

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

**O parto verticalizado como estratégia de
empoderamento da mulher**

Ana Filipa dos Santos Duarte



**Lisboa
2024**

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

**O parto verticalizado como estratégia de
empoderamento da mulher**

Ana Filipa dos Santos Duarte



Orientador: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos



**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos,

À Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos... pela orientação, apoio, disponibilidade, dedicação e encorajamento, essenciais em todas as fases deste trabalho.

A todos os orientadores de estágio pela paciência, incentivo, partilha de conhecimentos e experiências, pelos elogios e pelo reconhecimento do meu esforço.

À minha família... por serem o meu porto de abrigo.

Aos meus amigos... pela paciência, por compreenderem a minha ausência, mas mesmo assim estarem sempre lá para mim.

Aos meus colegas de trabalho por me apoiarem, motivarem e não me deixarem desistir, mesmo nos momentos mais difíceis por tantas trocas que aceitaram...por serem incríveis e sem dúvida a melhor equipa do mundo.

Às minhas colegas de curso... pelo companheirismo, boa disposição, partilha de experiências, em especial à Ana Calado pelos desabafos e quilómetros partilhadas nas viagens para Lisboa e à Sara Santos por me acompanhar até ao fim.

A todas as mulheres e famílias com as quais tive o privilégio de me cruzar, e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

E por fim, e não menos importante, a todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo, dando testemunhos tão importantes e sem as quais não seria possível a sua realização.

Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

- ABCF** – Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais
- ACOG** – *American College of Obstetricians and Gynecologists*
- APEO** – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
- APPT** – Ameaça de Parto Pré-termo
- BP** – Bloco de Partos
- CBF** – Cuidar Baseado nas Forças
- CPPP** – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade
- CTG** – Cardiotocografia
- DG** – Diabetes Gestacional
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- FAME** – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*
- FCF** – Frequência Cardíaca Fetal
- HTA** – Hipertensão Arterial
- ICM** – *International Confederation of Midwives*
- IMG** – Interrupção Médica da Gravidez
- IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez
- IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- JB** – *Joanna Briggs Institute*
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PF** – Planeamento Familiar
- RN** – Recém-Nascido
- SPN** – Sociedade Portuguesa de Neonatologia
- SR** – *Scoping Review*
- TP** – Trabalho de parto

RESUMO

O presente relatório visa a reflexão do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim como de competências de mestre.

A institucionalização do parto e a sua crescente medicalização, têm vindo a interferir desnecessariamente nos mecanismos fisiológicos do mesmo, nomeadamente no que respeita ao posicionamento da mulher. É preciso resgatar o parto como um evento natural e fisiológico onde a protagonista é a mulher, evitando que esta seja submetida a procedimentos muitas vezes desnecessários. Embora a evidência científica reconheça os benefícios da adoção de posições verticalizadas, e esta seja uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma experiência de parto positiva, a falta de empoderamento das mulheres e a resistência por parte dos profissionais e das instituições, impedem a sua concretização. Neste sentido tornou-se importante conhecer a experiência das mulheres acerca do parto em posições verticais.

Com o objetivo de mapear a evidência científica mais atual sobre a experiência de parto de mulheres em relação ao parto verticalizado foi realizada uma *scoping review*. Numa segunda fase foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, de abordagem mista, com os objetivos de identificar o conhecimento das grávidas sobre a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e conhecer a experiência de puérperas que adotaram posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto.

Os resultados obtidos revelaram que a adoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto contribui para o alívio da dor, maior conforto, menos intervenções desnecessárias e partos mais rápidos. O parto verticalizado é reconhecido também como uma estratégia de empoderamento da mulher. Ao optar por posições verticais a mulher assume uma postura ativa, permitindo-lhe sentir-se mais conectada e envolvida no nascimento do seu filho. É promovida a autonomia da mulher, proporcionando-lhe uma maior sensação de controlo e protagonismo, contribuindo para o início positivo da maternidade. Ao oferecer esta opção e apoiar as preferências individuais de cada mulher, o enfermeiro contribui para o seu empoderamento e, consequentemente, para uma experiência de parto positiva.

Palavras-Chave: experiência de parto; posições verticais; mulher; parto; enfermagem

ABSTRACT

The present report aims to reflect on the process of developing common and specific competencies of the specialist nurse in Maternal and Obstetric Nursing, as well as master's level competencies. The institutionalization and increasing medicalization of childbirth have unnecessarily interfered with its physiological mechanisms, particularly regarding women's positioning. It is necessary to reclaim childbirth as a natural and physiological event where the woman is the protagonist, avoiding her being subjected to often unnecessary procedures. Although scientific evidence recognizes the benefits of adopting upright positions, and this is one of the recommendations of the World Health Organization for a positive childbirth experience, the lack of empowerment of women and resistance from professionals and institutions prevent its implementation. Therefore, it has become important to understand women's experiences regarding childbirth in upright positions.

With the aim of mapping the most current scientific evidence on women's childbirth experiences related to upright childbirth, a scoping review was conducted. In a second phase, an exploratory descriptive study with a mixed-methods approach was developed, aiming to identify pregnant women's knowledge about adopting upright positions during labor and to understand the experiences of postpartum women who adopted upright positions in the second stage of labor.

The results obtained revealed that adopting upright positions in the second stage of labor contributes to pain relief, greater comfort, fewer unnecessary interventions, and faster deliveries. Upright childbirth is also recognized as a strategy for women's empowerment. By choosing upright positions, women take an active stance, allowing them to feel more connected and involved in the birth of their child. Women's autonomy is promoted, providing them with a greater sense of control and protagonism, contributing to a positive start to motherhood. By offering this option and supporting each woman's individual preferences, the nurse contributes to her empowerment and consequently to a positive childbirth experience.

Keywords: childbirth experience; upright positions; woman; delivery; nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. O Parto verticalizado.....	14
1.2. O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças de Laurie Gottlieb	19
2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO	22
2.1. <i>Scoping Review</i>	22
2.1.1. Questão de pesquisa e objetivo	23
2.1.2. Critérios de inclusão	23
2.1.3. Estratégia de pesquisa	24
2.1.4. Seleção de estudos.....	25
2.1.5. Extração de dados	25
2.2. Estudo exploratório e descritivo de abordagem mista	25
2.3. Outras atividades implementadas para a concretização dos objetivos.....	27
2.4. Considerações éticas	28
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
3.1. Experiência vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no segundo estádio do trabalho de parto: <i>uma scoping review</i>	30
3.2. Estudo exploratório e descritivo de abordagem mista.....	32
3.3. Análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	46
3.3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	47
3.3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	51
3.3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	57
3.3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	67
3.3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério	73
4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78

ANEXOS

ANEXO I – Parecer do Conselho de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANEXO II – Folha síntese do registo de atividades práticas

APÊNDICES

APÊNDICE I – Termos de pesquisa nas bases de dados: *CINAHL complete*, *MEDLINE complete* e *SCOPUS*

APÊNDICE II – Pesquisa na base de dados *CINAHL complete*

APÊNDICE III – Pesquisa na base de dados *MEDLINE complete*

APÊNDICE IV – Pesquisa na base de dados *SCOPUS*

APÊNDICE V – Fluxograma Prisma para apresentação do processo de seleção dos estudos

APÊNDICE VI – Tabelas de extração de dados

APÊNDICE VII – Instrumento de colheita de dados - Questionário

APÊNDICE VIII – Instrumento de colheita de dados - Entrevista semiestruturada

APÊNDICE IX – Formulário Entrevista

APÊNDICE X – Poster “Experiência vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto– uma *scoping review*”

APÊNDICE XI – Poster “O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher – divulgação do projeto de estágio com relatório “

APÊNDICE XII – Sessão de educação para a saúde “Parto vertical, uma posição natural para dar à luz”

APÊNDICE XIII – Síntese dos resultados da *scoping review* em categorias

APÊNDICE XIV – Síntese das tabelas e gráficos relativos à análise de dados quantitativos do questionário

APÊNDICE XV – Análise de conteúdo das respostas à questão “Conhece os benefícios das posições verticais?” dos questionários

APÊNDICE XVI – Análise de conteúdo das entrevistas

APÊNDICE XVII – Sessão de educação para a saúde “Infecções Sexualmente Transmissíveis”

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por faixa etária	33
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por Escolaridade	34
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por semanas de gravidez	34
Gráfico 4 - Tipo de parto experienciado anteriormente	35
Gráfico 5 - Conhecimento das posições de parto	35
Gráfico 6 - Fonte de conhecimento sobre as posições verticais	36
Gráfico 7 - Posições adotadas pelas puérperas no segundo estágio do TP	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Mnemónica PCC 23

Tabela 2 - Categorias e Subcategorias Temáticas 40

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, (ER), inserida no 2º ano do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e pretende fazer uma análise descritiva, crítica e reflexiva do percurso de aprendizagem para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, fundamentais para a prestação de cuidados especializados e de qualidade à mulher ao longo do ciclo de vida, ao recém-nascido (RN) e família.

O estágio decorreu entre os dias 26 de setembro de 2022 e 14 de julho de 2023, tendo sido desenvolvido em vários contextos clínicos, nomeadamente: Medicina Materno-Fetal, Ginecologia, Puerpério, Cuidados de Saúde Primários, Bloco de Partos (BP) e Neonatologia.

Os objetivos definidos para este ER foram os seguintes:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE);
- Desenvolver Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), estabelecidas pela OE e plasmadas no Regulamento n.º 391/2019, e competências essenciais para a prática de obstetrícia definidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019);
- Desenvolver conhecimentos, aptidões e atitudes de grau de mestre, explanadas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 e atualizadas no Decreto-Lei n.º 65/2018;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mulher, que promovam o parto normal e fisiológico, devolvendo-lhe a autonomia e o protagonismo, com foco nas posições verticais.

O desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde teve como consequência a crescente medicalização de alguns processos fisiológicos, como é o caso do trabalho de parto (TP). A partir da década de 40 do século XX, a institucionalização do

parto foi potencializada, o que promoveu um maior controlo e medicalização do mesmo (Pinheiro, 2016). O parto deixa assim de ser um processo natural, vivido no seio familiar, passando a ser efetuado em instituições de saúde, conduzido por profissionais de saúde (Kappaun & Costa, 2020). O modelo atualmente dominante de cuidados, dá ao profissional de saúde a possibilidade de controlar o processo de parto, expondo muitas vezes as mulheres em TP normal e fisiológico, a intervenções desnecessárias, tais como episiotomias, partos instrumentados e cesarianas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018).

De acordo com a Lei n.º 110/2019, a mulher tem o direito a receber os melhores, mais seguros e adequados cuidados de saúde e tem ainda direito à autonomia e autodeterminação. Segundo a mesma lei, a mulher deve ser submetida apenas às práticas consideradas necessárias durante o TP e parto, devendo os profissionais prestar cuidados baseados na melhor evidência científica.

Segundo dados estatísticos recentes, em 2022 a percentagem de cesarianas em Portugal atingiu os 37,8%, sendo a percentagem mais alta dos últimos 20 anos (PORDATA, 2023). Por sua vez, o Consórcio Português de Dados Obstétricos revela que a taxa de partos instrumentados em 2023 foi de 19,3% e a taxa de episiotomias foi de 32,5%, no mesmo ano. Estes valores demonstram que as boas práticas para garantir uma experiência de parto positiva, ainda estão longe do que seria ideal. Em Portugal ainda não existem dados estatísticos relativamente às posições adotadas durante o TP e parto, contudo, as características dos BP, a falta de informação e empoderamento da mulher, e a renitência por parte dos enfermeiros em alterar práticas já enraizadas, apontam para que a posição de litotomia continue a prevalecer (OE, 2013).

O EEEESMO tem o dever de cuidar a mulher durante o TP, assistindo o nascimento num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde desta e do RN (Regulamento n.º 391/2019). Encorajar o movimento e a verticalidade durante o TP, e apoiar na escolha da posição de parto da preferência da mulher, são estratégias para uma experiência de parto positiva, como recomendado por organizações internacionais tais como a OMS (OMS, 2018), o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2019) e o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2023).

