberdade para experimentar várias posições. Esta vergonha surge muitas vezes do julgamento sentido pela mulher por parte

⁸ “procurando sempre que seja a Sr.^a J. a escolher e a decidir” (EDC 2);

“foi questionada em que posição gostaria de ficar para realizar esforços expulsivos (...) incentivei-a a adquirir a posição onde se sentisse mais confortável, referindo que poderia trocar de posição se assim o desejasse, e enalteci todo o trabalho que até então estava a realizar”; “referiu ainda que teria sido mais fácil se a tivessem deixado no movimento e agachamento em que estava antes de RN nascer” (EDC 1).

dos profissionais de saúde: “As escolhas que as mulheres fazem dependem de vários fatores, principalmente das normas culturais e sociais do meio onde estão inseridas, mas também do tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado – cabe ao EESMO/Parteira a oferta de um modelo assistencial adequado e holístico” (OE, 2015, p.15).

Parece que não é tanto uma escolha específica – o uso da posição preferida – que tem um impacto positivo, na perspectiva da mulher sobre o seu TP, mas antes ter uma influência sobre as posições de parto em todo nascimento, o que pode ser interpretado como estar envolvida no que está a acontecer, ter poder sobre si e o seu corpo, as suas decisões (Walsh, 2007).

3.2. Análise das competências desenvolvidas

Segundo o Regulamento N.º 122/2011 (2011, p.8649), o EESMO é aquele que demonstra um elevado nível de julgamento crítico e tomada de decisão num domínio específico de enfermagem, tendo quatro domínios de competências comuns:

- Responsabilidade profissional,
- Responsabilidade ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a gestão destes;
- Desenvolvimento das aprendizagens culturais.

A OE emitiu em Diário da República (2011, II série, N.º 35, p.8662-8666) as seguintes competências específicas do EESMO:

- Prestação de cuidados à mulher e sua família no período antes da conceção, através do planeamento familiar e nos processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade;
- Prestação de cuidados à mulher, RN e sua família durante a gravidez, o parto, o puerpério, o climatério,
- Prestação de cuidados à mulher e sua família durante a vivência de processos de saúde/doença ginecológica;
- Adequar e intervir na comunidade em que a mulher vive, promovendo a saúde sexual e reprodutiva e prevenindo processos de doença.

Neste capítulo reflito sobre o percurso de aprendizagem ao longo deste EC e analiso as atividades que desenvolvi para atingir os objetivos previamente definidos no

meu projeto de aprendizagem e planeados com base nas competências específicas do EESMO já descritas. Estes objetivos são:

- Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher;
- Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido (RN) para potenciar a sua adaptação à vida extrauterina.
- Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção da LMP durante o TP.

Das actividades desenvolvidas salienta:

- Consulta prévia do processo clínico da parturiente;
- Promoção de um ambiente seguro, de privacidade e confiança durante o TP;
- Implementação de cromoterapia, musicoterapia, hidroterapia, aromoterapia, escalda-pés, reflexologia, massagem, auriculoterapia e acupuntura, promoção da LMP, consoante protocolos da instituição e desejo da parturiente;
- Promoção da presença contínua de um ou mais acompanhantes escolhidos pela parturiente (consoante protocolo da instituição);
- Preparação de voluntários da comunidade para apoiar e suportar a mulher/família na sua gravidez, parto e pós-parto;
- Monitorização cardiotocográfica externa e/ou escuta intermitente da FCF e avaliação manual da contratilidade uterina. As alterações que com mais frequência contactei foram hipotonia uterina, bradicardia fetal e desacelerações variáveis;
- Exame vaginal;
- Realização do partograma, sua interpretação e escolha da conduta face a partogramas fora da normalidade;
- Técnicas como episiotomia, amniotomia, monitorização fetal interna, apenas quando houve indicação clínica⁹;

⁹ Only in women with increased risk, such as labours which are induced or augmented, complicated by meconium-stained amniotic fluid or by any other risk factor, does electronic monitoring seem to be advantageous. In the majority of labours without increased risk, electronic monitoring increases the number of interventions with no clear benefit for the fetus and with a degree of additional discomfort for the women. (...) It is not possible to conclude that early amniotomy has a clear advantage over expectant management, or the reverse. Therefore, in normal labour there should be a valid reason to interfere with the spontaneous timing of the rupture of the membranes. (...) there is no reliable evidence that liberal or routine use of episiotomy has a beneficial effect, but there is clear evidence that it may cause harm. In a thusfar normal delivery there may at times be a valid indication for an episiotomy, but a restricted use of this intervention is recommended. The percentage of episiotomies attained in the English trial (10%) without harm to the mother or the infant (Sleep *et al.*, 1984) would be a good goal to pursue. (OMS, 1996, p.19-29)

- Concretização das condutas protocoladas por cada instituição para acompanhamento de parturientes consideradas de alto risco, nomeadamente pré-eclampsia e eclampsia, diabetes gestacional e parto pré-termo;
- Colaboração com equipa de anestesia nas mulheres que escolheram durante o seu TP utilizar métodos farmacológicos para o alívio da dor;
- Aquisição de competências e autonomia progressiva na assistência técnica a partos de apresentação cefálica, tendo tido a oportunidade de acompanhar 73 partos eutócicos e três distocias de ombros;
- Proteção da zona perineal no período expulsivo, tendo acompanhado 21 partos com períneo íntegro;
- Realização de 9 episiotomias e sua episiorragia, e sutura de 36 lacerações de 1.º grau e 7 lacerações de 2.º grau, com 25 analgesias loco-regionais; referenciação de uma laceração de 3.º grau à equipa médica;
- Acompanhamento e colaboração com a equipa multidisciplinar em 6 partos distócicos por incompatibilidade feto-pélvica e/ou paragem na progressão do TP;
- Avaliação de sinais de dequitação, integridade da placenta e membranas, globo de Pinard e perdas hemáticas;
- Vinculação precoce e contacto pele com pele com mãe ou pai (se assim fosse o seu desejo) e sempre que possível realizar a avaliação física e a prestação dos cuidados imediatos ao RN com RN no peito da mãe, garantindo a sua estabilidade;
- Amamentação na primeira hora de vida se assim a mãe desejasse;
- Informação da mulher/ casal sobre os cuidados a serem prestados, sobretudo em situações de reanimação do RN (duas situações) – tive oportunidade de realizar estimulação e limpeza do RN e administração de O₂ por máscara facial como medidas de suporte na adaptação ao meio extrauterino;
- Realizei 107 primeiras avaliações do RN, procurando detetar possíveis anomalias e/ou complicações e promover o bem-estar e conforto do RN, assim como o vínculo entre este e seus pais.
- Na avaliação do RN: promoção de um ambiente sereno, aquecido e pouco luminoso; diminuição do ruído; promoção da participação e/ou presença dos pais; realização das ações com tranquilidade;

- Identificação de sinais e sintomas de complicações no pós-parto;
- Legitimação da informação que o casal/a puérpera detém;
- Educação para a saúde no pós-parto, nomeadamente sobre: amamentação, sinais e sintomas de alerta na puerpera e RN, cuidados ao RN, contraceção, sexualidade.
- Promoção da continuidade dos cuidados, nomeadamente na realização de chamadas telefónicas ao casal no pós-parto e, sempre que possível, realização de visitas domiciliares;
- Participação no atendimento de chamadas telefónicas na linha de atendimento permanente à mulher/casal;
- Realização de *workshops* práticos para as parturientes\ família e sessões para os profissionais de saúde tendo em vista a promoção da tomada de decisões esclarecidas pela parturiente e seu acompanhante;
- Criação de um *site* na Internet destinado às mães/ao casal;
- Atualização e aprofundamento sistemático dos saberes (International Confederation of Midwives [ICM], 2011, p.7) através da pesquisa diária e confronto da prática com os resultados da RL e da discussão e reflexão conjunta com os diversos profissionais com quem contactei;
- Promoção de cuidados multidisciplinares, procurando dialogar com restante equipa acerca da situação clínica da mulher/feto/RN e do seu plano de partos (escrito ou oral), colaborando em atividades interdependentes, no registo de cuidados realizados e na sua transmissão oral à equipa.
- Desenvolvimento e integração em “projetos que promoveram a criação do valor Saúde no âmbito de saúde da mulher, criança e família” (OE, 2015, p.19-21) através das seguintes atividades:
 - Participação em dois congressos com divulgação e apresentação de *posters* e comunicação livre;
 - Participação em reuniões da comunidade onde as mulheres/casais se inseriam, desenvolvendo atividades nomeadas consoante as suas necessidades (especialmente na educação para a saúde);
 - Criação de diversos instrumentos de trabalho para os locais onde realizei o EC, nomeadamente um livro prático sobre LMP, para o hospital em Portugal no EC VI.

Roy *et al.* (2014) dizem-nos que a possibilidade de a mulher escolher e usar a LMP aumenta a sua sensação de autoconfiança, proteção e empoderamento, contribuindo para uma experiência mais positiva do seu TP. Estabelecendo uma relação empática com as parturientes, procurei através de incentivos, exemplos, suporte e apoio levá-las a confiarem no seu corpo e nos seus recursos.

Nas instituições onde desenvolvi este EC não havia nenhum documento que protocolasse a LMP. Assim, os parâmetros que utilizei, sempre com a orientação e supervisão de um EESMO, para sugerir e implementar a LMP foram:

- Vontade e desejo da mulher;
- A sua situação clínica e do feto;
- Possíveis contraindicações (por exemplo, soroterapia, monitorização contínua, tipo de analgesia farmacológica administrada, limitação corporal, etc.)
- Conduta da instituição e do profissional que me acompanhava (nem todos os profissionais estão à vontade para acompanhar determinada sugestão de LMP, assim como nem todas as instituições têm as condições necessárias à LMP);

Após perceber que não havia nenhuma contraindicação, abordava o tema com a parturiente e seu acompanhante, explicando os benefícios e contraindicações da LMP no TP (baseada na evidência científica previamente pesquisada) para capacitar e promover uma escolha informada e livre. Nesta exposição, sempre que necessário, exemplificava posições e movimentos. Procurava não ser exaustiva na exposição e adaptar-me ao que a parturiente ia questionando ou expondo. Verifiquei uma maior adesão por parte das parturientes que previamente haviam estudado ou ouvido falar da LMP, quer através de cursos pré-parto, quer através de experiências suas anteriores ou de amigas.

Contudo, verifiquei que embora muitas destas mulheres tivessem uma ideia positiva da LMP, nunca tinham experimentado previamente essas posições e movimentos, e não sabiam ao certo quais os seus benefícios ou contraindicações. Muitas delas ficavam bloqueadas numa indecisão do que fazer, sem se conseguirem ligar ao que as suas sensações corporais lhes pediam.

No hospital português, verifiquei um delegar muito frequente das decisões no profissional, enquanto no hospital brasileiro, as mulheres, na sua maioria de estrato sociocultural baixo e sem cursos pré-parto ou mesmo vigilância da gravidez, imediatamente iniciavam a LMP por si, aderindo a algumas sugestões propostas. Considero que esta diferença de reação se deve à atuação/presença dos profissionais.

Observei que na maternidade brasileira, ao contrário do hospital português, os profissionais só excepcionalmente emitiam ou demonstravam juízos de valor face à forma como a mulher vivenciava o seu TP e só excepcionalmente referiam à mulher como o deveria fazer, aguardando o tempo fisiológico do TP e confiando na expressão que a mulher adquiria, empoderando-a.