A experiência positiva associada ao parto tem um impacto significativo na recuperação da mulher no pós-parto, assim como no processo de vinculação entre mãe

e filho (Fenaroli et al., 2019). Cabe ao EEESMO proporcionar cuidados de qualidade, assentes em evidência científica atual, sendo que a adoção de posições verticais no segundo estágio do TP pode melhorar a experiência de parto das mulheres (Zang et al., 2023).

Para fundamentar e guiar a minha prática, escolhi o modelo teórico “O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças” de *Laurie Gottlieb*. Este modelo de cuidar utiliza como elementos principais: o cuidado centrado na pessoa; o movimento de empoderamento; a promoção da saúde/prevenção da doença e a parceria colaborativa (Gottlieb, 2016). Neste modelo o enfermeiro trabalha em conjunto com a pessoa, de forma a ajudá-la a reconhecer e utilizar as suas próprias forças e recursos, permitindo-lhe resolver os seus problemas, a fim de sentir o controlo sobre a sua vida. No caso da mulher em TP, é respeitada e reconhecida a sua capacidade natural de parir, oferecendo o suporte necessário para um parto seguro e empoderado. Uma mulher confiante no seu corpo e na sua capacidade em dar à luz, sente-se mais segura em seguir os seus instintos.

Este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento conceptual, onde se apresenta uma revisão da literatura acerca da temática escolhida, assim como o referencial teórico que orientou os cuidados de enfermagem. No segundo capítulo encontra-se a descrição pormenorizada da metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de estágio e integra a *scoping review* (SR), o estudo empírico e as considerações éticas. No terceiro capítulo são explanados e analisados os resultados obtidos na SR e no estudo empírico, e é realizada uma reflexão crítica acerca do percurso efetuado para o desenvolvimento de competências de EEESMO. No quarto capítulo são identificadas as limitações ao processo de aprendizagem, e no quinto e último capítulo são tecidas as considerações finais.

Este trabalho foi elaborado com base no guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL, e redigido em concordância com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. No que concerne às citações e referências bibliográficas, foram tidas em conta as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo é realizada uma breve revisão da literatura acerca da temática em estudo, assim como uma contextualização do referencial teórico que integrei na minha prática profissional ao longo do estágio. Segundo Ribeiro et al. (2018) os modelos e as teorias de enfermagem permitem compreender e dar sentido à prática, assegurando um exercício profissional rigoroso, baseado nos pressupostos filosóficos e científicos de cada teoria.

1.1. O Parto verticalizado

Na antiguidade, o parto era visto como um evento natural e fisiológico, sendo restrito ao ambiente domiciliar, assistido por parteiras. A mulher era o centro dos cuidados, e a evolução natural do TP era respeitada. Com o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, assistiu-se a uma transformação na forma como o parto é encarado, deixando de ser um evento que ocorre no seio familiar, para passar a ser um uma prática institucionalizada e medicalizada, suscetível a uma série de intervenções. Há então uma descentralização da figura da mulher como protagonista do parto, passando esta a assumir uma posição passiva, em que o controle sobre o nascimento é realizado pelos profissionais de saúde (Kappaun & Costa, 2020; Francisco et al., 2020).

A assistência especializada tornou-se uma mais-valia, na medida em que contribuiu para uma diminuição significativa das taxas de mortalidade materna e neonatal, e para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à mãe e ao RN (Cunha et al., 2016). O facto de as mulheres darem à luz em unidades de saúde, garante o acesso a profissionais de saúde qualificados e o encaminhamento em tempo útil, caso haja necessidade de cuidados adicionais (OMS, 2018). De acordo com Wolff e Moura (2004) a assistência ao parto em meio hospitalar deve promover a segurança da mulher e proporcionar os benefícios dos progressos científicos. No entanto, a grande maioria dos trabalhos de parto tem a possibilidade de decorrer sem complicações, se o parto for conduzido respeitando a fisiologia do mesmo (Baslaskas, 2017).

A Lei n.º 110/2019, reitera o direito à mulher de receber os melhores, mais seguros e adequados cuidados de saúde, reforçando ainda o direito à autonomia e

autodeterminação. Segundo a mesma, a mulher deve ser submetida apenas às práticas consideradas necessárias durante o TP e parto, devendo os profissionais prestar cuidados baseados na melhor evidência científica.

As competências do EEESMO durante o TP e parto dizem respeito à prestação de cuidados à mulher e sua pessoa significativa, facilitando os seus processos fisiológicos e a promoção do parto normal e seguro. O EEESMO tem aqui um papel crucial na defesa dos direitos humanos e do consentimento informado, no que diz respeito à tomada de decisão das mulheres e na promoção de práticas baseadas em evidência, incluindo a redução de intervenções desnecessárias (ICM, 2019).

O TP é um processo fisiológico e emocional, centrado nas necessidades de cada mulher, de forma individual. Este depende de fatores complexos e coordenados, que envolvem um número indeterminado de respostas endócrinas, neuroendócrinas e imunológicas. Para se iniciar e progredir, é indispensável que se combinem esforços de elementos mecânicos (ossos, músculos e feto), hormonais (que permitem o surgimento de contrações uterinas, essenciais para preparar o canal de parto e empurrar o bebé) e psicológicos, como pensamentos e emoções (OE, 2022).

De acordo com a OE e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), o parto normal é:

Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, de apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas, completas de gravidez. Depois do parto a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (OE & APEO, 2012, p. 18).

Partos sujeitos a intervenções com o fim de facilitar a progressão do TP vaginal, também estão incluídos na classificação de parto normal. No entanto, partos em que haja utilização de fórceps, ventosas, anestesia geral e cesariana, estão excluídos da classificação de parto normal (OE & APEO, 2012).

Segundo Machado e Graça (2017), o TP começa com o início da contratilidade uterina regular, que provoca a dilatação do colo do útero, promovendo a progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão. O TP está dividido em 3 estádios: dilatação, período expulsivo e dequitação. O primeiro estágio, correspondente à dilatação, ocorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do

colo do útero. O segundo estágio inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. Por fim, o terceiro estágio começa com a expulsão do feto, até à expulsão da placenta (Machado & Graça, 2017). Fatia e Tinoco (2016) consideram ainda um quarto estágio, que diz respeito às duas primeiras horas após o parto, designado por puerpério imediato.

No segundo estágio do TP, a necessidade involuntária de fazer força intensifica-se à medida que se dá a descida do feto pelo canal de parto, comprimindo os nervos obturadores e sacrais. A mulher deve ser apoiada a encontrar uma posição que lhe permita fazer esforços expulsivos de forma mais eficaz (Fatia & Tinoco, 2016). A duração do segundo estágio varia de mulher para mulher, sendo que nas primíparas este período pode ir até 3 horas, enquanto nas múltiparas o nascimento geralmente não ultrapassa as 2 horas (OMS, 2018).

Durante milhares de anos, a posição vertical era a eleita das mulheres para terem os seus filhos. Em África e na América do Sul podem-se encontrar estátuas alusivas ao parto, em que as mulheres se encontram numa posição vertical. Os romanos usavam cadeiras de parto especiais com orifício em forma de U. No entanto, devido a questões culturais, essa prática foi alterada no século XVII e, desde então, a maioria dos partos tem sido realizada com a parturiente em decúbito dorsal (Stark et al., 2023).

Apesar dos benefícios da adoção de posições verticais durante o parto estarem identificados na literatura, as mulheres continuam a ser incitadas a assumir a posição de litotomia (Irvin et al., 2022). O instinto fisiológico da mulher em assumir posições verticais durante o TP e parto continua a ser subestimado em meio hospitalar, refutando as recomendações da OMS (2018) e do NICE (2023) que referem que a mulher deve ser encorajada a mobilizar-se e a adotar posições que considere mais confortáveis para si, incluindo posições verticais, durante o primeiro e segundo estádios do TP.

De acordo com Amaro et al. (2021), na maioria dos hospitais alguns procedimentos tais como: colocação de cateter epidural para analgesia, hidratação endovenosa e monitorização contínua da frequência cardíaca fetal (FCF) e das contrações uterinas através de cardiotocografia (CTG), “obrigam” a que a parturiente permaneça numa posição horizontal. Isto coloca limites à mulher em relação à possibilidade de mudar ou escolher uma posição diferente.

O modelo biomédico de cuidado e a cultura das instituições de saúde são vistos como uma barreira ao nascimento fisiológico. Muitas vezes os profissionais de saúde focam-se mais na realização de intervenções intraparto de rotina do que na própria parturiente. Estas intervenções para além de não serem centradas na mulher, nem sempre são baseadas em evidência científica, sendo dificultadoras do parto normal e fisiológico. A estrutura física das salas de parto, muitas vezes não é funcional e propícia para facilitar o parto na posição vertical. Frequentemente a disponibilidade de equipamentos e recursos, tais como: bolas de parto, bancos de parto e piscinas de parto, que promovam tais práticas em ambiente hospitalar, é limitada ou inexistente (Irvin et al., 2022).

Segundo a OE e APEO (2012), uma das práticas promotoras do parto normal, apoiada em evidência científica e benéfica para a promoção do processo fisiológico do TP e parto, é o incentivo à liberdade de movimento da mulher. Wright et al. (2021) recomendam mudanças de posição durante o TP, de forma a aumentar o conforto materno e promover o posicionamento fetal adequado, desde que essas posições permitam a monitorização e tratamento materno e fetal oportunos e, não sejam contraindicadas por complicações médicas ou obstétricas.

Entende-se por posições verticais, todas aquelas que conferem um ângulo superior a 45 graus entre o tronco e os membros inferiores. Estas incluem a posição de cócoras, sentada, de gatas/ajoelhada e de pé (Cardoso et al., 2020). Segundo Mineiro et al. 2016, no segundo estágio do TP a mulher pode utilizar posições tais como:

- **De gatas** - podendo escolher apoiar-se na cabeceira da cama ou numa bola de partos. O corpo da mulher deve ser orientado para trás para que o ângulo de flexão das pernas seja superior a 90 graus.
- **De cócoras** – é aconselhável colocar um apoio debaixo dos pés e suspender o tronco. Esta posição permite que as pernas estejam em máxima flexão devendo ser colocadas em rotação interna, mantendo os joelhos verticais sobre os pés.
- **Sentada na cama** - pernas fletidas num ângulo superior a 90 graus e com rotação interna das mesmas. Os pés devem estar apoiados em perneiras ou em outro suporte.

- **Sentada no banco** - banco de pouca altura, que facilite a flexão das pernas num ângulo maior que 90°, joelhos verticais sobre os pés e estes paralelos. A bacia deve ficar apoiada na parte anterior dos ísquions.

As posições verticais apresentam várias vantagens em relação à posição de litotomia (Mineiro et al., 2016; Balaskas, 2017; Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] & *Federación de Asociaciones de Matronas de España* [FAME], 2009; Amaro et al., 2021). As suas principais vantagens incluem:

- Diminuição do segundo estágio do TP, uma vez que estas posições favorecem a mecânica do parto, pelo aumento dos diâmetros da bacia e pela ação da gravidade;
- Diminuição da dor e da necessidade de analgesia;
- Melhoria da dinâmica uterina, aumentando a frequência e eficácia das contrações;
- Redução de partos instrumentados e cesarianas;
- Diminuição da intervenção profissional;
- Melhoria da estática fetal, reduzindo a percentagem de mau posicionamento da cabeça fetal ao promoverem melhor alinhamento da cabeça fetal;
- Redução da percentagem de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal devido a uma diminuição do risco de compressão dos grandes vasos, com consequente melhoria da oxigenação fetal;
- Diminuição da percentagem de episiotomias.

Para além dos benefícios acima referidos, o parto verticalizado promove ainda uma maior autonomia, participação, controlo e envolvimento da parturiente no TP e no período expulsivo. Há também uma maior interação entre a parturiente, o seu acompanhante e os profissionais de saúde, contribuindo desta forma para um parto mais humanizado (Mineiro et al., 2016).