Roy *et al.* (2014) afirmam que, quando a mulher se sente num espaço seu, que tem controlo do território, privacidade e liberdade de movimento e de expressão, então será capaz de mover-se e colocar-se para encontrar uma postura de maneira intuitiva com completa liberdade.

Em ambas as instituições as parturientes tinham um quarto só para si, podendo realizar a LMP nesse espaço. No Brasil, ainda tinham a oportunidade de deambular por corredores e pelo exterior do hospital. Em Portugal, a maioria dos quartos possuía sistema *wireless*, o que facilitava a deambulação, e a mudança de posição e o movimento.

No Brasil a monitorização cardíofetal intermitente e o facto de cada EESMO estar apenas direccionado para uma parturiente foram fatores promotores da LMP.

Verifiquei que, em Portugal, havia mais resistência às parturientes saírem do leito. No Brasil, o leito na maioria das vezes não chegava a ser utilizado. Creio que o facto de em Portugal o leito estar no centro do quarto, ao contrário do Brasil, onde outros meios para a LMP eram mais visíveis (banheira, barra de Ling¹⁰, bola de partos, banquinho de partos, etc.) pode ter condicionado esta forma passiva de encarar o TP. Roy *et al.* (2014) falam-nos de como criar um ambiente propício para a LMP:

- Promover a privacidade e ter atenção à estrutura física da sala: num hospital pode ajudar retirar a cama do centro do quarto ou mesmo a inexistência desta, e oferecer outras ferramentas como bolas de parto, colchões, piscinas, banco de partos, cordas, de maneira que a mulher se possa mover de uma para outra segundo o seu corpo o solicite.
- A música e a luz reduzida podem ajudar a mulher a ver o quarto do hospital como o seu quarto e um lugar seguro.
- Minimizar a entrada de outros profissionais no quarto.

Em ambos os locais do EC, começava por expor à parturiente e seu acompanhante as opções disponibilizadas pela instituição que promovessem a LMP. Em Portugal, a

¹⁰ Espaldar de madeira utilizado para alongamentos, fortalecimento e equilíbrio.

bola de partos e a deambulação eram os mais escolhidos, e no Brasil, a posição vertical ou sentada na bola debaixo do chuveiro era a mais frequente.

Em qualquer postura ou movimento, incentivava o acompanhante a participar no TP através da massagem, do apoio físico, de carinho, despertando-o para a necessidade verbalizada pela mulher.

A grande maioria das grávidas em ambos os países referiu que a LMP as ajudava a aliviar a dor e a lidar com esta, podendo distrair-se, referindo que estar deitada era mais doloroso, sendo mais difícil lidar com a ansiedade do desconhecido. Também verbalizaram que a sugestão do EESMO foi importante pois não sabiam que seria possível poderem movimentar-se no hospital. No caso das mulheres que escolhiam ficar por períodos no leito ou se recusavam a sair do leito, sugeri decúbitos laterais e desaconselhei o decúbito dorsal explicando as contraindicações. Algumas adotaram a posição de quatro apoios ou de joelhos, referindo aliviar a tensão lombar ou, no período expulsivo, ser a única posição possível e de maior conforto para elas (algo confirmado no estudo de Roy *et al.*, 2014).

Incentivei a mulher a escolher uma dada posição e a manter-se nela o tempo que precisasse, oferecendo almofadas, apoio do acompanhante ou mesmo lençóis para ajudar a manter a posição e/ou movimento que desejava. Sempre que a mulher desejava mudar de posição ou movimento, fornecia apoio físico e/ou técnico para evitar complicações e/ou diminuir o desconforto.

Na terceira fase do TP, sugeri e acompanhei mulheres que, espontaneamente, realizaram agachamentos com apoio do leito, do acompanhante ou da barra de Ling durante as contrações. No intervalo das contrações, muitas vezes procuravam apoiar o tronco no suporte oferecido, ao mesmo tempo que mantinham uma postura vertical com os joelhos ligeiramente fletidos, algo que favorece o relaxamento lombar. Calais-Germain & Vives (2009) corroboram esta percepção, referindo que nesta posição o peso do abdómen não fica sobre as costas, favorecendo a mobilidade da pélvis e favorecendo a progressão da cabeça do feto devido à gravidade.

Nas mulheres analgesiadas (através de analgesia epidural, sequencial ou bloqueio subaracnoideu), propus com frequência o decúbito lateral para promover a rotação do feto e a sua progressão no canal de parto.

No período expulsivo, no Brasil, pude acompanhar as mulheres na posição que escolhiam. Verifiquei que a posição de cócoras era a mais frequentemente utilizada, sendo o banco de partos um excelente apoio para a parturiente poder manter esta

posição por mais tempo. Com frequência, durante este período, independentemente da postura escolhida pela mulher, geralmente esta optava por uma variante mais assimétrica, o que geralmente aumenta a abertura do estreito inferior.

Em Portugal, apenas foi possível acompanhar as parturientes em posturas de litotomia, semi sentada, de cócoras e sentada (todas estas posições no leito), com promoção de esforços expulsivos em decúbito lateral esquerdo ou a realizar agachamentos. A falta de confiança ou a precaução dos profissionais levavam a que evitassem a prática de outras posições no período expulsivo.

No Brasil, a instituição permitia e promovia o período expulsivo na posição que a mulher desejasse (sentada, em pé, deitada, em posição de Gaskin, ajoelhada, etc.) e onde desejar, nomeadamente na banheira, no leito, no chuveiro, no corredor, etc.

As posições de litotomia não permitem a mobilidade do sacro, as contrações tornam-se menos eficazes devido à diminuição da pressão e da circulação, podendo haver alterações na FCF dada a realização de esforços sem a gravidade (Calais-Germain, & Vives, 2009; Simkin & Ancheta, 2013). A verticalidade, seja sentada, semissentada, de pé e em quatro apoios, ou o uso de decúbitos laterais permitem diminuir as alterações maternas e fetais causadas pela litotomia.

Na maioria das vezes, em Portugal as perneiras foram ajustadas para que a mulher tivesse maior conforto e suporte ao realizar esforços expulsivos, visto que ao colocar as pernas suspensas sem apoio dos pés não lhe era permitido usar os membros inferiores. O uso de suportes, desde barras ou mesmo os acompanhantes, para poder puxar com os membros superiores, também facilitou o período expulsivo.

Verifiquei que, no período expulsivo, algumas mulheres agarravam a parte externa da coxa, o que, segundo Calais-Germain & Vives (2009), promove a rotação interna dos fêmures, aumentando o estreito médio e inferior; na posição vertical, verifiquei que exteriorizavam o calcanhar e o joelho.

Para além das observações e evidências referidas, é importante salientar que o cuidado de não realizar nenhuma intervenção desnecessária, a promoção da participação dos acompanhantes presentes, a procura da redução do número de entradas e saídas de profissionais no/do quarto, a promoção da ingestão de líquidos, o apoio contínuo e a sensibilidade à cultura da mulher, bem como a promoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor foram medidas que promoveram a LMP.

4. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

Neste capítulo exponho sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados do EESMO. Algumas destas já foram abordadas anteriormente, contudo considero importante apresentá-las desta forma sintética e sistematizada.

No guia prático *Care in normal birth: a practical guide*, divulgado pela OMS (1996, p.1), refere-se que nas últimas décadas assistimos a:

uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar e otimizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar. Em países desenvolvidos onde essas atividades se generalizaram, questiona-se cada vez mais se esses altos níveis de intervenção são valiosos ou desejáveis.

As práticas obstétricas, segundo APEO & FAME (2009, p.15), “incluem o respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis”.

A International Confederation of Midwives (IMC, 2011) refere que é da competência do EESMO otimizar a prestação de cuidados, integrando-se no mundo da mulher, ajudando-a na descoberta do seu corpo, das suas emoções e na construção do seu projeto de vida.

Leitão (2010) diz-nos que é da responsabilidade do EESMO promover a participação ativa da mulher em todos os acontecimentos do seu parto. Ao promovê-la, o EESMO estará a contribuir para a promoção da autonomia da mulher. Para este autor, o papel dos profissionais de saúde não é o de “decidir pela mulher e família, mas acima de tudo negociar, orientar e coordenar esforços para ir ao encontro das necessidades reais e sentidas, procurando dar resposta às solicitações que lhe são colocadas, da melhor forma possível e em respeito pelas melhores práticas” (p.14).

Griboskr & Guilbem (2004) dizem-nos que a enfermeira pode proporcionar a mudança necessária no âmbito da assistência hospitalar, esclarecendo melhor as mulheres sobre o seu processo de parto, incentivando e informando para ações que devolvam o poder à mulher. Também nos dizem que é necessário promover mudanças que envolvam desde os órgãos formadores, até à melhoria da infraestrutura hospitalar e

das condições de trabalho no atendimento à mulher e que os serviços de saúde devem passar a ser locais em que as mulheres possam ser orientadas e esclarecidas sobre direitos sexuais, reprodutivos, tipos de parto, políticas de saúde, violência sexual e física. Estes autores ainda reforçam a necessidade de executar ações durante o período pré-natal, capacitando as mulheres como agentes ativas nas mudanças e na tomada de decisão, com o fim de minimizar a hierarquia do modelo assistencial e de gênero presente atualmente na assistência prestada às mulheres no TP¹¹.

A preparação para o parto, as consultas de planejamento familiar, ou as linhas de apoio permanente às puérperas e grávidas são um momento privilegiado para estas ações. Na sala de partos cabe ao EESMO ter uma conduta mais sutil e sensível à realidade da mulher. O TP não é o melhor momento para sobrecarregar a mulher com informação sobre o seu processo de gravidez ou parto. Esta atitude contribui muitas vezes para aumentar a ansiedade e o nervosismo, o que irremediavelmente condiciona o mecanismo do parto e a sua vivência. Na sala de partos podem e devem utilizar-se outras estratégias, como por exemplo promover a LMP, a possibilidade de estar acompanhada por alguém à sua escolha e de ser respeitada nas escolhas que faça, após ter sido devidamente informada das implicações reais destas. Na sala de partos o EESMO deverá respeitar e defender o direito de escolha da mulher, o direito à sua opinião e às suas escolhas, desde que não interfira com a sua saúde e a do RN. O EESMO deverá privilegiar uma postura de escuta, empatia e responsabilidade partilhada com a parturiente, deverá priorizar o direito de escolha à alternativa de assistência ao parto mais bem adaptada à necessidade e à vontade de cada mulher.

O EESMO também deverá promover uma perceção não alterada do que é natural/normal nas mulheres parturientes, defendendo-as do que ocorre frequentemente: submissão ao que lhes é imposto por outros profissionais, maltrato psicológico ou emocional, limitações ao seu processo de decisão, desempoderamento da sua capacidade de parir.

A LMP no 1.º e no 2.º estádios do TP é uma estratégia que promove a participação ativa da mulher (Leitão, 2010, p.32).

Com a evidência recolhida e exposta anteriormente, proponho as seguintes sugestões para a prática.

¹¹ Entendo que, enquanto futura EESMO, ao consciencializar a mulher/o casal do processo da gravidez, empoderando-o para conseguirem discernir autonomamente o que é melhor para si, estou a promover a minimização da hierarquia do modelo assistência, uma vez que mulher/o casal não se irão submeter à opinião/vontade do profissional que encontram e saberão que têm o direito de ser o centro dos cuidados.

4.1. Prática Clínica

O EESMO deverá saber antecipadamente das preferências da mulher face à LMP no seu TP e incentivar a mulher a adquirir o movimento e/ou posição que mais conforto lhe dá em cada momento.

Não havendo evidência científica de qual é a/o melhor posição ou movimento durante TP para todas as mulheres, uma vez que cada mulher e cada TP são únicos, o que torna difícil prever o que vai acontecer e como uma mulher vai reagir, vários EESMO têm destacado a importância de preparar as mulheres para o facto de o parto ser imprevisível (Kitzinger, 1984). A possibilidade de mudar de posição durante o parto pode ser mais importante do que usar uma única posição escolhida. Além disso, ser capaz de contar com o apoio dos prestadores de cuidados também contribui para a experiência de nascimento das mulheres e está ligada ao sentimento de controlo (Walker *et al.*, 1995; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996).

Assim, o EESMO deverá preparar antecipadamente a mulher para o TP, através, por exemplo, de aulas práticas sobre a LMP durante o TP, promovendo uma decisão compartilhada entre a mulher e o profissional de saúde, através do consentimento informado e da contribuição para que o casal esteja informado/empoderado.

A contribuição das mulheres/ casal pode ser diferente de acordo com o tipo de decisão ou as condições em que as decisões são tomadas, por exemplo, em situação de dor ou angústia. Mais uma vez, tal como Orem (1993) nos diz, é importante ensinar o utente (neste caso a parturiente/ casal) para que possa desenvolver conhecimentos sobre capacidades específicas.

Face à LMP, o EESMO deverá contribuir para a experiência positiva do TP da mulher, através da exposição dos benefícios da LMP, das adversidades da imobilidade e/ou posições supinas, ajudando as mulheres a encontrar as posições em que elas se sentem mais confortáveis, assegurando-se de que os cuidados de enfermagem oferecidos à mulher correspondem ao seu *deficit* de autocuidado, por forma a não realizar intervenções sem necessidade (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

Para tal, O EESMO deverá formar-se para poder atender o parto em todas as posturas que a mulher adopte, por forma a não a influenciar na sua escolha. Roy *et al.* (2014) sugere esta reeducação dos profissionais de saúde para que facilitem e respeitem a fisiologia do TP, de maneira que não manipulem o parto mas que contribuam para uma expressão desinibida em todos os sentidos.

A criação de um ambiente propício para a LMP, promovendo a privacidade e tendo atenção ao que existe de material na sala (ex. cadeiras) que possa condicionar o movimento ou posicionamento da grávida é outro contributo que o EESMO poderá dar para a melhoria da qualidade de cuidados.

Num hospital, o EESMO pode ajudar retirar a cama do centro do quarto, ou mesmo para fora do mesmo, e oferecer outras ferramentas como bolas de parto, colchões, piscinas, banco de partos, cordas, de maneira que a mulher se possa mover de um para o outro segundo o que o seu corpo solicite. A música e a luz reduzida podem ajudar a mulher a ver o quarto do hospital como o seu quarto e um lugar seguro, e, em conjunto com a eliminação de distrações e uma temperatura adequada, potenciam a sensação de segurança e privacidade da mulher, prevenindo a desaceleração ou paragem do TP por aumento dos níveis de catecolaminas (Lothian, 2004).

Quando a mulher se sente num espaço seu, que tem controlo do território, que tem privacidade, LMP e liberdade de expressão, então é capaz de mover-se e colocar-se para encontrar uma postura de maneira intuitiva com completa liberdade. Para que isto aconteça, é importante minimizar a entrada de outros profissionais no quarto.

Odent (2001) refere-nos que deverá diminuir-se toda a estimulação neocortical desnecessária, devendo o EESMO utilizar com cautela a linguagem racional com a parturiente, podendo transmitir suporte à parturiente e sua família com o olhar, o toque e a sua presença. Ou seja, deverá melhorar a sua comunicação com as mulheres, assim como não oferecer informação e conselhos rotineiramente e constantes, pois poderá impedir a mulher de se focar no seu TP e de encontrar quais os instrumentos e o ritmo que lhe são úteis a cada momento.

O EESMO só deverá intervir quando houver complicações obstétricas (De Jonge *et al.*, 2008). Fora estas, deve garantir, como já tem vindo a ser dito, a segurança e um ambiente propício ao TP (Regulamento N.º 127/2011, 2011), bem como a participação ativa da mulher, nomeadamente através da LMP.

A utilização de CTG com telemetria *wireless* e clampagem intermitente do cateter venoso periférico, de sistema de soros móvel e prolongamentos de soro, assim como, presença de pessoas próximas à parturiente durante o TP e de um EESMO para cada mulher, “reduzindo assim as consequências negativas do medo e do *stress* do TP num local desconhecido” (APEO & FAME, 2009, p.74) são medidas que podem promover e facilitar a LMP.

4.2. Ensino

Seria importante que as escolas de Enfermagem, sempre que possível, promovam a realização deste EC em contextos diversificados que propiciem o contato com diferentes modelos assistenciais relativamente ao parto, nomeadamente com peritos que respeitam e pratiquem a filosofia e guidelines emitidas pela OMS, ICM e OE.

4.3. Investigação

Dever-se-à promover bolsas de investigação sobre o tema e realizar parcerias de investigação sobre a temática com instituições de outros países.

4.4. Gestão de cuidados

Sempre que possível, deverá ser defendido :

- um rácio de um para um, ou seja, um EESMO para uma parturiente;
- bolsas de estudo e/ou estágios remunerados;
- a atribuição e respeito pelo estatuto trabalhador estudante.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A OE (2015, p.19) refere seis pressupostos básicos relativos ao nascimento que emanam dos direitos humanos universais e que decorrem de uma maior tomada de consciência e participação ativa da mulher/ casal no seu TP:

- Direito ao consentimento informado;
- Direito à recusa do tratamento médico;
- Direito à saúde;
- Direito ao tratamento igualitário;
- Direito à privacidade;
- Direito à vida.

A OMS proclama o respeito destes direitos, com o fim de proteger a dignidade da pessoa em qualquer situação, colocando a mulher/o casal no centro dos cuidados e contribuindo para a “efectivação do paradigma da autonomia em detrimento do paradigma paternalista” (OE, 2015, p. 19).

Algumas das atitudes que desenvolvi nos EC para respeitar e promover estes direitos foram:

- A relação de confiança, promovendo parceria com a mulher/o casal nos cuidados prestados e uma experiência mais agradável;
- A comunicação assertiva e adaptada à mulher/ao casal/à família;
- O respeito pela cultura da mulher/do casal;
- A reflexão com o casal sobre o seu plano de partos, mantendo uma atitude de respeito, atenção e profissionalismo;
- A capacidade de englobar a mulher/o casal nas decisões/escolhas em relação à sua gravidez, TP e pós-parto;
- O respeito pela decisão e escolha da mulher, independentemente daquela que pudesse ser a minha escolha, ou seja, a parturiente tem o direito de ser respeitada na forma como deseja cuidar e dispor do seu corpo, e na sua decisão sobre qualquer intervenção destinada a ela.

Os princípios éticos e deontológicos do EESMO (OE, 2015, p.19-21) que desenvolvi e apliquei na realização das atividades expostas no capítulo 3.2. foram:

- Promover o trabalho de parceria;
- Promover o consentimento informado;
- Promover o empoderamento das mulheres/casais grávidos;

- Legitimar a informação que a Mulher grávida/ casal grávido detém;
- Esclarecer dúvidas existentes;
- Discutir o plano de parto da mulher/casal grávidos, com a equipa clínica assistencial;
- Promover e defender o direito da mulher à integridade física, à autodeterminação e à privacidade;
- Garantir e contribuir para um TP seguro e digno;
- Promover um modelo assistencial holístico, o qual atende às dimensões biopsicossociais da grávida, considerando a mulher no seu todo, incluindo os seus sentimentos e expectativas, sem exercer juízos de valor.

A promoção da LMP, através das atividades que fui expondo ao longo deste relatório, é uma medida que procura respeitar, defender e devolver a autonomia à parturiente. A autonomia, segundo Dra. Lais Araújo, (Beauchamp & Childress, 1979) é um dos quatro princípios da bioética:

- Princípio da beneficência
- Princípio da não-maleficência
- Princípio da autonomia
- Princípio da justiça.

Sobre o princípio da autonomia, esta autora define-o como a capacidade de pensar, decidir e agir de modo livre e independente (Araújo, s/d, p.16). Para ela a autonomia pode ser dividida em pensamento (a capacidade de a pessoa pensar por si), vontade (a motivação que a pessoa encontra para algo) e ação (quando, tendo liberdade nos dois itens anteriores, a pessoa age). Ocorre interferência na autonomia do indivíduo sempre que algum destes itens for desrespeitado.

no modelo intervencionista de assistência obstétrica, ainda existente em Portugal, a mulher torna-se o objecto da ação, perdendo o controlo e a decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento. A autonomia da mulher no momento do parto está associada à sua participação nas decisões no que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica... é importante encontrar novas formas que possibilitem à mulher um maior controlo sobre o próprio parto, com direito à opção fundamentada e escolha informada (APEO, 2009, p. 16)

Quando o indivíduo, tal como Orem (2001) nos refere, for incapaz de cumprir os seus requisitos de autocuidado, ocorre um *deficit* de autocuidado. Para preservar a

autonomia da parturiente, o EESMO deverá, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento N.º 122/2011, 2011, p.8650):

- Proteger os direitos humanos, assumindo a defesa destes;
- Promover o respeito pelo direito da parturiente no acesso à informação;
- Manter a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional;
- Respeitar a privacidade da parturiente;
- Respeitar o direito da parturiente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde;
- Respeitar os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos, mantendo um processo efetivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.

Assim, o EESMO deverá estar consciente desde o primeiro contacto com a parturiente do seu plano de parto, dos seus valores, e ter a noção de que, ao violar o desejo da parturiente ou mesmo ao sujeitá-la a posições que lhe são nocivas ou à imobilidade, está a violentar aquela mulher e a infringir a lei portuguesa e os princípios éticos orientadores da profissão.

6. LIMITAÇÕES

A maior limitação deste processo de aprendizagem relacionou-se com o tempo. Concomitantemente com a elaboração deste relatório, sobreposaram-se das exigências académicas e as exigências profissionais e consequente cansaço.

A RL permitiu-me obter a evidência científica necessária para a justificação da promoção da LMP durante o TP, mostrando-se contudo insuficiente para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e científicas. Face a essa limitação, recorri a literatura cinzenta, nomeadamente as obras de peritos (como Simkin & Ancheta (2013) e Calais-Germain & Vives (2009)). Assisti a dois *workshops* (um de Barbara Harper e outro de Nuria Vives), ao II Congresso Internacional da APEO, ao I Congresso Internacional de Saúde Materna e ao ECIC 2015 (2nd European Congress on Intrapartum Care). Solicitei, ainda, um prolongamento do EC VI numa maternidade brasileira, onde sabia que poderia contactar com uma filosofia de cuidados e uma experiência profissional relacionadas com a LMP. Esta foi uma oportunidade, que me permitiu acompanhar as mulheres na posição e movimentos que estas escolhessem ao longo do seu TP, ganhando destreza e confiança no seu acompanhamento, na posição e movimento por elas escolhido.