Albuquerque et al. (2018) desenvolveram um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, no qual entrevistaram 14 mulheres que tinham tido o parto em posição vertical. A maioria das mulheres foi assistida apenas por parteiras durante o TP, e descrevem as posições verticais como facilitadoras, naturais e confortáveis, favorecendo o seu protagonismo.

Se for dada a possibilidade à mulher de ter uma participação ativa, ela vai seguir os seus instintos, à medida que o TP se desenrola, de forma a encontrar as melhores

posições. Ela vai “trabalhar” a favor da força da gravidade e não contra ela. No primeiro estágio do TP vai querer movimentar-se, escolhendo posições verticais tais como ficar de pé, sentar-se, ajoelhar-se ou agachar-se, e no período expulsivo irá utilizar uma posição expulsiva natural, como por exemplo quarto apoios ou cócoras (Balaskas, 2017). A adoção de posições verticalizadas contribui para uma maior autonomia da mulher e melhores resultados obstétricos, o que resulta numa experiência de parto positiva.

1.2. O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças de Laurie Gottlieb

A enfermagem procura aprofundar os seus aspetos científicos, tecnológicos e humanos, tendo como centro dos cuidados a pessoa, procurando nos diferentes referenciais teóricos suporte para fundamentar a sua prática (Silva et al., 2022). A Teoria de Laurie Gottlieb mostrou ser a que melhor se adapta ao tema em estudo, uma vez que se assemelha à filosofia dos cuidados prestados pelo EEESMO, cuidados estes assentes numa abordagem holística e centrada na mulher, no qual o EEESMO trabalha em parceria com a mesma, adequando os seus cuidados em função das necessidades individuais de cada uma, proporcionando-lhe escolhas informadas (Barradas et al., 2015). Segundo os mesmos autores, esta filosofia pressupõe ainda que seja enfatizado o empoderamento da mulher, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assegurando a promoção do TP fisiológico.

O Cuidar Baseado nas Forças (CBF) representa um novo modelo de cuidar em enfermagem, que transforma uma perspetiva anteriormente reducionista numa perspetiva holística. Este modelo considera a totalidade da pessoa e os recursos que ela dispõe para lidar de forma eficaz com os seus desafios de saúde (Gottlieb, 2016).

O modelo biomédico ainda é o modelo dominante da prática de enfermagem, no qual os enfermeiros se encontram muito centrados no tecnicismo e na implementação de planos de cuidados, baseados na identificação dos problemas dos pacientes. Esta é uma abordagem limitativa que conduz os enfermeiros a ver os pacientes como casos e não como pessoas (Gottlieb, 2016).

O CBF convida os enfermeiros a mudar o seu modo de pensar e agir, alterando as suas práticas, com o intuito de trabalhar em parceria com os pacientes, de forma a incluí-los nas tomadas de decisão sobre os cuidados, tendo em conta as suas preferências e

potencializando as suas forças. O foco nas forças, gera nas pessoas um sentimento de empoderamento, uma vez que são considerados os aspetos positivos, aquilo que funciona melhor, levando as pessoas a acreditar e a confiar na sua capacidade para implementar a mudança e exercer controle sobre as suas vidas (Gottlieb, 2016).

Gottlieb (2016) refere que as forças são as qualidades singulares e especiais da pessoa e da família e podem ser de origem biológica, emocional, psicológica ou social. Segundo a mesma teórica, existem ainda forças internas, que fazem parte do indivíduo (motivação, coragem, resiliência) e forças externas (relações, religião, espiritualidade). O objetivo do CBF não é rejeitar ou colocar de parte os problemas, mas sim dar ênfase ao uso das forças para equilibrar e/ou diminuir as dificuldades, permitindo que o que está bem funcione de forma eficaz (Gottlieb, 2016).

Este modelo assenta em quatro pilares fundamentais que orientam a prestação de cuidados de saúde: cuidado centrado na pessoa, movimento de *empowerment*, promoção da saúde, prevenção da doença e autocuidado e parceria colaborativa. O cuidado centrado na pessoa visa o respeito pelas crenças e valores da pessoa transportando-a para o centro dos cuidados. O empoderamento tem como princípio a crença de que cada pessoa tem potencial para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde. A parceria colaborativa remete-nos para a necessidade de incluir a pessoa nas tomadas de decisão, trabalhando em conjunto com ela de modo a elaborar um plano de cuidados adaptado aos seus objetivos, necessidades e preferências (Gottlieb, 2016).

O CBF apoia-se em 4 pressupostos que correspondem ao metaparadigma de enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e enfermagem. A saúde é aquilo pelo qual os indivíduos aspiram e são motivados a melhorar. A pessoa é considerada um ser único que funciona como um todo, com capacidade para crescer, se transformar e auto-curar. Os problemas, as fraquezas, as vulnerabilidades e os obstáculos fazem parte da condição humana. As forças são necessárias para a saúde e a cura, permitindo que as pessoas se adaptem a diferentes ambientes. O ambiente em que as pessoas residem pode ser saudável ou tóxico, contendo fatores importantes que evidenciam pontos fortes ou défices. Por último, a enfermagem é responsável por cuidar indivíduos, famílias e comunidades, ajudando-os a obter saúde, facilitar a cura, suavizar o sofrimento e lidar com problemas. Os enfermeiros trabalham com as pessoas nos seus ambientes com o

objetivo de desenvolver as suas forças promovendo assim a sua saúde e facilitando os processos de cura (Gottlieb, 2016).

O CBF é uma abordagem orientada por oito valores principais: saúde e cura; singularidade; holismo e incorporação; realidade subjetiva e significado criado; auto-determinação; pessoa e ambiente interligados; aprendizagem, preparação e tempo; parceria colaborativa (Gottlieb, 2016).

Gottlieb (2016) refere que, para o enfermeiro praticar o CBF, é necessário que esteja ciente das suas próprias forças, fragilidades e vulnerabilidades. É fundamental que ele compreenda que o seu comportamento afeta a pessoa e que o comportamento dela afeta as suas respostas. Cada enfermeiro tem as suas próprias forças, sendo que algumas são exclusivas da sua personalidade, e outras são geradas ao longo do tempo. Segundo esta teórica, o enfermeiro necessita de ter forças de mentalidade, forças de conhecimento e saber, forças de relação e forças de defesa. Forças estas que originem um conjunto de atitudes e perspectivas, influenciando a maneira de se comportar, que lhe permitam procurar informação nova sobre a pessoa, e se conectar com ela criando e mantendo uma parceria colaborativa, protegendo-a e defendendo-a.

É da responsabilidade do enfermeiro, ajudar a mulher a encontrar as suas próprias forças para lidar com os desafios que lhe são colocados. O enfermeiro deve trabalhar em parceria com a mulher na tomada de decisão, de forma a devolver-lhe a autonomia e o protagonismo, visando a promoção de partos saudáveis, suprimindo intervenções desnecessárias e oferecendo outras comprovadamente benéficas (Silva et al., 2022).

O cuidado centrado na pessoa fornece à mulher um papel ativo nas tomadas de decisões acerca das intervenções relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Devem ser consideradas as suas preferências, valores individuais, dúvidas, necessidades na tomada de decisão clínica, estimulando seu empoderamento (Silva et al., 2022).

2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

Em enfermagem, a prática baseada na evidência pode-se definir como o processo em que as decisões tomadas pelos enfermeiros se baseiam na melhor evidência científica, resultante de investigação, da experiência e avaliação clínica, assim como das preferências, necessidades e valores da pessoa a quem se estão a prestar os cuidados. (OE, 2012b).

A investigação em enfermagem permite produzir, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento ao dar resposta a questões e desenvolver conhecimento com recurso a metodologia científica. São vários os motivos que levam o enfermeiro a procurar evidência, nomeadamente: para apoiar e justificar uma mudança de prática, para selecionar a melhor opção entre várias escolhas ou até para comparar custos entre formas de tratamento (OE, 2012b).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de disseminar e produzir investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Após a realização do enquadramento teórico da temática em estudo no capítulo anterior, este capítulo explana todo o percurso metodológico desenvolvido. Em primeiro lugar foi elaborada uma revisão da literatura, selecionando-se a SR como metodologia, estruturada segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020). Numa segunda fase, e incorporando os resultados obtidos anteriormente, desenvolveu-se um estudo exploratório descritivo, de abordagem mista. Serão ainda tecidas algumas considerações éticas intrínsecas ao percurso desenvolvido.

2.1. *Scoping Review*

Uma SR é um tipo de síntese de evidência, cujo objetivo é identificar e mapear de forma sistemática, a extensão de toda a evidência disponível sobre um determinado tópico, conceito ou questão, assim como identificar possíveis lacunas na literatura sobre um tema (Munn et al., 2022). Este é um processo de investigação que requer rigor e minuciosidade. A síntese de evidências é indispensável à translação do conhecimento, assegurando que as tomadas de decisão são apoiadas nas melhores evidências disponíveis.

Tendo em conta que no âmbito das suas competências e no exercício das suas funções, o EEESMO é responsável por cuidar a mulher durante o TP, assegurando a sua assistência num ambiente seguro, contribuindo para que esta tenha uma experiência de parto positiva (OE, 2021), surgiu a necessidade de realizar uma SR de forma a conhecer a perceção e as experiências maternas acerca da adoção de posições verticais durante o parto.

2.1.1. Questão de pesquisa e objetivo

A questão de investigação foi formulada com base na mnemónica PCC – População, Conceito e Contexto, de acordo com as recomendações do JBI, e é a seguinte: “Qual a experiência vivida pelas mulheres, que adotam posições verticais, no segundo estágio do trabalho de parto?”

Tabela 1. Mnemónica PCC.

População	Conceito	Contexto
Mulher	Experiência de parto Posições verticais	Segundo estágio do trabalho de parto

O objetivo desta SR é mapear a evidência disponível sobre a experiência vivida pelas mulheres na adoção de posições verticais no segundo estágio do TP.

2.1.2. Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão para esta SR, foram definidos os seguintes:

- Tipo de participantes: **mulheres** que tenham adotado qualquer posição vertical, durante o segundo estágio do TP, independentemente da sua idade e paridade;
- Conceito: **experiência de parto** de mulheres que tenham adotado qualquer **posição vertical** no segundo estágio do TP;
- Contexto: **segundo estágio do TP**;
- Tipos e fontes de informação: estudos de natureza qualitativa, quantitativa ou mista, assim como revisões da literatura, publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, nos últimos 10 anos.

2.1.3. Estratégia de pesquisa

Segundo Peters et al. (2020), uma SR deve ter uma estratégia de pesquisa explícita e transparente. Conforme recomendado, uma estratégia de pesquisa deve ser desenvolvida em três etapas.

A primeira etapa consistiu numa pesquisa inicial através da plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *MEDLINE complete* e *CINAHL complete*, uma vez que são duas bases de dados na área da saúde onde são utilizados termos de indexação, o que garante uma maior possibilidade de encontrar artigos que realmente respondam à questão colocada. Foi efetuada uma análise acerca da temática a desenvolver e foi realizado um levantamento de palavras-chave.

Numa segunda fase, foi realizada uma nova pesquisa nas bases de dados já mencionadas, tendo sido ainda adicionada uma terceira base de dados, a *Scopus*. Nas três bases de dados foram identificados quer os termos naturais quer os termos indexados. Esta pesquisa foi realizada separadamente para cada uma das bases de dados. Foram utilizados sinónimos de alguns termos, de forma a aumentar o campo de pesquisa, permitindo desta forma obter um leque maior de artigos, que poderão dar resposta à questão de pesquisa. As tabelas com os termos naturais e indexados utilizados para cada pesquisa encontra-se em apêndice (Apêndice I).