Tal como sugeri no capítulo quatro, considero que os estudantes deverão ser acompanhados por profissionais que saibam e valorizem a LMP para poderem adquirir competências técnicas, relacionais e científicas neste âmbito. Desse modo, enquanto futuros EESMO, ganharão mais confiança e autonomia na implementação da LMP, o que lhes permitirá acompanhar a mulher na sua vivência, evitando o seu condicionamento à aptidão do profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório é fruto do trabalho desenvolvido durante o percurso formativo do 5.º CMESMO. Nele resumi a pesquisa efetuada até hoje sobre a temática estudada, e descrevi, analisei e refleti sobre o processo de aprendizagem realizado.

Com a RL efetuada e com a observação prática durante o EC, comprovei que a LMP promove o bem-estar materno-fetal, contribuindo para uma boa evolução do TP, permitindo um maior controlo da dor, mais conforto e maior autonomia da mulher. Refleti sobre a responsabilidade do EESMO na implementação da LMP e possíveis estratégias que esta poderá desenvolver face às dificuldades e obstáculos que encontre.

O conhecimento antecipado, por parte do EESMO, das preferências da parturiente face ao seu TP; a preparação da mulher para a imprevisibilidade do TP e dos seus sentimentos no decorrer deste; a informação fornecida relativamente aos benefícios da LMP (e sobre os fatores obstétricos e institucionais que possam vir a comprometer as suas preferências), são muito importantes para a prestação de cuidados especializados à parturiente e seus acompanhantes, assim como na promoção de escolhas livres e informadas por parte destes.

Para implementar a LMP é importante que o EESMO promova o suporte e acompanhamento contínuo da mulher, o respeito pela fisiologia do TP, intervindo apenas se necessário, que reduza o número de entradas e saídas de profissionais no/do quarto, que promova a ingestão de líquidos, que desenvolva sensibilidade à cultura da mulher e que promova a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor. O EESMO deverá formar-se e sentir-se confiante em assistir o TP em qualquer posição e movimento, para poder acompanhar a mulher na sua escolha informada, livre e não condicionada.

Ao longo deste EC fui desenvolvendo as competências técnicas, relacionais e científicas necessárias para desenvolver cuidados especializados à mulher, feto\RN e família durante os períodos pré-natal, de TP e puerpério. A oportunidade de realizar um prolongamento deste EC numa maternidade do Brasil, observando a filosofia e prática obstétrica com EESMO peritos no uso da LMP, foi fulcral para a sistematização desta aprendizagem. Acredito que o EESMO deve promover cuidados centrados na mulher (tal como preconizado pela OE e pela OMS), devendo adquirir competências que lhe permitam promover a autonomia da mulher durante o seu TP e que lhe possibilitem

melhorar a sua comunicação com as mulheres e estimular a autonomia destas, nomeadamente na utilização e promoção da LMP.

Acredito, assim, que com este relatório desenvolvi competências sobre a LMP durante o TP que me permitirão enquanto futura EESMO contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados materno-fetais em Portugal, ao contribuir para a promoção da saúde, para a prevenção de complicações, para a promoção do bem-estar e do autocuidado, seguindo uma conduta ética que respeita direitos, crenças, valores e cultura.

Com a concretização deste relatório sei que a LMP durante o TP é uma forma privilegiada de promover um melhor processo, uma melhor vivência e um resultado mais satisfatório neste aspeto crucial da vida humana que é o TP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albers, L.L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S.M., Hunter, C., Sedler, K.D. & Teaf, D. (1997). The relationship of ambulation in labor to operative delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42 (1), 4-8.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federação da Associação de Matronas de Espanha (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Araújo, L.Z.S. (s/d). *Princípios de bioética*. Acedido em 12/09/2015. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/cep/arquivos/palestras/Palestra_Etica.pdf
- Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18 (8), 492-497.
- Baldaçara, Leonardo (2014). *Temas em Saúde*. Acedido em 30/08/15. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=GszoCQAAQBAJ&pg=PA165&lpg=PA165&dq=O+nascimento+%C3%A9,+historicamente,+um+evento+natural,+considerado+mobilizador+e+marcante+na+vida+da+mulher+e+da+fam%C3%ADlia&source=bl&ots=xoEUV_UNaJ&sig=Q3JqG-S2PWV5NMJkqTK9_82IqSA&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjWsM3K2r_KAhUCSBoKHSzjBMoQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bio, E., Bittar, R.E. & Zugaib, M. (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (11), 671-679.
- Braga, C.G. (1997). Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31 (3), 498-516.
- Borrel, C. & Tavan, C. (2004). La vie familiale des immigrés. *France, Portrait social 2003/2004*, 109-124. Acedido em 12/01/2015. Disponível em: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/hcFPS03d1.pdf.
- Calais-Germain, B. & Vives, N. (2009). *Parir en movimento*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Carracedo, J. R. (1992). *Ética constructivista y autonomia personal*. Madrid: Tecnos.
- Correia, M. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar em enfermagem*, 13 (2), 30-36.

- Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2004). *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Secção II - Código deontológico do enfermeiro. Diário da República, I Série, N.º 180 (16-09-2009) 6546-6549.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. Nova Iorque: Maternity Center Association.
- De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25 (1), 47-55.
- De Jonge, A., Teunissen, D., Van Diem, M., Scheepers, P., & Lagro-Janssen, A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), 347-356.
- Dicionário Online de Português. Acedido em: 14/09/2015. Disponibilidade: <http://www.dicio.com.br/liberdade/>.
- Elmir, R., Schmied, V. & Wilkes, L. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), 2142-2153.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M.R. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ford, E., Ayers, S. & Daniel, B.W. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18 (2). 245-252.
- Giger, J. & Davidhizar, R. (1995). *Transcultural nursing: assessment and intervention*. St. Louis: C.V. Mosby Year Book.
- Gottvall, K. & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109 (3), 254-260.
- Green, J.M. & Baston, H.A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30 (4), 235-247.
- Goodman, Petra; Mackey, Marlene C.; Tavakoli; Abbas S. (2004). Factors related to Childbirth Satisfaction. *Journal of Advance Nursing*, 46 (2): 212-219.
- Griboskr, R. A., Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*, 15 (1),

- 107 – 114. Acedido em 30/07/15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1>
- Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J. & Shehmar, M. (2012). Positions in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *The Cochrane Collaboration*. 16 (5). Issue 5.
- Halldórsdóttir, S. & Karlsdóttir, S.I. (1996). Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int.*, 17 (4), 361-379.
- Harper, B. (1994). *Gentle birth choices*. Vermont: Healing Arts Press.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109 (6), 618-623.
- International Confederation of Midwives (2008). Keeping birth normal. Acedido em 14/09/2014. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_007%20V2014%20Keeping%20Birth%20Normal%20ENG.pdf.
- International Confederation of Midwives (2011). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. Acedido em 21/06/2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>.
- Instituto de Psicologia – USP. Biblioteca Dante Moreira Leite. *O que é a revisão da literatura*. Acedido em 13/08/2015. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>.
- Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kitzinger, S. (2004). *The complete book of pregnancy & childbirth* (4th ed.). Nova Iorque: Alfred A. Knoff.
- Kitzinger, S. (2008). Letter from Europe: home birth reborn. *Birth*, 35 (1), 77-78.
- Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J., Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (review). *The Cochrane Collaboration*. Issue 4, 1-89.
- Jones, R. (2012). *Entre as orelhas: histórias de parto*. Porto Alegre: Ideias a Granel.

- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T. e Styles C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 20 (8), Issue 4.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. Nova Iorque: National League for Nursing.
- Leitão, J.C. (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Departamento de Bioética. Lisboa.
- Lothian, J.A. (2004) Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of Perinatal Education*, 13 (3), 4-6. DOI: 10.1624/105812404X1707.
- Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 48-54. DOI: 10.1624/105812409X461225.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade (7.ª ed.)*. Camarate: Lusodidacta.
- Mamede, F.V., Almeida, A.M., Nakano, A.M.S., Gomes, F.A. & Panobianco, M.S. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*. 11 (3), 466-471. Acedido em 21/08/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300011
- Michele, E.G. & Odaléa, M.B. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (4), 774-782.
- Miquelutti, M.A., Cecatti, J.G. & Makuch, M.Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (171). Acedido em: 26/03/2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/171>.
- Nascimento, Natalia M.; Progianti, Jane M.; Novoa, Rachelli I.; Oliveira, Thalita R.; Vargens, Octavio M. da C. (2010). Tecnologias não invasivas de cuidados en lo parto utilizadas por las enfermeiras: la percepcion de las mujeres usuárias. *Esc. Anna Nery*, 14. Acedido em: 15/09/15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300004

- Nieuwenhuijze, M.J., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T.L. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29, 107-114.
- Odent, M. (2001) New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75 (1). 539-545.
- Ondeck, M. (2014). Healthy birth practice #2: walk, move around, and change positions throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 188-193.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso: enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica / parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceitos de enfermagem em la prática*. (M. Rodrigo, Trad.). Barcelona: Masson. Salvat Enfermería.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Osava, R.H. & Tanaka, A.C. (1997). Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 31 (1). 96-108. Acedido em 20/01/2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/376.pdf>.
- Parratt, J.A. & Fahy, K.M. (2003). Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Journal of Midwifery*, 6 (1), 15-22.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25 (3), 100-106.
- Regulamento N.º 122/2011 de 18 fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, N.º 35 (18/02/2011). 8648-8653.

- Regulamento N.º 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II série, N.º 35 (18/02/2011) 8662 8666.
- Robertson, A. (2000). *The midwife companion. The art of support during birth*. Austrália: ACE graphics.
- Roberts, C.L., Algert, C.S., Cameron, C.A., & Torvaldsen, S. (2005). A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84 (8), 794-798.
- Roberts, J.E. (2002). The “push” for evidence: management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 47 (1), 2-15. Acedido em 10/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874088>.
- Romano, A.M. & Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37 (1), 94-104.
- Roy, M.E.R., Moreno, A.C. & Jimeno, J.F. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8 (1), 23-30.
- Rooks, J.P. (1999). Evidence-based practice and its application to childbirth care for low-risk women. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44 (4), 335-369.
- Schmid, V. (2010). *El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Schott, H. (2005). *Culture, religion and childbearing in a multiracial society*. Oxford: Butterworth Heinmann.
- Scotland, G.S., McNamee, P., Cheyne, H., Hundley, V. & Barnett, C. (2011). Women’s preferences for aspects of labor management: results from a discrete choice experiment. *Birth*, 38 (1), 36-46.
- Shilling, T. (2009). Práticas de nascimento saudáveis de Lamaze International®. #2 Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. Acedido em 18/4/2014. Disponível em: [file:///C:/Users/utilizador/Downloads/Healthy%20Bith%20Practices%202%20Portuguese%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/utilizador/Downloads/Healthy%20Bith%20Practices%202%20Portuguese%20(1).pdf)

- Shilling, T., Romano, A.M. & Difranco, J.T. (2007). The six care practices that support normal birth. Care practice #2: freedom of movement throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 16 (13), 21-24.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a women's life? Women's long term perceptions of their first birth experience. *Birth*, 18 (4), 203 – 210.
- Simkin, P. & Ancheta, R. (2013). *The labor progress handbook. Early interventions to prevent and treat dystocia* (3rd ed.). UK: Wiley-Blackwell.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U.F., Dalholt, M., Ostensen, A.B., Egeland, T. & Emblem R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a prospective population – based study of mothers and fathers. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109 (10), 1154-1163.
- Souto, S.P. (2013). (S/t). Acedido em 16/10/2015. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9423/1/Trabalho%20Completo%20Final.pdf>
- Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B. & Fraser R.B. (2003). Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth*. 30 (3), 189-194. DOI: 10.1046/j.1523-536X.2003.00244.x
- Stark, M. & Rudell, B. (2008) Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 116-122.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 471-482.
- Waldenström, U. (1999). Experience of Labor and Birth in 1111 Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5): 471-482.
- Waldenström, U.; Hildingsson, I.; Rubertsson, C.; Radestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Factors in a National Sample. *Birth*, 31 (1).
- Waldenstrom, U. & Irestedt, L. (2006), Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 27 (3), 147-156.
- Walker, J.M. & Hall, S.M. & Thomas, M.C. (1995). The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 11 (3), 120-129.

- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Zwelling, E. (2008). The emergence of high-tech birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37 (1), 85-93.

APÊNDICES

Apêndice I. Tabelas de síntese dos artigos selecionados na RL

Quadro – Síntese do Artigo 1

Autor/Ano/Título	Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T. e Styles C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 20 (8), Issue 4.
Objetivos	Compara os efeitos de posições verticais (definidas como deambulação) e não verticais (sentada, parada, ajoelhada, de cócoras ou de quatro apoios) com posições horizontais (litotomia, semissentada e lateral) em mulheres no 1.º estágio do TP. Os efeitos são analisados na mãe, no feto e nos resultados neonatais.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Revisão sistemática da literatura. Uso de estudos randomizados e quase randomizados.
Participantes	3706 mulheres.
Resultados	<p>Para todas as mulheres em posição vertical em relação a mulheres em posição horizontal no 1º estágio do TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma hora a menos de duração do 1.º estágio TP. <p>O racional apresentado é que, na posição supina, o peso da parturiente e do seu útero está sobre as veias abdominais (Abitbol, 1985; Huovinen, 1979; Marx, 1982; Ueland, 1969), podendo levar a uma menor irrigação da placenta (Cyna, 2006; Roberts, 1989; Rooks, 1999; Walsh, 2000) e as contrações poderão ficar menos eficientes do que em posições verticais (Caldeyro-Barcia, 1960; Lupe, 1986; Mendez-Bauer, 1980; Roberts, 1983, 1984; Ueland, 1969). Contrações eficientes ajudam na dilatação cervical e na descida do bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As contrações têm a sua eficácia e frequência aumentada nas posições verticais e laterais comparadas com posições de litotomia. Também se comprova que as contrações são afetadas quando a mulher que esteve em posições verticais e/ou a mover, se deita e fica imóvel. Este efeito pode ser revertido com a mudança da mulher para uma posição vertical. Contrações eficazes são importantes para a descida do bebé e para a dilatação do colo (Roberts, 1989; Rooks, 1999; Walsh, 2000) e têm um papel importante em reduzir a probabilidade de distocias. • A mobilidade da parturiente pode aumentar a sensação de controlo da

	<p>mulher no seu parto proporcionando-lhe uma distração (Albers, 1997). A mobilidade proporcionou maior conforto à parturiente (Simkin, 2002), contudo a percentagem de intervenções é a mesma. O aumento da sensação de controlo da mulher pode reduzir a sua necessidade de analgesia (Albers, 1997; Hodnett, 2007; Lupe, 1986; Rooks, 1999).</p> <ul style="list-style-type: none">• O suporte de outra pessoa é essencial para facilitar o parto normal (Hodnett, 2007).• Tiveram menor necessidade de utilizar analgesia epidural.• Menor taxas de cesarianas.• Não tem efeitos negativos no bem-estar das mães e bebés (Andrews, 1990; Gupta, 2004; Roberts, 1989). Em contrapartida: numerosos estudos evidenciam que as posições supinas apresentam efeitos psicológicos adversos na condição da mulher e do seu bebé, e na progressão do parto.• Se as mulheres tiverem recebido analgesia epidural, a posição e movimento das mesmas não parece influenciar o tempo do 1.º estágio, nem a necessidade de cesariana para os dois grupos. <p>Para todas as mulheres em posição vertical em relação a mulheres em posição horizontal no 2º estágio do TP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Não houve diferenças significativas na duração do 2.º estágio.
--	---

Quadro – Síntese do Artigo 2

Autor/Ano/Título	Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J. & Shehmar, M. (2012). Positions in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). <i>The Cochrane Collaboration</i> . 16 (5). Issue 5.
Objetivos	Percecionar os benefícios e riscos de usar diferentes posições durante o 2.º estágio do TP (a partir de 10 cm de dilatação do colo cervical).
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Revisão sistemática da literatura. Uso de estudos randomizados e quase randomizados de qualquer posição vertical ou lateral assumida pela mulher durante o 2.º estágio do TP comparada com posição supina ou de litotomia.
Participantes	7280 Mulheres.
Resultados	<p>Deverá haver mais estudos para averiguar os diversos benefícios e riscos das diversas posições. Até haver um maior conhecimento sobre as diversas posições, as mulheres deverão ser incentivadas a realizar a escolha da posição em que desejam parir.</p> <p>Quando mulheres se encontram em litotomia, há maior probabilidade de assistência no parto, sendo os fórceps o recurso mais utilizado,</p> <p>Não houve diferenças significativas na duração do 2.º estágio do TP e na ocorrência de partos distócicos nas diversas posições, com exceção do uso da almofada de nascimento (cerca de 3,71 min.).</p> <p>Não houve diferenças significativas entre os grupos nas taxas de CST.</p> <p>Com exceção da almofada de nascimento, houve menor taxas de episiotomia e lacerações de 3.º e 4.º grau, e um aumento de lacerações de 2.º grau em posições verticais. Ao considerar todas as mulheres do estudo, houve um maior risco de lacerações de 2.º grau nas posições verticais, exceto quando a almofada nascimento foi usada.</p> <p>Uma redução considerável no uso da episiotomia foi encontrada em mulheres que usaram o banco de nascimento e a cadeira de nascimento.</p> <p>Perdas de sangue: não houve perdas maiores a 500 ml nas mulheres em posições de cócoras, almofada de parto e cadeira de parto, embora se tenha verificado que foi mais comum a perda de sangue superior a 500 ml em mulheres na posição vertical.</p> <p>Verificou-se menor presença de padrões anormais da FCF no grupo de</p>

	<p>mulheres em posições verticais.</p> <p>Nenhuma diferença significativa no uso de anestesia durante o 2.º estágio do TP; na necessidade de transfusão de sangue; na remoção manual da placenta; na admissão à unidade de terapia intensiva neonatal e na presença de morte perinatal. A incidência da incontinência urinária/fecal não foi relatada em qualquer um dos estudos incluídos.</p>
--	---

Quadro – Síntese do Artigo 3

Autor/Ano/Título	Roy, M.E.R., Moreno, A.C. & Jimeno, J.F. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. <i>Medicina Naturista</i> , 8 (1), 23-30.
Objetivos	Expor a evidência científica e recomendações sobre as posições da mulher no período expulsivo.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Revisão da evidência científica.
Resultados	<p>A LMP é de vital importância para um parto e nascimento fisiológicos.</p> <p>O EESMO deveria aumentar a sua confiança em assistir o parto na posição que a mulher possa escolher, criando um ambiente seguro e de confiança que favoreça a LMP.</p> <p>A imobilidade no parto foi introduzida para o conforto do profissional e para o uso de fórceps sem uma investigação prévia que justificasse esta mudança.</p> <p>Um pouco de história para entender a introdução da imobilidade no TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No ano de 1663, em França, o rei Luís XIV observou a sua amante Louise de la Vallière a parir, assistida por Julien Clement, cirurgião, que foi nomeado para esse encargo. Até então todos os homens que tentassem assistir a um parto eram julgados e incriminados, visto só as mulheres terem autorização para tal: o Dr. Wertt de Hamburgo foi queimado por tentar essa ousadia. ➤ Com o aparecimento dos fórceps, esta proibição começou a desaparecer e a posição de litotomia começou a ser privilegiada. Em 1668, François Mauriceau publicou um tratado de como as mulheres deveriam todas parir nesta posição caso fosse necessário o uso de fórceps. ➤ No final do século XVIII, a rainha Vitória foi a primeira a parir com clorofórmio, o que levou ao desenvolvimento de diversas analgesias para o parto e a sua maior utilização. Dar à luz de cócoras ou noutra posição acompanhada de parteiras era cada vez considerado algo

pouco digno para senhoras e sinónimo de classes baixas.

- O estudo de sociedades pré-revolução industrial mostra o uso de diversas posições durante o TP. Etnólogos confirmam informações dos historiadores, que referem que nas culturas africanas, asiáticas, americana e oceânica predominaram sempre as posturas verticais.

Existem várias críticas ao uso massivo da posição de litotomia:

- Sensação de impotência e desamparo da parturiente;
- Sensação de passividade e subordinação ao profissional;
- Pode diminuir a eficácia e a frequência das contrações uterinas.

A possibilidade de ter mais espaço, que não se limite a uma cama, e o facto de o profissional de saúde se adaptar à mãe e ao seu movimento/posição oferecem mais confiança, independência, autocontrolo e poder à mulher, enquanto o EESMO procura acompanhá-la na sua iniciativa.

As posturas verticais aumentam a eficácia e a frequência das contrações uterinas: segrega-se oxitocina em forma de bólus pelo reflexo relacionado com a estimulação do colo uterino (reflexo de Ferguson-Harris). Na posição vertical há uma melhor pressão do colo (na posição de litotomia há uma pressão do sacro), produzindo-se mais oxitocina.

As mulheres referem que conseguem realizar esforços expulsivos com mais facilidade. Associa-se uma menor dor aguda e severa durante o 2.º estágio, o aumento do fluxo de endorfinas e a redução de lombalgias durante as contrações, diminuindo a necessidade de analgesia.

As mulheres referem que a posição de cócoras é menos dolorosa. Referem também que as posições de cócoras e quatro apoios são menos cansativas com um período de expulsão mais curto, com menos dor pós-parto e menores lombalgias.

A postura vertical com flexão e abdução da anca, combinada com liberdade de movimentação do cóccix para articular-se para trás, providencia um maior espaço a nível do estreito inferior da pélvis; quando a pélvis não se apoia em nada e ocupa um espaço livre, os diâmetros do estreito inferior serão máximos.

As posturas verticais estão associadas a menor instrumentalização dos partos, a menores taxas de episiotomia e a um maior número de lacerações de 2.º grau.

Os decúbitos laterais (DL) são os mais associados a períneos íntegros;

O DL permite uma visão clara do períneo e as contrações continuam a ser eficientes.

Os partos na água associam-se a uma maior integridade do períneo e uma maior mobilidade e posturas verticais. Verifica-se uma redução do tempo do TP em todas as posições e movimentos realizados na vertical.

Downe, no seu estudo sobre epidural, concluiu que há menos partos vaginais assistidos se as mulheres parirem na lateral. Esta postura pode facilitar a rotação do feto, especialmente no contexto de analgesia epidural. Kemp, todavia, na revisão que realizou, não encontra suficientes dados para afirmar nada de definitivo sobre os efeitos da posição vertical em mulheres com epidural, assim recomenda estimular as mulheres a adotar uma postura que resulte mais cómoda durante o período expulsivo.

As posturas verticais estão mais associadas a hemorragias pós-parto de mais de 500 ml, contudo o autor refere que os grupos experimentais para estudar este aspeto incluíram a cadeira de partos, que é associada a maior hemorragia, logo é necessário distinguir as diferentes posições.

As mulheres preferem as posições verticais, sobretudo se já as utilizaram anteriormente. Aumenta a sensação de autoconfiança, proteção e empoderamento se puderam escolher as posturas, contribuindo para uma experiência mais positiva.