Os termos naturais e indexados foram combinados e conjugados em pesquisa, utilizando os operadores booleanos AND e OR (OR entre cada palavra dos termos da questão e AND entre os termos relativos à população, conceitos e contexto). Foram identificados 33 artigos na *CINAHL complete* (Apêndice II), 35 artigos na *MEDLINE complete* (Apêndice III) e 101 artigos na *Scopus* (Apêndice IV).

Na terceira e última etapa da pesquisa foi realizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o objetivo de acrescentar mais estudos que respondessem ao objetivo e questão de investigação em estudo.

Embora tenham sido realizadas várias pesquisas em momentos diferentes do atual percurso formativo, foi incluída, no presente relatório, apenas a última pesquisa realizada em janeiro de 2024, dado ser a que contém evidência científica mais atual.

2.1.4. Seleção de estudos

Da pesquisa realizada nas 3 bases de dados, foram identificados um total de 169 artigos. Após remoção dos artigos duplicados, ficaram para análise de título e resumo tendo em conta os critérios de inclusão previamente definidos, 113 artigos. No seguimento desta análise, foram excluídos 103 artigos por não corresponderem a um ou mais critérios de inclusão, tendo sido feita a leitura integral de 10 artigos. Destes 10 artigos analisados foram excluídos 4. Foi ainda integrado um artigo identificado na literatura cinzenta. Assim, foram incluídos nesta SR um total de 7 artigos. Foi utilizado o fluxograma PRISMA-ScR, preconizado pela JBI, de modo a esquematizar este processo, que pode ser consultado no Apêndice V.

2.1.5. Extração de dados

O processo de extração de dados proporciona ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados encontrados, que respondem à pergunta da SR (Peter et al., 2020). Para efetuar a extração dos dados obtidos foi construída uma tabela na qual são apresentados os dados mais relevantes de cada artigo, tais como: título, autores, data, país de publicação, objetivos do estudo, população, metodologia, resultados e contributos relevantes para questão de revisão. Estas tabelas podem ser consultadas em apêndice (Apêndice VI). A apresentação dos resultados é feita no subcapítulo 3.1.

2.2. Estudo exploratório e descritivo de abordagem mista

Tendo em conta os resultados obtidos na SR surgiu a necessidade de aplicar a evidência ao contexto prático, pelo que foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo, de abordagem mista com o objetivo de identificar o conhecimento das grávidas no terceiro trimestre acerca da adoção de posições verticais durante o TP e parto e conhecer a experiência de parto de puérperas que adotaram posições verticais no segundo estágio do TP.

Deste modo, procedeu-se à construção de dois instrumentos de colheita de dados distintos, tendo sido elaborado um questionário com recurso ao *Google Forms*® para ser

aplicado às grávidas (Apêndice VII) e uma entrevista semiestruturada (Apêndice VIII) para ser realizada às puérperas.

O questionário encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte pretende-se caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, a segunda parte tem como finalidade caracterizar a mesma amostra em termos obstétricos e a terceira parte é relativa à adoção de posições verticais durante o TP e parto, da qual fazem parte duas perguntas abertas. O questionário foi divulgado através das redes sociais *Facebook*[®] e *Instagram*[®], entre 20 de julho e 20 de setembro de 2023, tendo sido obtida uma amostra de 63 grávidas. Foram incluídas grávidas no 3º trimestre, ou seja, com 28 ou mais semanas de gestação, independentemente da idade ou paridade.

No que diz respeito à entrevista, a primeira parte pretende caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e obstétricos e a segunda parte contém duas perguntas abertas. A primeira pergunta tem como objetivo obter informação sobre as experiências das mulheres relativamente à utilização de posições verticais durante o parto, e a segunda pretende identificar as intervenções do EEESMO no apoio à mulher, na adoção de diferentes posições, durante o parto. Cada uma das questões a investigar é complementada com perguntas de aprofundamento.

O recrutamento das participantes para a entrevista fez-se através da divulgação do estudo nas redes sociais, *Facebook*[®] e *Instagram*[®], no período compreendido entre 20 de julho e 20 de setembro de 2023. De forma a demonstrarem a sua vontade em partilhar a sua experiência através de uma entrevista, era necessário que as participantes preenchessem previamente um formulário, criado no *Google Forms*[®] (Apêndice IX), onde se encontravam todas as informações relativas ao estudo e onde davam o seu consentimento para participar no mesmo. Apesar de 16 puérperas terem dado o seu consentimento para a livre participação no estudo, apenas 9 responderam após terem sido contactadas via *e-mail* ou mensagem via telemóvel. O contacto estabelecido com as puérperas prendeu-se com a necessidade de disponibilizar a informação completa sobre o estudo, garantir os critérios de inclusão e agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade das participantes. As 9 participantes cumpriam os critérios de inclusão: puérperas até 6 semanas de pós-parto; primíparas ou multíparas; que tivessem adotado uma das posições verticais no segundo estágio do TP; que compreendessem e falassem

a língua portuguesa e que aceitassem participar no estudo após leitura e validação do consentimento informado.

Todas as entrevistas foram realizadas através da plataforma *Zoom®*, entre agosto e outubro de 2023 e tiveram uma duração média de 30 minutos, gravadas em áudio e, posteriormente transcritas.

Os dados quantitativos, foram analisados através de estatística descritiva, com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*. Para análise dos dados qualitativos recorreu-se ao método de análise de conteúdo de acordo com Bardin e ao *software WebQDA* para tratamento dos dados. A análise de conteúdo segundo Bardin é um método composto por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferências e interpretação. A fase da pré-análise diz respeito à organização do material (Bardin, 2016). Nesta fase foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas transcritas, para ter uma ideia geral do seu conteúdo. Posteriormente, seguiu-se a exploração do material, fase que teve como finalidade a categorização, ou seja, a criação de categorias. A terceira fase destinou-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. É o momento da análise reflexiva e crítica, onde se faz a interpretação do significado das mensagens contidas em todo o material recolhido (Bardin, 2016).

Para garantir o anonimato das participantes, foi atribuído um código a cada questionário e outro código a cada entrevista: Q1 para o primeiro questionário e assim sucessivamente até ao último questionário (Q63), e E1 para a primeira entrevista até à E9, última entrevista, pela ordem cronológica em que foram realizadas.

2.3. Outras atividades implementadas para a concretização dos objetivos

O conhecimento é a base de qualquer ciência, sendo indispensável para a evolução de todas as profissões, com um papel particularmente importante na área da saúde, uma vez que a partir dele são promovidas novas estratégias e intervenções na prestação de cuidados. O conhecimento adquirido por meio de investigação tem permitido o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A capacidade dos enfermeiros em produzir e divulgar novo conhecimento, tem conduzido ao desenvolvimento da

enfermagem (OE, 2020b). Uma das práticas promotoras do parto normal é a promoção de investigação acerca de práticas clínicas, de suporte à fisiologia da gravidez, TP e parto (OE & APEO, 2012). Segundo o Regulamento n.º 140/2019, faz parte das suas competências responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagem aos seus pares.

Neste sentido, com o objetivo de divulgar os resultados obtidos na SR, de forma a despertar os EEMOS para a importância desta temática, foi elaborado um poster que foi apresentado à equipa de enfermagem dos vários contextos clínicos e que pode ser consultado no Apêndice X. De forma a divulgar o meu projeto de estágio, foi ainda criado um segundo poster (Apêndice XI), onde são explicados os objetivos do projeto, a pertinência do tema, assim como as atividades delineadas para a consecução dos objetivos.

É dever do EEESMO assegurar o acesso à informação assim como à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados de saúde (Regulamento nº. 140/1019). As mulheres têm direito a receber informação completa, baseada na mais recente evidência científica disponível, com vista à tomada de decisão informada (OE & APEO, 2012). Em contexto de Cuidados de Saúde Primários foi elaborada e apresentada uma sessão de educação para a saúde, com componente teórica e prática, acerca da temática em estudo, às mulheres/casais que frequentaram o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP). A sessão foi ainda apresentada às grávidas em contexto de Medicina Materno Fetal, que se encontravam em indução do TP. O *PowerPoint®* da sessão pode ser consultado no Apêndice XII.

2.4. Considerações éticas

Para o desenvolvimento de uma da investigação é preciso ter em consideração aspetos éticos. Com base nas Diretrizes Éticas para a investigação em enfermagem mencionadas pelo *International Council of Nurses* e citadas por Nunes (2013), esta investigação foi guiada pelos seis princípios éticas que devem guiar uma investigação: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade.

Durante as várias etapas do processo de investigação pretendeu-se respeitar os direitos das participantes no estudo, designadamente, o direito à autodeterminação, à

intimidade, à informação, ao anonimato e confidencialidade e à proteção contra qualquer dano. Numa primeira fase, foi realizado um pedido de parecer para a realização do estudo ao Conselho de Ética da ESEL, tendo sido redigida uma carta endereçada ao Presidente da escola e anexado o respetivo formulário com os dados identificadores do projeto. Pedido este que teve parecer positivo do respetivo Conselho – Parecer nº. 7317/2022, a 29 de março de 2023 (Anexo I).

De forma a garantir o direito à autodeterminação e à informação, antes do preenchimento do questionário e realização das entrevistas, foram disponibilizadas todas as informações intrínsecas ao estudo, nomeadamente, contexto do estudo, objetivos e método de recolha de dados. Uma vez que não se pressupunha o contacto direto com as participantes, foi disponibilizado no questionário e no formulário das entrevistas o consentimento informado, em que a participante declarava ter sido informada da finalidade do estudo, assim como dos seus direitos, aceitando participar de forma livre e voluntária. De forma a assegurar o direito ao anonimato e à confidencialidade, os questionários e as entrevistas foram codificados, não sendo deste forma possível reconhecer a identidade das participantes.

O enfermeiro, no exercício das suas funções, deve atuar de acordo com os princípios éticos e deontológicos estabelecidos pelo Código Deontológico do Enfermeiro, e respeitar as regras e os requisitos legais para a prática de enfermagem, definidas no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015). Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional ética e legal, atuando em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, demonstrando um exercício profissional, ético e seguro.

Deste modo, ao longo de todo o estágio, procurei atuar de forma respeitosa e responsável, promovendo o bem-estar e a segurança da mulher/casal/RN, assumindo a responsabilidade pelos cuidados prestados. A minha conduta foi pautada pelo respeito à autonomia da mulher, garantindo-lhe o direito a fazer escolhas informadas, o que incluía obter o seu consentimento informado antes de realizar procedimentos ou intervenções, respeitando as suas decisões. Foi minha preocupação garantir cuidados de qualidade, baseados em evidência científica atual, tendo em conta as preferências individuais de cada mulher, protegendo sempre a sua privacidade.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos na SR, assim como os achados obtidos no estudo empírico, tendo sido ambos discutidos e confrontados.

Na última parte deste capítulo é feita uma análise reflexiva das experiências e atividades realizadas nos vários contextos de prática clínica, que contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESMO.

3.1. Experiência vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto: *uma scoping review*

Os sete artigos incluídos na SR foram publicados entre 2013 e 2023 e foram desenvolvidos no Brasil (n=2), na China (n=2), na Suécia (n=1), em Espanha (n=1) e no Equador (n=1). Todos os artigos foram publicados em revistas internacionais tais como *Midwifery* (n=1), *Women and Birth* (n=1), *HealthyCare* (n=1), *Revista Rol Enfermeria* (n=1), *Revista Baiana de Enfermagem* (n=1), *Enfermagem Em Foco* (n=1) e *Polo del conocimiento* (n=1). Foi elaborada uma tabela síntese relativa às categorias e subcategorias dos principais achados da SR (Apêndice XIII).

Da análise dos sete artigos que fizeram parte desta SR, é consensual o facto de que a adoção de posições verticais traz vantagens para a parturiente no momento do parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Constatou-se que o uso de posições verticalizadas no período expulsivo, pode ser uma medida não farmacológica de **alívio da dor**, uma vez que ajuda a diminuir a sensação dolorosa, tendo sido referido nos estudos de Zang et al. (2023), Sousa et al. (2018), Pan et al. (2015), Albuquerque (2018) e Crespo-Antepara (2019).