Posições verticais e DL associam-se a menor frequência de padrões anormais da FCF – síndrome de hipotensão supina (compressão da veia cava – redução da perfusão placentária e diminuição da oxigenação fetal).

Recomendações baseadas nas evidências científicas:

Deveria haver aulas pré-parto em que se informasse das vantagens das posturas verticais e das desvantagens das posturas horizontais (menor oxigenação fetal e Ph, maior frequência de padrões de FCF anormais, prolongamento do 2.º estágio do TP, maior possibilidade de intervenções como epidural, oxitocina, episiotomia, parto instrumental, menor desejo de realizar esforços expulsivos, menor diâmetro do estreito inferior pélvico, algias mais intensas). Nestas aulas, deverá ser possível experimentar posições para o período expulsivo, de preferência na sala onde irá acontecer o parto.

Deverá haver a opção de realizar exercícios pelas gestantes na água assim como de realizar o seu parto na água.

Deverá haver informação para as mulheres sobre a sua mobilidade

	<p>quando há monitorização fetal contínua, perfusão intravenosa de soros e com epidural.</p> <p>Se o parto se prolongar, estimular a movimentação e mudança da postura corporal consoante a mãe sente o seu corpo e a sua sensação e intuição de melhoria do conforto e do processo do TP.</p> <p>Reeducar os profissionais para que facilitem a fisiologia, de maneira que não manipulem o parto mas que contribuam para uma expressão desinibida em todos os sentidos.</p> <p>Criar um ambiente propício para a LMP, promovendo a privacidade e tendo atenção ao que existe de material no quarto (ex. cadeiras). Num hospital pode ajudar retirar a cama do centro do quarto ou mesmo ela não existir, e oferecer outro mobiliário e ferramentas como bolas de parto, colchões, piscinas, banco de partos, cordas, de maneira que a mulher se possa mover de um para o outro conforme o seu corpo o solicite. A música e a luz reduzida podem ajudar a mulher a ver o quarto do hospital como o seu quarto e um lugar seguro. Deverá ser minimizada a entrada de outros profissionais no quarto. Quando a mulher se sente num espaço seu, que tem controlo do território, privacidade e liberdade de movimento e de expressão, então será capaz de mover-se e colocar-se para encontrar uma postura de maneira intuitiva com completa liberdade.</p> <p>Os profissionais deverão formar-se para poder atender o parto em todas as posturas que a mulher escolha, por forma a não a influenciarem e a protegerem as suas costas usando posturas ergonómicas.</p> <p>O EESMO deverá evitar realizar toques vaginais no expulsivo sem uma razão clínica importante, acontecimento que se associa mais a mulheres em postura horizontal.</p> <p>Os EESMO deverão saber realizar o toque vaginal em qualquer postura.</p> <p>As mulheres devem ser livres de adotarem a postura que quiserem, sem inibição.</p> <p>Deverá desaconselhar-se as mulheres de usar posições horizontais de decúbito dorsal.</p> <p>O EESMO deverá melhorar a sua comunicação com as mulheres de forma a poder facilitar e a partilhar as decisões e as responsabilidades.</p>
--	---

Quadro – Síntese do Artigo 4

Autor/Ano/Título	De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology</i> , 25 (1), 47-55.
Objetivos	Percepcionar as influências a que as mulheres estão sujeitas na utilização da LMP e as experiências de TP que as mulheres têm consoante a LMP que vivenciaram.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Estudo qualitativo. Colheita de dados através de entrevistas semiestruturadas.
Participantes	20 mulheres ao cuidado de uma parteira na Holanda 8 eram primigestas, 6 estavam num hospital e 14 no domicílio.
Resultados	<p>A escolha das mulheres em relação ao tipo de posição, assim como sua experiência da dor variam muito. As mulheres do estudo, independentemente da etnia, mostraram-se mais familiarizadas com a posição supina devido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meios de comunicação social; - Histórias de nascimento de outras mulheres; - Influência da medicina ocidental em muitos países não ocidentais. <p>As mulheres gostariam de encontrar as posições mais adequadas através de uma combinação das suas próprias preferências com as sugestões da parteira. A LMP permite à mulher ter uma influência importante sobre seu próprio TP, contribuiu para uma melhor experiência global de algumas mulheres e para um maior bem-estar emocional no pós-parto.</p> <p>Várias mulheres referiram ser importante para elas as parteiras fornecerem informação sobre LMP antes e durante o parto – referiram preferir informação exata sobre questões práticas e sugeriram um folheto com imagens que explicassem as várias opções e os diferentes mecanismos de nascimento.</p> <p>O conselho dado por parteiras foi o fator que mais influenciou a escolha da posição de parto. As parteiras devem capacitar as mulheres para encontrar as posições que são mais adequadas para elas, dando conselhos práticos durante a gravidez e no parto.</p> <p>Se medicamente possível, as mulheres beneficiariam em ter autonomia na procura das posições mais úteis para elas.</p>

	<p>Ser incentivadas a encontrar as posições mais adequadas foi descrito como ter controlo sobre o TP, o que contribuiu para uma boa experiência e para bem-estar emocional depois do parto.</p> <p>Verificou-se que a experiência de maior controlo consoante a posição escolhida varia de mulher para mulher. Algumas mulheres lidam melhor com a dor através da variedade de posições experienciada.</p> <p>Não se verificou que o parceiro influenciasse na escolha de posições durante o parto.</p> <p>Algumas mulheres partilharam que o sentimento de controlo era mais importante do que a intensidade da dor, e por isso gostaram de estar na posição vertical por esta razão, apesar de haver um aumento da intensidade das contrações.</p> <p>Algumas mulheres referiram constrangimento no uso de algumas posições, contudo isso não as impediu de o fazerem quando as vantagens de as utilizarem eram visíveis. Este constrangimento diminuía quando as mulheres eram informadas com antecedência sobre as opções de posição, sentindo que tinham uma influência sobre seu TP. Uma sensação reduzida de controlo e influência no seu TP também foi uma razão importante para algumas mulheres sentirem mais vergonha no hospital e sentirem-se com menos liberdade para experimentar várias posições.</p>
--	---

Quadro – Síntese do Artigo 5

<p>Autor/Ano/Título</p>	<p>Nieuwenhuijze, M.J., De Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T.L. (2013). Influence on birthing positions affects women’s sense of control in second stage of labour. <i>Midwifery</i>, 29, 107-114.</p>
<p>Objetivos</p>	<p>Explorar se as escolhas de posições de parto contribui para a sensação de controlo da mulher durante o parto.</p>
<p>Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos</p>	<p>Artigo de opinião. Investigação utilizando questionário individual.</p>
<p>Participantes</p>	<p>1030 Mulheres na Holanda.</p>
<p>Resultados</p>	<div data-bbox="459 853 1342 1317" data-label="Diagram"> <pre> graph LR subgraph "Our study" A["General factors: -age -education -parity -place of birth -feelings towards birth in pregnancy -pain in 1st stage of labour -pain in 2nd stage of labour"] B["Factors related to choice in birthing positions -antenatal classes -duration of 2nd stage of labour -preferred birthing in 2nd stage -influence on use of birthing position -actual birthing position in 2nd stage"] C["Sense of control"] A --> C B --> C end C --> D["Satisfaction/ Birth experience"] D --> E["Well-being/ Quality of life"] </pre> </div> <p>No grupo de mulheres com gravidez e parto fisiológicos, os preditores significativos para a sensação de controlo foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiência de ter influência sobre as posições de parto escolhidas; - Aulas de pré-natal; - Sentimentos e expectativas para com o nascimento na gravidez ; - Dor na segunda etapa do TP. <p>Não é tanto a escolha específica no uso da posição preferida que tem um impacto positivo no sentido do controlo de uma mulher. A influência da mulher sobre as posições de parto em todo nascimento parece mais significativa, o que pode ser interpretado como a sensação de se sentir envolvida no que está a acontecer.</p> <p>O parto é antes de tudo um processo dinâmico, o que torna difícil prever o que vai acontecer e como uma mulher vai reagir. Parteiras têm destacado a importância de preparar as mulheres para o facto de o parto ser</p>

imprevisível (Kitzinger, 2005). Este parecer é relevante se entendermos que as mulheres podem sentir-se de forma diferente de como previamente tinham antecipado, podendo escolher outras posições. Além disso, as circunstâncias podem exigir a utilização de outras posições (De Jonge *et al.*, 2008). A possibilidade de mudar de posição durante o parto pode ser mais importante do que usar uma única posição escolhida (Roberts, 2002).

Além disso, ser capaz de contar com o apoio dos prestadores de cuidados também contribui para a experiência de nascimento das mulheres e está ligada ao sentimento de controlo (Walker *et al.*, 1995; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996). Isso parece ser confirmado pela constatação de que, especialmente para as mulheres que preferem opções menos comuns, o apoio de outras pessoas, especialmente da sua parteira, no uso das posições de parto teve mais influência sobre o seu sentimento de controlo no nascimento do que ter uma influência sobre as posições de parto apenas por si mesmo. Ter frequentado aulas de pré-natal não foi significativo para influenciar as mulheres a optar por posições não supinas.

O conselho da parteira foi essencial na escolha da posição de parto (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004). As mulheres partilharam que hesitaram menos em usar posições incomuns se a parteira as apoiasse. As mulheres gostavam de encontrar a posição mais adequada através de um processo compartilhado que combina as suas preferências e as sugestões da parteira.

A maioria das mulheres nos cuidados de maternidade parece preferir alguma forma de partilha de tomada de decisão (O'Cathain *et al.*, 2002). Literatura geral sobre a tomada de decisões na área da saúde também enfatiza a necessidade de contribuições combinadas no processo de tomada de decisão, em que a troca de informações é bidirecional e interativa (Elwyn *et al.*, 1999). A deliberação é entre cliente e profissional. Negociações e apoio são importantes para chegar a um consenso (Edwards, 2004). A partilha da tomada de decisão nos cuidados de maternidade visa reunir a experiência profissional com os valores e as preferências das mulheres.

A contribuição das mulheres pode ser diferente de acordo com o tipo de decisão ou as condições em que são tomadas; por exemplo, quando em dor ou angústia.

Durante a gravidez e o parto, a tomada de decisão compartilhada é um processo dinâmico, o qual envolve um diálogo que permite às mulheres fazer e refazer escolhas e decisões (O'Cathain *et al.*, 2002). Estar bem informada é

parte deste processo, e tanto as mulheres primíparas como múltíparas expressam uma forte necessidade de informação já durante a gravidez em como se preparar para a utilização das várias posições de parto (Seefat-van Teeffelen *et al.*, 2011).

Dar à luz em casa parece contribuir para a sensação de controlo da mulher quando prefere posições menos comuns. Isto está de acordo com outros estudos, os quais mostram que as mulheres escolhem um parto em casa pois aí sentem maior controlo. Expressaram que, em sua casa, eram mais capazes de influenciar o que ia acontecer, não só em posições de parto, mas também em geral (Borquez & Wieggers, 2006; Janssen *et al.*, 2009). Os parceiros das mulheres parecem ter um papel de menor importância na escolha da posição de parto (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

A dor também afetou a sensação de controlo da mulher. Tal como no estudo de Green & Baston (2003), este efeito parecia ser mais forte nas mulheres primíparas. Ainda assim, ainda não se compreende totalmente o significado da dor para a experiência do nascimento. Embora os estudos mostrem que altos níveis de dor no parto influenciam negativamente a sensação de controlo (Green & Baston, 2003) e afetam a experiência do nascimento (Waldenstrom *et al.*, 2004; Christiaens & Bracke, 2007; Rijnders *et al.*, 2008), outros descobriram que altos níveis de dor não deixam necessariamente as mães insatisfeitas (Goodman *et al.*, 2004).

A sensação de controlo parece mediar o impacto negativo da dor em experiências de parto (Christiaens & Bracke, 2007). O controlo sobre o alívio da dor parece contribuir para a experiência de TP das mulheres (McCrea & Wright, 1999). Juntamente com a medicação para a dor, existem os próprios recursos das mulheres. A influência negativa que a dor tinha na experiência das mulheres de nascimento não foi diferente em mulheres com ou sem uma epidural (Waldenstrom & Irestedt, 2006). Numa revisão sistemática, Hodnett (2002) concluiu que a dor e o alívio da dor não desempenham um papel importante na satisfação do parto, a menos que as expectativas em relação ao parto e à dor não tenham sido atendidas.

Mesmo quando há complicações, uma abordagem fisiológica do nascimento pode ainda ser possível, até certo ponto. Ter uma influência sobre as posições de parto pode aumentar a sensação de envolvimento nos seus cuidados e proporcionar uma experiência de nascimento mais positiva.

As parteiras têm um papel importante na oferta de informações de

	<p>forma proativa às mulheres e no apoio que fornecem no sentido de ajudá-las a usar diferentes posições de parto e a encontrar as posições em que se sintam mais confortáveis. Isso contribui para a experiência positiva de nascimento nas mulheres.</p>
--	--

Quadro – Síntese do Artigo 6

Autor/Ano/Título	Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. <i>The Journal of Perinatal Education</i> , 18 (3), 48-54. DOI: 10.1624/105812409X461225.
Objetivos	Este artigo propõe-se discutir práticas baseadas na evidência e expor o que é que as mulheres grávidas precisam de saber para vivenciarem um nascimento seguro e saudável, com o foco em práticas que potenciam a segurança da mãe e do bebê
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Artigo de opinião. Revisão narrativa da literatura.
Resultados	<p>A preparação do nascimento e maternidade inicia-se com o princípio da gravidez (Lothian, 2008). Dura 9 meses a gestação de um bebê mas também para preparar física e emocionalmente uma mãe para o nascimento. A gravidez ocorre de forma simples e fácil mas as mudanças emocionais e físicas da gravidez podem ser facilmente perturbadas. Cuidados pré-natais <i>standard</i> e partos medicalizados interferem no decurso normal da natureza, provocando medo e dúvida quando a natureza pede confiança e competência no desenvolvimento.</p> <p>A assistência às mães e suas famílias, assim como ao parto normal nas maternidades, não segue a evidência científica. Para assegurar um TP seguro e saudável, e minimizar o risco de complicações é necessário escolher os prestadores de cuidados e um local que não interfiram no processo fisiológico normal do parto a não ser que haja uma clara indicação médica e que se baseie em evidências científicas.</p> <p>A OMS nomeou 4 práticas que promovem, suportam e protegem o parto normal (Chalmers & Porter, 2001). Lamaze identifica mais duas. Estas seis práticas são suportadas por investigação, incluindo revisões sistemáticas da The Cochrane Library e da Coalition for Improving Maternity Services (2007) e Romano & Lothian (2008).</p> <p>Estas práticas são:</p> <p>Deixar o TP começar por si (Amis, 2009): o corpo materno prepara-se, maturidade pulmonar do bebê, preparação do bebê para a transição para o meio exterior, FCF mais tranquila e menor necessidade de analgesia e distocias, menor taxa de CST e de reanimação neonatal. MITO: se o bebê é</p>

grande, ou tem macrosomia dever-se-ia induzir o TP mais cedo – a indução não vai diminuir a probabilidade de distocia e está associada a maior probabilidade de CST (Sanchez-Ramos, Bernstein & Kaunitz, 2002).

Deambular, mover-se e mudar de posição (Shilling, 2009) – a dor das contrações pode ser um guia da mulher no TP. Mover-se/ mudar de posição em resposta à dor das contrações promove a progressão do TP, oferece conforto, protege o bebê e o canal de parto, especialmente no período expulsivo, e pode encurtar o TP, ser uma forma de alívio da dor, está associado a FCF tranquilizadoras, menor trauma perineal e menor perda de sangue. Deambular no 1.º estágio do TP diminui percentagem de CST e uso de fórceps e vacuo (Storton, 2007).

Estar acompanhada de uma pessoa conhecida em quem se confie ou de uma doula, recebendo suporte emocional e físico contínuo (Green & Hotelling, 2009) – protegem a privacidade da mulher, ajudam-na a estar confortável, criando um ambiente que a fazem sentir salva e protegida. Este fator é muito importante em locais desconhecidos, tal como o ambiente hospitalar. Reduz a necessidade de analgesia, reduz a dor pós-parto e aumenta a possibilidade de ter um parto vaginal. Mais satisfeitas com a experiência do TP, menor taxa de CST e menor necessidade de usar oxitocina durante o TP (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007; Leslie & Storton, 2007).

Evitar intervenções que não são medicamente necessárias (Lothian, 2009) – uso rotineiro de vias intravenosas pode contribuir para o *fluid overload* no TP (Goer *et al.*, 2007).

Monitorização contínua aumenta partos vaginais instrumentados e CST e não reduz a incidência de paralisia cerebral, Apgar baixo, taxa de mortalidade neonatal ou necessidade de unidades intensivas neonatais (Goer *et al.*, 2007).

Epidural: sem a percepção da dor o cérebro não liberta oxitocina e consequentemente as contrações têm de ser estimuladas pela oxitocina sintética. Como esta não passa a barreira sanguínea cerebral o corpo não liberta endorfinas. A epidural está associada a TP mais longos, instrumentados, bebês mal posicionados, a um TP mais sofrido, a maior risco de CST, sobretudo quando a epidural é dada precocemente (Goer *et al.*, 2007; Lieberman & O'Donoghue, 2002). Quando as intervenções são usadas de forma rotineira potencia-se o uso de intervenções em cascata pois o

processo de TP é interrompido, e mulheres e bebês são expostos a riscos desnecessários.

Evitar posicionar-se em litotomia e seguir a vontade do corpo de realizar esforços expulsivos (DiFranco, Romano & Keen, 2009) – posições verticais (incluindo de cócoras, sentada ou decúbitos laterais) promovem a progressão do bebê pelo canal de parto, assim como mudar de posição aumenta o diâmetro da pelve materna e é mais confortável. Está também associado com 2.º estágio de TP mais curto, menor utilização de fórceps, vacuo, episiotomias, a menor número de FCF anormais e a menos dor no período expulsivo (Gupta, Hofmeyr & Smyth, 2004). Dirigir os esforços expulsivos da mãe está associado a maior trauma perineal (Schaffer *et al.*, 2006). Mesmo com epidural, é mais seguro aguardar a descida do bebê para realizar esforços expulsivos quando as mulheres sentem em vez de direcionar os puxos.

Manter mãe e bebê juntos é melhor para ambos e para a amamentação (Crenshaw, 2009) – menor taxa de hemorragia no pós-parto e mães mais satisfeitas. Bebês ficam quentes, FCF mais estável e Frequência Respiratória regular, menor probabilidade de hipoglicemia ou dificuldade na amamentação (Moore *et al.*, 2007). Toda a rotina após o nascimento pode ser realizada com o bebê no peito da mãe.

Apêndice II. Três experiências de cuidados/ três contextos

1.ª EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS (Portugal)

Sr.ª P., de 36 anos, primípara, com IG de 38 semanas e 5 dias, licenciada, admitida no bloco de partos em Portugal com 5 cm de dilatação, com relato e rutura espontânea da bolsa amniótica e contrações regulares de média amplitude. Com vigilância pré-natal e preparação para o TP realizada..

Recebi a Sr.ª P. e seu acompanhante (marido) no quarto. Ambos se apresentavam aparentemente tranquilos. Depois de me apresentar, apresentei o bloco de partos e o quarto onde iriam ficar, expondo as diversas opções disponíveis para lidar com o desconforto das contrações que a Sr.ª P. referia (dor 4). Ambos demonstraram contentamento ao perceber que o hospital tinha recursos não farmacológicos para oferecer, incluindo vários meios de que haviam ouvido falar durante o curso de preparação pré-natal.

Ofereci a possibilidade de realizar hidroterapia no chuveiro, que o casal aceitou. Iniciei também com o seu consentimento aromoterapia, musicoterapia e cromoterapia.

A Sr.ª P. ficou no duche a realizar hidroterapia cerca de uma hora, alternando entre postura vertical e sentada na bola, e com o seu marido realizando massagem na zona lombar. Avaliou-se a FCF com escuta intermitente de 30 em 30 minutos, sem alterações durante a escuta.

Após a hidroterapia, orientei a Sr.ª P. e o seu acompanhante para deambularem no quarto. Nesse momento, a Sr.ª P. estava monitorada com CTG por Wi-Fi e foi puncionada em membro superior esquerdo, onde se colocou soro fisiológico em perfusão, conforme protocolo da instituição. Ofereci líquidos e gelatina, que ingeriu e tolerou.

Cerca de 30 minutos mais tarde, a Sr.ª P. referiu maior desconforto durante contrações (dor 7), foi-lhe oferecido a possibilidade de voltar ao chuveiro e massagem. Referiu desejar analgesia. Foi detalhada informação acerca dos riscos/benefícios da analgesia e da técnica, e esclarecidas as dúvidas. Com o seu consentimento foi observada: 7 cm de dilatação, 90% apagado, apresentação cefálica em plano -2 de Hodje. Foi contactada equipa de anestesia, que realizou epidural à Sr.ª P.. Esta referiu alívio da dor, tendo ficado 30 minutos após a técnica de analgesia em decúbito dorsal, segundo orientação de anestesista. Foi algaliada e colocou-se oxitocina em curso conforme protocolo da instituição. Posteriormente, ao não apresentar alterações do seu

bem-estar motor nem alterações do bem-estar materno-fetal, foi incentivada a deambular.

Após duas horas alternando entre bola de parto e deambular, e sem apresentar sinais de comprometimento do bem-estar materno fetal, a Sr.^a P. referiu ter vontade de realizar esforços expulsivos e pressão perineal. Com o seu consentimento foi observada: 9 cm de dilatação, apresentação cefálica, no plano -1. Foi incentivada a deambular e a realizar agachamentos durante a contração. Apresentava contratilidade uterina regular e de grande amplitude, com cerca de 4 contrações em 10 minutos. A partir deste momento, fiquei com o casal até ao nascimento do RN.

Ao perceber-se a apresentação no plano zero, foi questionada em que posição gostaria de ficar para realizar esforços expulsivos. Referiu que gostaria de ficar agachada no mesmo movimento que estava a fazer. Foram-lhe explicadas as opções que a instituição oferecia. Conforme solicitou, foi auxiliada a sentar-se na cama, a qual que foi adequadamente adaptada.

Orientada a realizar esforços expulsivos com um movimento específico do corpo e técnica de respiração (juntar o queixo no peito e sustentar a respiração) por outro profissional de saúde, incentivei-a a adquirir a posição onde se sentisse mais confortável, referindo que poderia trocar de posição se assim o desejasse e enalteci todo o trabalho que até então estava a realizar, procurando empoderá-la. A Sr.^a P. evoluiu para parto eutócico, na companhia do marido, nascendo um nado-vivo de sexo masculino, com 3350 g e Índice de Apgar 9/10/10, de sexo masculino sem malformações aparentes.