Para além do alívio da dor, as mulheres que pariram em posição vertical experienciaram uma duração menor do período expulsivo (Zang et al., 2023; Sousa et al., 2018; Pan et al., 2015; Albuquerque et al., 2018; Crespo-Antepara, 2019). Comparadas com a posição de litotomia, as posições verticais conferem às mulheres uma redução significativa da duração do segundo estágio do TP (Fu et al., 2023). As posições verticais

conferem conforto, permitem que a mulher consiga fazer força mais facilmente e tornam o parto mais rápido. As contrações uterinas são mais eficazes e eficientes em posições verticais, além de que é aproveitada a gravidade, facilitando a descida da cabeça fetal. Emocionalmente as mulheres referem **sentir-se fortes, poderosas, seguras, autoconfiantes e empoderadas** (Thies-Lagergren et al., 2013).

O banco de parto mostrou ser um instrumento facilitador da verticalidade do parto verificando-se a existência de efeitos psicoemocionais associadas à verticalidade do parto tais como: **maior sensação de liberdade, controlo, participação e maior protagonismo** em todo este processo (Pan et al., 2015). A liberdade de movimento e de poderem assumir a posição que lhes confere mais conforto, empodera as mulheres, uma vez que se sentem parte ativa neste processo, devolvendo-lhes o protagonismo deste momento tão único nas suas vidas.

Sousa et al. (2018) pretenderam comparar a experiência de mulheres que já tinham tido uma experiência de partos anteriores em posição horizontal e que adotaram agora uma posição vertical. Ao comparar esta experiência de parto com partos anteriores, algumas mulheres relataram práticas caracterizadas como violência obstétrica no parto em posição horizontal, destacando-se, entre elas, os seguintes procedimentos: manobra de Kristeller, episiotomia de rotina no período expulsivo e demasiados toques vaginais durante o TP. Outros dois estudos corroboram esta ideia, uma vez que segundo as mulheres, o parto em posição vertical contribui para que haja **menos intervenção dos profissionais** (Sousa et al., 2018; Pan et al., 2015; Fu et al., 2023). As posições verticais melhoram a progressão natural do TP, minimizando intervenções desnecessárias e contribuindo assim para uma maior satisfação com o parto, proporcionando maior autonomia às mulheres (Fu et al., 2023).

O parto verticalizado permite ainda que as mulheres tenham uma **observação clara do nascimento** (Zang et al. 2023; Pan et al. 2015; Crespo-Antepara, 2019), fator emocionalmente importante para uma vivência positiva do parto. Em comparação com a posição supina, as mulheres na posição vertical geralmente conseguem ter uma melhor percepção do que está a acontecer durante o parto. Quando as mulheres adotam uma posição vertical, na segunda fase do TP, todo o processo de nascimento, incluindo a expulsão do bebé, pode ser visualizada mais facilmente. O facto de conseguirem ver a

cabeça do bebé emergir lentamente, faz com que estas mulheres se sintam mais entusiasmadas e confiantes (Zang, 2023)

No estudo de Albuquerque et al. (2018) as mulheres descrevem as posições verticais como **facilitadoras, naturais e confortáveis**, favorecendo o seu **protagonismo**. Apesar dos benefícios estudados e demonstrados, os estudos de Sousa et al. (2018), Albuquerque et al. (2018) e Crespo-Antepara (2019) identificaram **lacunas no conhecimento das mulheres** acerca do parto, nomeadamente em relação à adoção de posições verticais durante o mesmo. Muitas mulheres não possuem conhecimento prévio acerca da possibilidade de adoção de diferentes posições no momento do parto.

A liberdade de movimento promove o estabelecimento de uma relação de proximidade com o EEESMO. **O apoio do EEESMO** na escolha das posições de parto e a **tomada de decisão partilhada** é referido pelas mulheres que adotam posições verticais durante o TP e parto (Thies-Lagergren et al., 2013; Zang et al., 2023; Sousa et al., 2018). Este modelo de tomada de decisão partilhada vem opor-se ao modelo anterior em que a tomada de decisão era somente dos profissionais, defendendo deste modo a ideologia dos cuidados centrados na mulher.

Segundo Zang et al. (2023), as mulheres relataram o direito de poder tomar decisões durante o parto e a possibilidade de escolher a posição de parto mais confortável de acordo com as suas preferências e instintos, juntamente com a orientação do EEESMO. As mulheres sentem-se respeitadas e mais envolvidas no parto quando há uma partilha na tomada de decisão e sentem-se satisfeitas por puderem experimentar diferentes posições de parto.

3.2. Estudo exploratório e descritivo de abordagem mista

De forma a se tornar mais organizada e compreensível a leitura dos resultados obtidos, irá ser realizada primeiro a apresentação dos resultados obtidos nos questionários aplicados às grávidas com o objetivo de identificar o conhecimento destas em relação à adoção de posições verticais durante o TP e parto, e seguidamente a análise às entrevistas realizadas às puérperas com o objetivo de conhecer a experiência de terem tido um parto verticalizado.

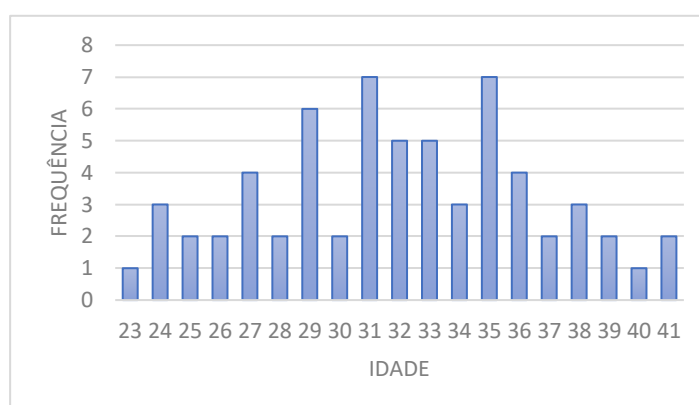
- **Identificar o conhecimento das grávidas no 3º trimestre em relação à adoção de posições verticais durante o TP e parto**

A amostra foi constituída por 63 grávidas, sendo que todos os questionários foram considerados válidos. A análise detalhada dos dados quantitativos encontra-se explanada no Apêndice XIV.

Caraterização sociodemográfica

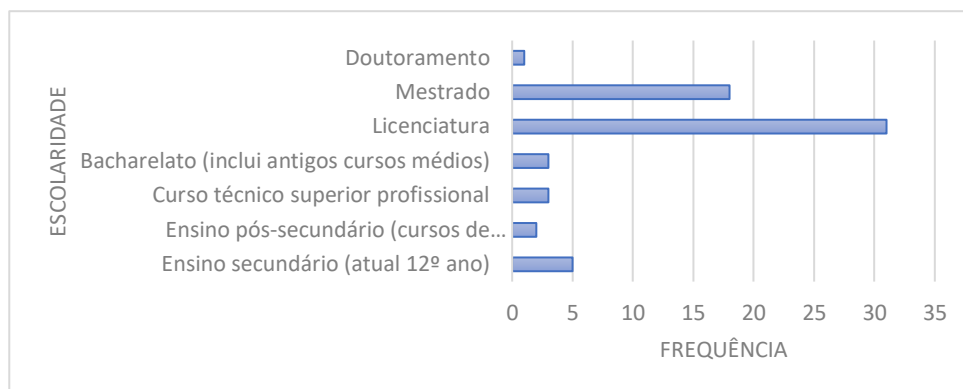
A média de idades das participantes situou-se nos 32 anos, sendo o mínimo 23 anos e o máximo 41 anos, tal como representado no gráfico 1. Trata-se de uma distribuição bimodal, uma vez que aparecem 2 valores com a mesma frequência (31 e 35 anos).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por faixa etária



Relativamente à nacionalidade, 95% das grávidas eram de nacionalidade portuguesa e 5% eram de nacionalidade brasileira. No que respeita à escolaridade, as respostas variam entre “Ensino secundário (atual 12º ano)”, “Ensino pós-secundário (cursos de especialização tecnológica não superior)”, “Curso técnico superior profissional”, “Bacharelato”, “Licenciatura”, “Mestrado” e “Doutoramento”, sendo que a maior percentagem de mulheres (49%) era detentora do grau de Licenciatura, como se pode verificar no gráfico 2.

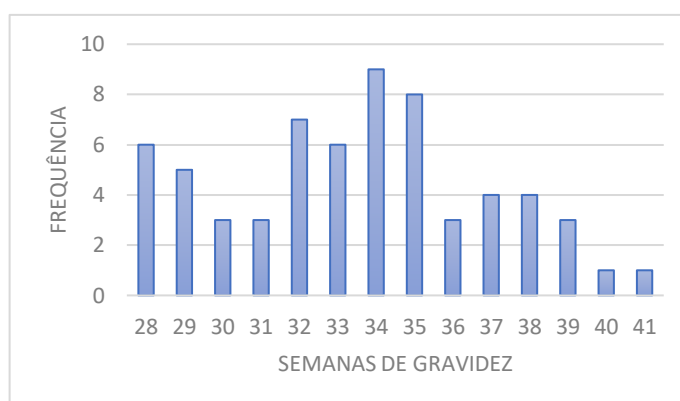
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por Escolaridade



Caraterização obstétrica

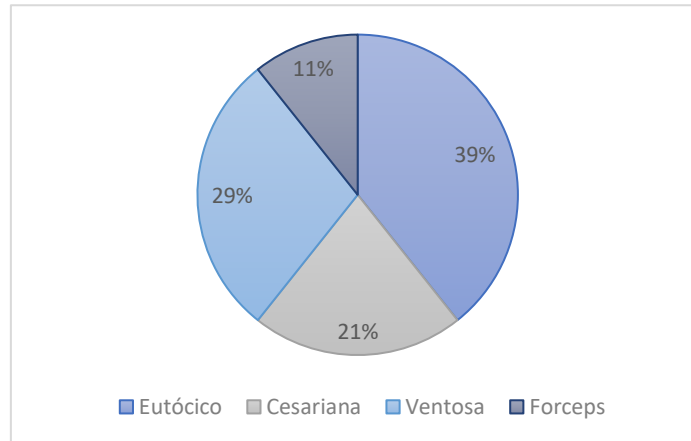
Em relação à idade gestacional, as semanas de gravidez variam entre as 28 e as 41 semanas, sendo que a idade gestacional de 34 semanas foi a mais frequente, com uma percentagem de 14% (gráfico 3). A média ronda as 33 semanas.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra por semanas de gravidez



Relativamente à gestação atual, 52% (n= 33) das mulheres que responderam ao questionário eram primigestas e 48% (n=30) eram multigestas. Das 30 mulheres que responderam já terem estado grávidas anteriormente, 89% (n=24) tinham um filho e 11% (n= 3) tinham dois filhos. Em relação ao tipo de parto, a maioria das mulheres (61%) vivenciou um parto distócico e 39% experienciaram um parto eutócico. O gráfico 4 mostra a percentagem de cada tipo de parto.

Gráfico 4 - Tipo de parto experienciado anteriormente

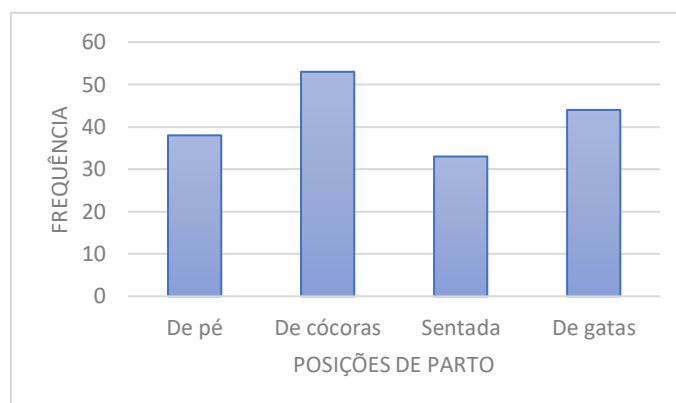


Posições verticais

Quando questionadas se sabiam que podiam adotar posições verticais durante o TP e parto 90% das participantes (n=57) responderam que tinham esse conhecimento e 10% (n=6) responderam que não o possuíam.