No dia seguinte, tive oportunidade de visitar a Sr.^a P. na unidade de puerpério. A Sr.^a P. agradeceu o acompanhamento carinhoso, de respeito pela sua vontade, tranquilizante e ponderado, e referiu que ficou “feliz de ter podido mover-se durante o seu TP e fazer força naquela posição e não deitada de costas”; referiu ainda que teria sido mais fácil se a tivessem deixado no movimento e agachamento em que se encontrava antes da RN nascer. Ainda refletiu que, se não tivesse tido apoio, teria tido menos confiança em si mesma e na capacidade de “não ficar em pânico”. O seu acompanhante referiu ter-se sentido confiante com o meu apoio e ter sido informado ao longo do TP do que ia acontecendo.

Constato que a perfusão de um soro, a monitorização contínua, o direcionar os esforços expulsivos e a falta de confiança dos profissionais para acompanhar períodos

expulsivos em algumas posições e/ou locais, bem como a inexistência de e/ou normas/protocolos da instituição nesse sentido, limitaram a LMP neste TP.

2.^a EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS (Brasil)

Na casa de partos de um hospital público brasileiro, recebo a Sr.^a J. (12º ano de escolaridade) acompanhada pelo marido e mãe (a instituição permite que ela seja acompanhada por quem quiser). Primípara de 23 anos, com IG de 40 semanas mais 4 dias, avaliada na admissão com 7 cm de dilatação, colo 70% apagado e mole, apresentação plano -2 de Delee, bolsa íntegra. Vem acompanhada por uma enfermeira especialista que me apresenta a Sr.^a J. e seus acompanhantes, e me expõe a sua história, procurando incluir a gestante e acompanhantes no relato. Realizou vigilância pré-natal, não realizou curso de preparação pré-parto, iniciou o TP espontaneamente (segundo a parturiente, desde as 14h do dia anterior que se encontrava com contrações).

Apresento-me e encaminho-os para o quarto onde vão ficar. A Sr.^a J. senta-se na cama e fecha os olhos a cada contração, deixando de respirar e balanceando suavemente o corpo. Sugiro-lhe que respire fundo e aguardo que a contração alivie. Nesse momento explico-lhe porque deve respirar durante a contração e exponho-lhe os diversos métodos de que a instituição dispõe para alívio da dor. Interrompo a conversa a cada contração, retomando quando a parturiente me dá sinal. Na casa de partos só temos métodos não farmacológicos, mas caso ela necessite podemos deslocar-nos a sala de partos para receber uma única dose de anestesia epidural.

Avalio FCF e dinâmica uterina (+- 145 bpm sem desaceleração durante 10 minutos e 3 contrações de cerca de 30 segundos em 10 minutos). Ofereço-lhe o chuveiro sentada na bola. Ela aceita. Preparo o ambiente e ela fica no chuveiro acompanhada pelo marido. Oriento este para a realização de massagem na zona lombar da parturiente.

Não saio do quarto, nesta instituição há um enfermeiro especialista para uma parturiente.

À medida que registro o que observei e realizei, esclareço a mãe dela nas dúvidas que me expõe e aproveito para desmistificar alguns mitos, tais como: “Ela não precisa de soro?” ou “Depois pode dar-lhe um cortinho para ajudar a ser mais rápido?”.

A Sr.^a J. mantém-se no chuveiro por 2 horas. De 30 em 30 minutos, avalio FCF e de uma em uma hora avalio dinâmica uterina. Não deteto nenhuma alteração ou comprometimento na progressão do TP e no bem-estar materno-fetal. Oriento companheiro a realizar massagem nas costas da Sr.^a J. quando ela referir que precisa e

peço à sua mãe para se deslocar ao refeitório para trazer sumo, salada de fruta e gelatina, tal como a Sr.^a J. havia pedido.

Durante as primeiras três horas conversamos sobre o Brasil, Portugal, a dinâmica do TP, o medo da dor, as diferenças de atendimento e de evidência científica do tempo da mãe para hoje, de cuidados humanizados. Ao mesmo tempo, estou atenta ao bem-estar materno-fetal, ao alívio da dor e às palavras que uso, procurando sempre que seja a Sr.^a J. a escolher e a decidir. A enfermeira que me orienta aparece em alguns momentos, corroborando o trabalho que realizo.

Após 3 horas do último toque, com o seu consentimento volto a observá-la: 6 cm de dilatação, 80% apagamento, apresentação cefálica no plano -2 de Delee. A minha orientadora confirma avaliação. Abro um novo partograma.

Face a alguma ansiedade expressa pela Sr.^a J., volto a explicar a dinâmica e a progressão do TP, da normalidade de progredir lentamente e do benefício desta progressão; apresento-lhe o partograma e procuro transmitir paciência e tranquilidade nas minhas palavras.

Sugiro irmos até ao núcleo de práticas integrativas, que fica a 30 metros da casa de partos. A Sr.^a J. aceita.

Observo que sair do quarto onde se encontrava, ver o exterior, a rua, as pessoas, a ajuda a distrair-se. Pergunto-lhe se deseja parar durante a contração e ela diz que é “mais fácil aguentar andando”.

No núcleo de práticas integrativas, acompanho a Sr.^a J. na realização de um escalda-pés e de reflexologia dos pés. De manhã, já havia realizado acupuntura. Após estes cuidados realiza auriculoterapia. Não me afasto dela, entendo que a minha presença a tranquiliza e o toque de uma mão ou um olhar são suficientes para ela se centrar e respirar a cada contração.

Após 2 horas regressamos. Ofereço gelatina e água, que aceita. Convido os acompanhantes para lanchar em conjunto.

Passadas 3 horas volto a avaliar, 8 cm de dilatação, colo fino, apresentação cefálica no plano -2 de Delee. Embora esteja a afastar-se da curva de referência do partograma, a enfermeira orientadora sugere que se mantenha a vigilância e os cuidados, visto que o TP esta a progredir, contudo passo a realizar toque vaginal de 2 em 2 horas.

Assim, após 2 horas avalio a mesma dilatação e apresentação cefálica. Com consentimento da Sr.^a J. e suportada pela minha orientadora, realizo rutura artificial da

bolsa amniótica, com saída de líquido amniótico claro. Expliquei previamente à Sr.^a J. porque iria realizar esse procedimento e quais os benefícios e riscos do mesmo.

Continuamos com massagem, chuveiro e bola, intercalado com deambulação. Realizo auscultação intermitente e avaliação da dinâmica uterina, e respeito os silêncios que espontaneamente surgem.

Após uma hora refere ter “vontade de fazer cocó”. Apresentava uma dinâmica uterina de 4 contrações de cerca de 35 segundos em 10 minutos. Ofereço a banheira para alívio da dor, que aceita. Dentro da banheira movimenta-se em decúbito lateral e semissentada com apoio do marido nas suas costas e palavras encorajadoras da sua mãe. Por referir muito desconforto e dor na contração realizo uma nova avaliação com o seu consentimento: dilatação completa, apresentação cefálica no plano zero.

Observo que nesta banheira a mobilidade é reduzida, impossibilitando-a de sentar e realizar esforços expulsivos convenientemente. Refere dor 9 na contração. Como ao longo do TP referiu sentir alívio da dor e conforto quando se sentava na sanita, proponho-lhe sentar-se no banco de partos. Aceitou a oferta e, no seu tempo, levantou-se e deslocou-se, sentando-se no banco de partos.

Meia hora depois nasceu por parto eutócico nado-vivo de sexo masculino, com 3850 g, em OP, com Apgar 10/10/10.

Abraçada pelo marido e segurando o seu RN nos braços exclamou: “Raquel, eu consegui!”

Apresentou laceração de 1.º grau, que suturei após analgesia loco-regional.

Promovido contacto pele com pele na primeira hora e amamentação livre. Após duas horas o bebé foi pesado e vestido pela avó, enquanto o pai ajudou a mãe a tomar banho. Todos os procedimentos protocolados para o RN pela instituição foram realizados no colo da mãe enquanto o bebé mamava.

No dia seguinte realizei a avaliação dela e do RN. Durante a avaliação a Sr.^a J. agradeceu todo o acompanhamento e tranquilidade, e a presença do seu marido. Agradeceu a sugestão de mudança de posição, pois aliviou-a muito. Referiu ter sido importante ter deambulado e ter-se movimentado.

O marido agradeceu a informação, a atenção e a orientação. Ambos referiram que voltariam a fazer tudo igual.

3.^a EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS (Brasil)

A Sr.^a S., de 36 anos, IG 40 semanas, terceira gestação, desejava ter o seu parto em casa. Contactou a equipa do hospital público brasileiro com quem realizou pré-natal e preparou-se para o TP que desejava. O seu primeiro parto foi uma CST, segundo a parturiente por conveniência do obstetra, e o segundo foi parto vaginal, induzido, com necessidade de fórceps.

A Sr.^a S., o marido e sua mãe apresentaram-se durante as consultas sempre muito bem informados, mostrando-se decididos no que desejavam, com consciência dos riscos e benefícios de um TP em casa.

Às 20h, a Sr.^a S. informou que havia perdido o rolhão mucoso. Às 22h, referiu que as suas contrações se haviam tornado regulares mas espaçadas. Às 23h45 contactou a equipa, referindo que as contrações começaram a ficar mais intensas, regulares e próximas.

À meia-noite, a equipa chegou a casa da senhora.

Quando cheguei a casa da Sr.^a S., perto das 00h45, os seus filhos encontravam-se a dormir, o marido e a mãe a encher a banheira.

A Sr.^a S. estava de joelhos no chão, apoiada no banco de parto, por baixo do chuveiro. Emitia sons à medida que as contrações vinham, usando uma toalha para morder. A FCF era medida após cada contração, não se verificando nenhum padrão anormal.

À 1h30, a Sr.^a S. mantinha-se na mesma posição (referia ser impossível sair daquela posição, não tolerava movimento ou outra posição) e, após rutura espontânea da bolsa amniótica (com saída de líquido claro), iniciou esforços expulsivos.

Às 2:37 nasceu um nado-vivo de 3750 g com Apgar 10/10/10, de sexo masculino. Nasceu no seu tempo, retirado pela mãe e por ela colocado no seu peito. Pouco tempo depois de nascer, começou a mamar. Espontaneamente procurou a mama. Alertei a mãe para o movimento do seu RN. Esta começou a amamentar o seu RN autonomamente. A Sr.^a S. apresentou laceração de 1.^o grau, que foi suturado após analgesia loco-regional.

Todos os cuidados ao RN foram realizados no seu colo enquanto mamava.

Perto das 4h30 toda a equipa, a Sr.^a S., o seu RN e a família reuniam-se à mesa para comer e dialogar.

A Sr.^a S. partilhou que foi muito bom andar durante o TP, mas que na fase ativa do TP só aquela posição lhe havia sabido bem. Tinha feito planos de “ganhar o bebé na

água, rodeada dos familiares, velas e música, mas naquele momento não foi isso que quis”. Falamos da imprevisibilidade do TP e da importância de a mulher estar conectada a si e realizar aquilo que está a sentir. A Sr.^a S. referiu que a equipa de saúde foi excepcional, preservando o ambiente de intimidade e privacidade, e adaptando-se ao seu espaço e à sua forma de estar. A Sr.^a S. referiu que, sem o apoio do seu marido, da mãe e da equipa de saúde “nada teria sido possível”.