As 57 grávidas que responderam afirmativamente continuaram o preenchimento do questionário. De seguida, foi-lhes questionado que posições verticais conheciam que pudessem ser adotadas durante o TP e parto. A posição de cócoras foi referida por 95% (n=53) das participantes, 77% (n=44) referiram a posição de gatas, 68% (n=38) a posição de pé e 59% (n=33) a posição sentada (gráfico 5).

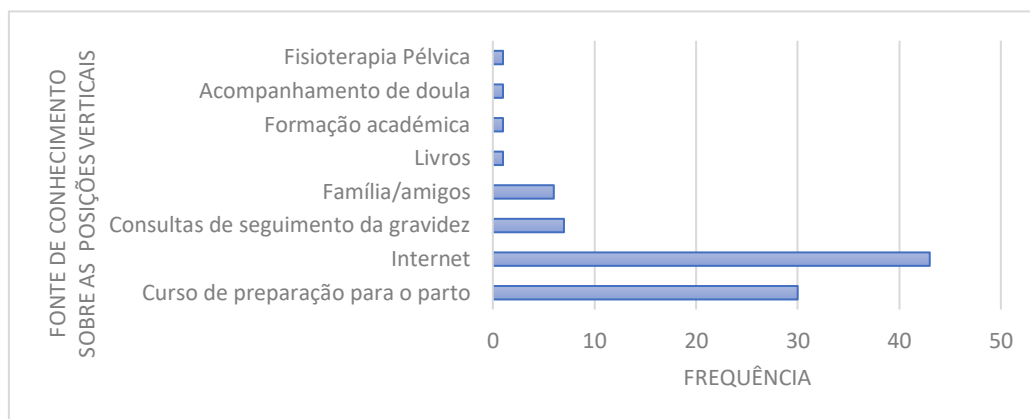
Gráfico 5 – Conhecimento das posições de parto



De forma a perceber onde é que tinham obtido essa informação, foi-lhes questionado como tiveram conhecimento acerca desta temática, sendo que as respostas variaram entre “Curso de preparação para o parto”, “Internet”, “Consultas de seguimento da gravidez”, “Família/amigos”, “Livros”, “Formação académica”, “Acompanhamento de

doula” e “Fisioterapia pélvica”. A maioria das mulheres, 75% (n=43) referiu que obteve esse conhecimento através da Internet. Mais de metade das mulheres, 53% (n=30), afirmaram que obtiveram esse conhecimento através do curso de preparação para o parto.

Gráfico 6 - Fonte de conhecimento sobre as posições verticais



Albuquerque et al. (2018), referem que esta preparação deve preceder o momento do parto, sendo o período pré-natal o ideal para o desenvolvimento de práticas educativas. O EEESMO é dotado de competências que lhe permitem promover o conhecimento e o empoderamento das mulheres/casais, para que estas se sintam preparadas para viverem o seu parto, de modo a alcançarem uma experiência positiva. As intervenções implementadas no âmbito da preparação para o parto são da sua responsabilidade em termos de conceção e de implementação, podendo ser implementadas em grupo ou centradas em cada mulher/casal (OE, 2021). Dentro das várias temáticas que devem ser abordadas na componente teórica, está incluído: a fisiologia do TP, a dinâmica pélvica durante o TP e o parto natural *versus* parto medicalizado. Já a componente prática deve englobar os posicionamentos durante o TP e o período expulsivo (OE, 2012a).

Relativamente à pergunta “Conhece os benefícios das posições verticais?”, foram obtidas 35 respostas afirmativas (61%), 4 respostas negativas (7%) e 18 mulheres não responderam (32%). Em função da resposta afirmativa, foi solicitado às grávidas que identificassem os benefícios que conheciam. As respostas foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, tendo emergido 10 categorias: “Gravidade”, “Conforto”, “Alívio da dor”, “Mais fisiológicas”, “Menor intervenção dos profissionais”, “Favorecimento do trabalho de parto ativo”, “Facilitadoras do período

expulsivo”, “Promovem o aumento dos diâmetros da bacia”, “Menor risco de lacerações” e “Empoderamento da mulher”. A tabela com as categorias e as respectivas unidades de registos, pode ser consultada no Apêndice XV. Os benefícios referidos pelas grávidas vão de encontro aos referidos na literatura, que incluem: melhoria do fluxo uteroplacentário, contribuição da ação da gravidade no encaixe e na descida do feto, maior eficiência das contrações uterinas, aumento dos diâmetros da bacia, otimização dos esforços expulsivos, menor dor e desconforto, diminuição de partos distócicos e maior participação da mulher (Mineiro et al., 2016).

Após terem sido questionadas acerca do seu conhecimento sobre os benefícios das posições verticais, foi-lhes questionado se tencionavam adotar alguma delas no parto. A maioria das grávidas, 70% (n=40) responderam que sim, 26% (n=15) responderam que não e 4% (n=2) não responderam. Cinco grávidas que identificaram benefícios das posições verticais responderam que não tencionavam adotar nenhuma posição vertical. Duas delas justificam-no com o facto de ser uma imposição da instituição onde vão parir: *“Porque na maternidade onde tenciono ter o parto foi-me dito que as marquesas são antigas então só dá para parto deitada. Quando muito podemos inclinar um pouco a marquesa”* (Q9) e *“Porque não são bem aceites no hospital onde vou parir”* (Q10).

Apesar da institucionalização do parto ter contribuído para uma melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil, ainda é comum o recurso a práticas rotineiras e uniformizadas, que conduzem a uma excessiva intervenção no TP, mesmo em situações de baixo risco, afastando a mulher do seu papel ativo, sendo o controlo sobre o nascimento exercido pelos profissionais (OE & APEO, 2012). Ao tentar controlar o processo de parto, os profissionais pode estar a expor grávidas aparentemente saudáveis a intervenções desnecessárias que interferem na evolução fisiológica do parto (OMS, 2018).

O uso rotineiro da posição supina foi considerado pela OMS uma prática prejudicial, que deve ser eliminada. As mulheres devem ter a possibilidade e liberdade para escolher a posição que lhes for mais confortável, contanto com o apoio dos profissionais de saúde (OMS, 1996). A OMS enfatiza ainda a necessidade de os profissionais de saúde terem formação e treino em assistência a partos em diferentes

posições para além da posição supina, não sendo assim um fator inibidor à escolha de diferentes posições por parte das mulheres.

Por fim, foi pedido às mulheres que afirmaram tencionar adotar posições verticais, que referissem qual a posição que optariam e o motivo da sua escolha. Das 34 mulheres que responderam, 53% referiram uma ou mais posições específicas, sendo a posição de cócoras eleita por 67% das grávidas seguida da posição de gatas, escolhida por 33% das mulheres. A posição sentada foi referida por 28% e, por último, a posição de pé foi indicada por 11% das participantes. Por outro lado, 47% das grávidas não elegeram nenhuma posição específica, referindo que só no momento é que poderão decidir, como se pode constatar pelo discurso de algumas: *“A posição que o meu corpo pedir”* (Q18); *“A que o meu corpo for pedindo para me sentir confortável e com menos dores”* (Q22); *“Acho que se calhar só na altura saberei em que posição me sinto mais confortável”* (Q24); *“A pensar no momento”* (Q32); *“Ainda não sei ao certo, mas quero a liberdade de poder experimentar ao invés de obrigarem-me a parir na posição ginecológica (litotomia)”* (Q36); *“A posição a adotar será de acordo com o momento”* (Q41); *“A que tiver vontade na hora”* (Q42); *“Escolherei a posição que o corpo me pedir no momento. Jamais deitada”* (Q43); *“A mais confortável no momento”* (Q57).

O EEESMO deve encorajar a parturiente a ouvir o seu próprio corpo enquanto executa os esforços expulsivos e ajudar a promover um ambiente calmo e sossegado, incentivando a mulher à focalização e envolvimento ativo no nascimento do seu bebé (Amaral et al., 2020). Garbelli e Lira (2021) referem que não existe uma posição ideal que funcione para todas as mulheres. As mesmas autoras reiteram que no acompanhamento do parto, o enfermeiro não deve impor ou proibir nenhuma posição, mas sim encorajar a livre escolha de acordo com as preferências da parturiente.

- **Conhecer a experiência de puérperas que tiveram um parto verticalizado**

A amostra foi constituída por 9 puérperas que aceitaram partilhar a sua experiência através de uma entrevista, e que se enquadraram nos critérios de inclusão definidos anteriormente (subcapítulo 2.2).

Caracterização sociodemográfica

A idade média das participantes situou-se nos 31 anos, sendo o mínimo 25 anos e o máximo 37 anos. Quanto à nacionalidade 100% das participantes eram portuguesas. Relativamente ao estado civil, 56 % viviam em união de facto e 44 % eram casadas.

No que diz respeito às habilitações literárias 56% detinham o grau de Licenciatura, 22% o ensino secundário, 11% mestrado e 11% doutoramento.

Caracterização obstétrica

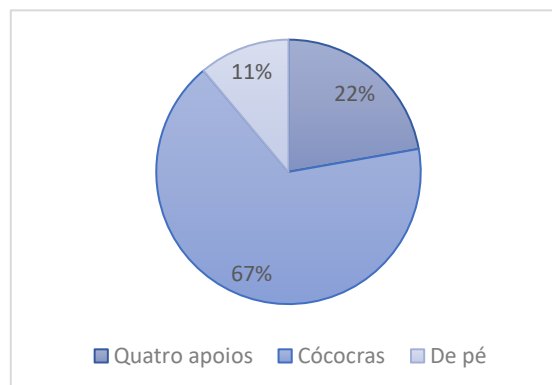
Das nove puérperas entrevistadas 56% eram multíparas e já tinham tido um parto anterior cada uma, e 44% eram primíparas. Das multíparas, 60% tinham tido um parto distócico (ventosa) e 40% tiveram um parto eutócico. Quanto à idade gestacional no dia do parto, esta varia entre as 37 semanas e as 41 semanas, sendo a média 39 semanas.

Relativamente à vigilância da gravidez, 22% referiram ter sido acompanhadas por um obstetra particular, 45% referiram que fizeram a vigilância da gravidez no Centro de Saúde e 33% referiram que complementaram a vigilância no Centro de Saúde com um obstetra particular.

Resultados obtidos das experiências vividas

Em relação às posições adotadas pelas entrevistadas, a maioria escolheu a posição de cócoras (67%) como se pode verificar no gráfico 7.

Gráfico 7 - Posições adotadas pelas puérperas no segundo estágio do TP



Da análise do relato da experiência vivida pelas puérperas, em relação à adoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP, emergiram 3 categorias e 11 subcategorias, que se encontram esplanadas na tabela 2. A tabela completa com as unidades de registo pode ser consultada no Apêndice XVI.

Tabela 2 - Categorias e Subcategorias Temáticas

Categorias	Subcategorias
Literacia em saúde materna	Conhecimento prévio acerca das posições verticais a adotar no parto
	Importância da preparação para o parto
Benefícios das posições verticais	Promoção do conforto
	Alívio da dor
	Respeito pela fisiologia do TP
	Facilitadoras do período expulsivo
	Impacto positivo na recuperação pós-parto
	Participação ativa e <i>empowerment</i> da mulher
	Experiência de parto positiva
Papel do EEESMO na adoção de posições verticais	Incentivo às posições verticais
	Apoio na tomada de decisão da mulher

Neste sentido, a apresentação e discussão dos resultados será realizada de acordo com cada categoria. A primeira categoria que surgiu foi **literacia em saúde materna** tendo emergido destas, duas subcategorias: **conhecimento prévio acerca das posições verticais a adotar no parto** e **importância da preparação para o parto**. Relativamente à primeira subcategoria verificou-se que 100% das puérperas já tinham **conhecimento prévio acerca das posições verticalizadas a adotar no parto**, antes do momento do parto, como se pode verificar nas seguintes afirmações: *“Durante a gravidez fui me preparando para isso, pela evidência científica, pelo que nos dizem em relação às posições verticais, que facilitam imenso”* (E1); *“quando comecei a pesquisar mais, comecei a ter noção de que a posição tradicional não é propriamente facilitadora do trabalho de parto. Claro que o facto da minha médica também apelar um bocadinho a isto ajudou, e comecei a ler mais sobre isso, e percebi que efetivamente se calhar não queria ter o bebé naquela*

posição.” (E5); “quando fiz a preparação para o parto da minha primeira filha, também me ajudaram a conhecer os benefícios das posições verticalizadas porque eu não conhecia, não sabia que dava para nos posicionarmos de maneira diferente. E então aí é que tudo se abriu na minha cabeça.” (E9).

Todas as mulheres referiram ter frequentado programas de preparação para o parto, sendo que duas delas tinham também informação baseada na sua formação (por serem fisioterapeutas pélvicas e já trabalharem este tema no exercício da sua profissão), outras ainda procuraram informação adicional na *internet* e em livros, ou seja, todas elas iam preparadas e com conhecimento prévio sobre o parto verticalizado. Estes achados refutam alguns dos resultados da SR, que segundo Thies-Lagergren et al. (2013), Sousa et al. (2018) e Albuquerque et al. (2018) existe uma falta de conhecimento por parte das mulheres acerca da possibilidade de adoção de diferentes posições no segundo estágio do TP.

A importância da preparação para o parto foi outra subcategoria que surgiu da análise das entrevistas, destacando-se as seguintes declarações: *“Conta muito a pessoa estar tranquila, saber o que está a acontecer, o que esperar, acho que isso é fundamental” (E4); “eu acho que é importante a mulher informar-se durante a gravidez e ir bastante preparada.” (E6); “fazer isto sem informação e preparação é difícil. Eu costumo dizer que a gravidez não são 9 meses por qualquer razão. O bebé precisa, não é, mas nós também precisamos da preparação de virmos a ser mães, do nosso corpo estar a mudar, e prepararmos mesmo conscientemente para o dia do parto, porque não é fácil. É tudo uma questão de consciência e foco, naquilo que estamos a fazer e informadas de como é que as coisas são.” (E9).*

Como se pode constatar pelo discurso de algumas mulheres, a preparação para o parto é imprescindível para que a mulher adquira informação e conhecimentos que lhe confirmem autoconfiança, autonomia e poder para fazer escolhas que influenciem positivamente a sua saúde. O empoderamento destas mulheres durante a gravidez é de extrema importância para capacitá-las a tomar decisões refletidas e assertivas. Segundo Miquelutti et al. (2013), a informação recebida nos cursos de preparação para o parto desempenha um papel importante na experiência de parto das mulheres, proporcionando-lhes níveis reduzidos de ansiedade e capacidade para manter o controlo. Permite ainda que as mulheres se sintam à vontade para assumir diferentes posições e

mudar de posição com base naquilo que aprenderam. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, é da competência do EESMO planejar e implementar programas de preparação para o parto e parentalidade, no sentido de preparar as mulheres e empoderá-las para que possam ter uma experiência de parto positiva. Uma das principais formas de empoderar um paciente é através da literacia em saúde, fornecendo-lhe informações e recursos corretos (Santis et al., 2018).

Relativamente **aos benefícios mencionados pelas mulheres, aquando da adoção de posições verticalizadas** no segundo estágio do TP, surgem sete subcategorias. Destas sete subcategorias as primeiras cinco referem-se a benefícios do foro físico e as duas últimas a benefícios da esfera psicoemocional.

A **promoção do conforto** conferida pela adoção destas posições é bem retratada nas falas das puérperas: *"Senti-me muito confortável naquela posição"* (E1); *"Foi experimentar mesmo até à que eu me sentisse mais confortável"* (E3); *"Só estava confortável naquela posição"* (E4); *"eu testei várias posições e aquela sem dúvida era a que eu estava mais confortável"* (E6).

As puérperas referem ainda que estas posições lhe proporcionaram um **alívio da sensação dolorosa**: *"Senti um alívio maior do que quando estava deitada ou sentada. É mesmo uma sensação de alívio quando uma pessoa fica na vertical, até quando numa fase inicial quando ainda sentia as contrações, eu estava melhor era em pé e a andar do que propriamente sentada ou deitada"* (E3); *"No meu primeiro parto eu sentia muita pressão posterior, neste não senti nada disso, porque desta vez tinha o cóccix "livre" digamos assim"* (E4); *"Aquele posição acabou por ajudar a aliviar a dor"* (E6).

Vários estudos comprovam que quando são adotadas posições verticais, durante o TP e parto, há uma redução da sensação dolorosa (Zang et al., 2023; Sousa et al., 2018; Albuquerque et al., 2018; Pan et al., 2015; Crespo-Antepara 2019).

Na opinião das mulheres o parto verticalizado **respeita a fisiologia do parto**, tal como explicitado durante as entrevistas: *"Eu acho que é mesmo instintivo. A mulher sabe parir, o corpo sabe o que deve fazer."* (E1); *"Senti que a ajudou a descer, não sei explicar, eu acho que é muito mais fisiológico não tem nada a ver"* (E4); *"Se uma mulher não tiver epidural, ela nunca vai escolher uma posição deitada, nunca. Depende de mulher para mulher, e lá está, ninguém vai escolher parir deitada, nem os animais parem deitados, normalmente é de lado ou de pé"* (E4); *"E apesar de ter sido uma indução, acho que foi um trabalho de parto rápido,*

desde que foi induzido até ao fim e acredito que a posição tenha ajudado muito” (E5); “O que eu senti, foi que foi muito mais natural” (E7).

Quando as mulheres adotam uma posição vertical, o encaixe e a descida da apresentação fetal estão favorecidos, quer pelo aumento dos diâmetros da bacia, proporcionado por estas posições, quer pela ação da gravidade. Há uma otimização dos esforços expulsivos, na qual os membros inferiores funcionam como alavanca (Mineiro et al., 2016).

As puérperas descreveram um **período expulsivo rápido** e associaram-no à posição em que se encontravam: *“Foi um período expulsivo muito rápido, durou 7 minutos desde que eu adotei a posição até ele nascer” (E1); “Foi graças a eu me ter posto de cócoras que facilitou a expulsão da menina” (E2); “No fundo esta posição ajudou a bebé a sair mais rápido” (E4); “Eu comecei a ter perceção que ela estava a descer e que estava mesmo ali à porta, foi quando, entretanto, entraram as enfermeiras e disseram para eu fazer força, e acredito que esta posição tenha ajudado porque acho que não passaram 5 minutos” (E5); “Foi tudo muito rápido, eu fiz 3 forças e ela saiu” (E9).*

Thies-Lagergren et al. (2013), Zang et al. (2023), Sousa et al. (2018), Albuquerque et al. (2018), Pan et al. (2015) e Crespo-Antepara (2019), obtiveram achados semelhantes nos seus estudos, referindo que ao adotar uma posição vertical no segundo estágio do TP, as mulheres tendem a fazer força mais facilmente, tendo um período expulsivo mais rápido.

O parto verticalizado foi considerado pelas mulheres como tendo um **impacto positivo na sua recuperação pós-parto**: *“tive apenas uma pequena laceração de 1º grau o que na recuperação pós-parto fez toda a diferença” (E1); “Tive uma recuperação muito melhor do que da primeira filha. Desta vez não me fizeram episiotomia, mas acabei por rasgar. E eu diria que é preferível rasgar a cortar. As dores e a recuperação pós-parto não tiveram nada a ver. Foi muito mais fácil agora.” (E2); “psicologicamente para nós, o facto de ter um parto positivo é muito importante para a recuperação pós-parto” (E4); “Tive uma laceração de grau I. A recuperação foi rápida, eu só tive dores durante uma semana, e nem eram bem dores era apenas um desconforto” (E6).* Estes achados são reforçados pelo estudo de Jyoti et al. (2022) que associam o parto em posições verticais a menor incidência de lacerações perineais e menos episiotomias. A utilização rotineira de episiotomia pode trazer consequências negativas para a mulher, nomeadamente, aumento da taxa de infeção,

desconforto e maior tempo de recuperação no pós-parto (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Ao quinto dia pós-parto, as puérperas sujeitas a episiotomia, referem maior dor em repouso e em posição sentada, relativamente às mulheres com lacerações de 2º grau (Andrews et al., 2008).

Nos relatos das nove puérperas é unânime o **sentimento de empoderamento** gerado pelas posições verticalizadas: *"... é o próprio controlo que a mulher tem daquele momento"* (E1); *"Durante todo o meu parto eu senti que era eu que estava a controlar, em todas as posições que adotei senti que o parto foi só meu"* (E3); *"Desta vez eu senti que era a protagonista do parto"* (E4); *"Senti que a posição me foi dando muito autonomia"* (E5); *"Eu senti-me empoderada, aquilo que eu quis eu fiz"* (E6); *"Senti-me com confiança para eu guiar, porque é isto que acontece no parto, quem é a protagonista do parto é a mulher"* (E9).

Vários estudos corroboram estes achados, afirmado que a liberdade de puderem experimentar diferentes posições e decidir a mais confortável, permite à mulher tornar-se uma participante ativa deste processo, resgatando valores como autonomia, autoconfiança, sensação de controlo e protagonismo (Albuquerque et al., 2018; Fu et al., 2023; Sousa et al., 2018; Pan et al., 2015; Thies-Lagergren, 2013; Zang, 2023).

Através dos relatos das puérperas é ainda notória a sua **satisfação com o parto** *"Foi com grande satisfação"* (E1); *"fiquei muito satisfeita por ter tido o parto nessa posição"* (E2); *"Tive uma experiência muito positiva mesmo. Foi muito bom."* (E4); *"todo o parto em si para mim foi incrível"* (E5); *"Foi uma experiência muito positiva"* (E8); *"Foi uma experiência muito boa porque, era tudo o que eu queria"* (E9).

Fu et al. (2023) referem que ao compararem a experiência de parto de mulheres que pariram na posição sentada e mulheres que utilizaram a posição de litotomia, as mulheres que adotaram a posição sentada apresentaram níveis mais elevados de satisfação. Sousa et al. (2018) também referem que as mulheres reconheceram a posição vertical como uma boa opção a ser adotada no momento do nascimento, conferindo-lhes uma experiência de parto positiva.

Segundo a OMS (2018) as mulheres ambicionam uma experiência de parto positiva que vá de encontro às suas expectativas. Desejam ainda um TP e parto fisiológicos, envolvendo uma sensação de controlo e autonomia, conseguida pelo seu envolvimento nas tomadas de decisão, mesmo nas situações em que são necessárias ou desejadas intervenções médicas. A experiência vivida durante o TP e parto marca as mulheres para

toda a vida. Uma experiência positiva de parto pode melhorar o bem-estar materno, contribuindo para uma melhor autoestima e facilitar o vínculo mãe-bebê (Tabaghdehi et al., 2020; Ghanbari-Homaie et al., 2021). Pelo contrário, uma experiência de parto negativa pode levar a consequências negativas tais como, medo de um parto seguinte, depressão pós-parto e maus resultados na amamentação (Ghanbari-Homaie et al., 2021).

A última categoria identificada nos depoimentos das puérperas, diz respeito ao **papel do EEESMO na adoção de posições verticais**. Nesta categoria distinguem-se duas subcategorias: **o incentivo à adoção de posições verticais** e **o apoio na tomada de decisão**. Em relação ao incentivo à adoção de posições verticais, as puérperas referem que as posições verticais foram muitas vezes sugeridas pelo EEESMO que as acompanhou no parto: *"Foi a enfermeira que me perguntou se eu não queria fazer força numa posição vertical porque era mais fácil e ajudava mais"* (E2); *"foi uma sugestão das parteiras"* (E3); *"nós testamos várias posições, incentivados pela enfermeira, e essa foi a que mais se adequou"* (E6); *"Foi ela que sugeriu e apoiou em todos os momentos. Por acaso fiquei contente dela ter sugerido essa posição."* (E7); *"quando começamos a entrar na fase do expulsivo e ela esteve-me a explicar as várias posições que podia escolher e perguntou-me como é que eu preferia."* (E8).

Muitas mulheres acabam por parir em posição supina porque recebem essa orientação por parte das parteiras, confiando nos seus conhecimentos (Mselle & Eustace 2020). As mulheres referem que o aconselhamento da parteira é essencial na sua escolha relativamente à posição de parto a adotar. Se tiverem apoio e incentivo por parte das parteiras em adotar posições diferentes da habitual posição de litotomia, mais facilmente o farão sem hesitar. As mulheres tendem a fazer a escolha relativamente à posição mais adequada para si, através de um processo partilhado que concilia as suas preferências com as sugestões da parteira (Nieuwenhuijze, 2013). No estudo de Zang et al. (2023) as mulheres relataram que se sentiram respeitadas quando as suas parteiras analisaram com elas as várias posições que poderiam adotar, e ficaram agradadas pelo facto de poderem adotar diferentes posições de parto.

Relativamente ao **apoio na tomada de decisão**, as declarações das puérperas evidenciam uma assistência individualizada, na qual o EEESMO estabelece com elas uma relação de confiança, fazendo-as sentir-se seguras, enquanto lhes dá liberdade para tomar decisões: *"a enfermeira ajudou-me imenso na gestão do trabalho de parto"* (E4); *"tive*

total liberdade de movimentos e total liberdade de opções que queria fazer" (E6); "Ela explicou tudo e pôs tudo à disposição para eu fazer como quisesse, deu-me as condições todas." (E8); "Sim a enfermeira parteira foi 5 estrelas. Ela já estava sensibilizada para o meu desejo em adotar uma posição vertical. Sabia o que é que eu queria, o que é que eu não queria" (E8); "Gostei da forma como ela me explicou as coisas, da disponibilidade dela e dos não julgamentos" (E9).

Estes achados vão de encontro aos resultados da SR, onde os EEESMO foram referidos pelas mulheres como os profissionais que as orientaram e que as ajudaram a sentirem-se protagonistas do parto (Sousa et al., 2018) dando-lhes oportunidade de estar na sua posição preferida (Thies-Lagergren, 2013) num processo de tomada de decisão partilhada (Zang et al., 2023). A tomada de decisão partilhada é um processo que envolve uma tomada de decisão conjunta entre o paciente e o profissional de saúde, após análise de várias opções, tendo em consideração valores e preferências individuais (Santis et al., 2018). O EEESMO deve ser capaz de apoiar as mulheres na escolha e na adoção de posições que lhes tragam mais conforto e que permitam o desenrolar fisiológico do TP (Mineiro et al., 2016).

Pode-se concluir então, e de acordo com o relato da experiência vivida por estas puérperas, que o parto em posição vertical tem um impacto positivo na experiência de parto. Ao permitir que a mulher se mova livremente e siga os seus instintos, através de uma tomada de decisão partilhada, é promovida uma sensação de empoderamento e autoconfiança na mulher. O apoio do EEESMO é fundamental, proporcionando-lhe confiança, segurança e orientação.

3.3. Análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O EEESMO assume a responsabilidade pelo cuidado à mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, período pré-natal, TP, período pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, desempenhando intervenções autónomas nas situações consideradas de baixo risco (Regulamento n.º 391/2019).

Este subcapítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas no decorrer dos vários contextos de estágio, tendo como referência, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) da OE, assim como as Competências Essenciais para a Prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do ICM (2019).

De forma a concluir este percurso formativo é essencial que sejam desenvolvidas experiências mínimas, que permitem a livre circulação de parteiras no espaço europeu. A folha síntese do registo de atividades práticas desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos pode ser consultada no Anexo II.

3.3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

O EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento familiar e do período pré-concepcional, concebendo e implementando intervenções e sessões de educação para a saúde de forma a promover gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (Regulamento n.º 391/2019). O desenvolvimento desta competência específica foi conseguido em contexto de Cuidados de Saúde Primários, na Consulta Externa de Ginecologia e na Unidade de Medicina da Reprodução – Centro de Procriação Medicamente Assistida.

O período reprodutivo oferece ao EEESMO a oportunidade de maximizar a saúde e o bem-estar das mulheres e suas famílias, com impacto nos resultados de saúde pública, tanto a curto como a longo prazo (Mcneill et al., 2012).

A saúde sexual é o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, não se referindo à mera ausência de doença, ou disfunção. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas precisam de ser respeitados, protegidos e cumpridos, assim como é necessário o acesso a informação sobre sexualidade, acesso a cuidados de saúde sexual de qualidade e conhecimento sobre comportamentos de riscos enfrentados e consequências adversas da atividade sexual (OMS, 2015).

Segundo a OMS (2022a), mais de 1 milhão de pessoas são infetadas diariamente com uma doença sexualmente transmissível. A promoção da saúde sexual e reprodutiva deve ser um dos focos de intervenção do EEESMO, com particular atenção aos adolescentes. Neste sentido, tive oportunidade de realizar uma sessão de educação para a saúde (Apêndice XVII), numa escola secundária, a jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, sobre infeções sexualmente transmissíveis (IST). Nesta sessão expliquei o que são IST, como se transmitem, quais as mais comuns, os sintomas que podem provocar, as consequências que estas podem ter e como podem ser prevenidas. Com esta sessão pretendi contribuir para melhorar os relacionamentos afetivo-sexuais entre os jovens, reduzir consequências negativas decorrentes de comportamentos sexuais e contribuir para a tomada de decisões conscientes. Considero fundamental os jovens estarem despertos para este problema crescente e que, devidamente informados e esclarecidos, possam evitar comportamentos de risco. Com isto, implementei e avaliei intervenções de proteção da saúde e prevenção de IST (Regulamento n.º 391/2019).

A Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma visão holística da pessoa ao longo do seu ciclo de vida reprodutiva. Engloba um conjunto de cuidados diversificados, tais como: a contraceção, o planeamento da gravidez, o apoio aos casais em caso de dificuldade em conseguir uma gravidez, a vigilância pré-natal e o acesso a serviços seguros de interrupção de gravidez (Direção Gera de Saúde [DGS], 2015).

O planeamento familiar (PF) permite assegurar que mulheres e homens, tenham acesso a informação, a métodos contraceptivos eficazes e seguros e a serviços de saúde que contribuam para uma vivência da sexualidade de forma segura e saudável. Permite ainda que o casal decida, se e quando quer ter filhos, assim como planear uma gravidez nas condições mais adequadas. Segundo o Parecer n.º 37/2018 (OE, 2018), o EEESMO é um dos elementos da equipa multidisciplinar de referência em Planeamento Familiar, estando qualificado para garantir o atendimento adequado à mulher/casal, no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Da experiência que tive no meu local de estágio, as consultas de PF eram formadas por dois momentos complementares e sequenciais: a consulta de enfermagem e a consulta médica. Na consulta de enfermagem faz-se o acolhimento da mulher, e de seguida é realizada uma colheita de dados, de forma a realizar a história clínica. Os dados a colher incluem: antecedentes pessoais, alergias, história obstétrica, ginecológica e

sexual, data da última menstruação e método contraceptivo utilizado. De seguida é realizado um exame objetivo, onde são avaliados o peso e a altura, para cálculo do índice de massa corporal, e avaliada a tensão arterial. Nos casos em que a mulher já faça algum método contraceptivo, é avaliada a correta utilização do método, a satisfação em relação ao seu uso e dúvidas ou problemas que tenha em relação ao mesmo. Nos casos em que a mulher ainda não tenha escolhido o método contraceptivo e queira iniciar um, o enfermeiro informa a mulher sobre as várias opções de métodos que existem.

O aconselhamento é imprescindível para garantir a eficácia do método contraceptivo. É fundamental que a informação seja transmitida de forma clara e correta, e que as seguintes informações sejam abordadas: modo de utilização correto, eficácia, possíveis efeitos secundários, riscos e atitudes a adotar em caso de falha da utilização do método (Pacheco et al., 2020). O sucesso na escolha de um método contraceptivo depende de decisão informada e esclarecida por parte da mulher.

Segundo a OMS (2020), a infertilidade é definida pela incapacidade em obter uma gravidez após 12 meses consecutivos de relações sexuais desprotegidas e regulares. Esta condição afeta aproximadamente 48 milhões de casais em idade reprodutiva em todo o mundo. A infertilidade pode ser causada por fatores relacionados com o homem, com a mulher ou com ambos, sendo que algumas vezes não é possível explicar a sua causa. É necessário que ambos os elementos do casal realizem exames complementares de diagnóstico para determinar a necessidade de tratamento e para que seja escolhido o tratamento mais indicado (Farrenm & DiBenedetto, 2021).

Durante o estágio em contexto de Ginecologia, tive oportunidade de participar nas consultas de apoio à fertilidade. O diagnóstico de infertilidade e todo o processo de tratamento vão interferir no bem-estar psicológico dos casais. Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2022), a perceção da dificuldade em ter um filho causa, na maioria dos casais, sentimentos de ansiedade, frustração, medo, stresse e culpa. Alguns casais conseguem conformar-se e encaram com alguma tranquilidade este diagnóstico, contudo existem outros em que a ansiedade e o stress acabam por perdurar, podendo ainda contribuir para o surgimento e/ou agravamento de problemas conjugais.

O acolhimento é mais uma vez um dos pontos chave para o sucesso de relação terapêutica estabelecida com o casal. Acima de tudo o enfermeiro deve ter em consideração que cada casal é único, e que o desejo de serem pais representa um papel

importante no seu projeto de vida. Uma vez que o enfermeiro está presente em todas as etapas deste processo, este encontra-se numa posição privilegiada para criar uma relação terapêutica com estes casais, devendo manter sempre uma postura calma, capaz de transmitir confiança ao casal, uma vez que o diagnóstico implica a realização de vários exames, geradores de ansiedade e stress.

Na primeira consulta é fundamental fazer uma avaliação inicial ao casal de modo a identificar os antecedentes pessoais, nomeadamente os antecedentes sexuais e reprodutivos e estilos de vida, fazendo um aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis, considerando o impacto que estes têm na fertilidade. Deve-se ainda tentar perceber o significado que esta dificuldade em conseguir engravidar tem para o casal e quais os sentimentos que prevalecem, abrindo espaço para a colocação de dúvidas sobre o processo que se está a iniciar. No final desta consulta deve-se completar toda a informação fornecida com folhetos informativos. Numa fase seguinte o casal é sujeito a vários exames complementares de diagnóstico, essenciais para a tomada de decisão médica em relação ao tratamento a adotar.

Tive oportunidade de passar uma manhã no Laboratório da Unidade de Reprodução Humana, onde pude acompanhar o processo de punção ovárica de uma mulher de 39 anos, que teria estado a realizar estimulação ovárica nas semanas anteriores e encontrava-se ali para realizar punção ovárica, a fim de retirar ovócitos. A probabilidade do sucesso da aspiração de algum ovócito era pequena, uma vez que o controlo ecográfico mostrava a existência de apenas dois folículos. Após a aspiração, confirmou-se através de microscópio que aqueles folículos não apresentavam nenhum ovócito. O resultado da punção ovárica foi-lhe comunicado, tendo-o recebido com tranquilidade, aceitando aquilo que estava a acontecer, dizendo que mesmo que ainda não tivesse conseguido, isso não a faria desistir.

Segundo Zagami et al. (2019), mulheres inférteis que experienciam o insucesso de um tratamento de procriação medicamente assistida, apresentam níveis elevados de stress e ansiedade, assim como baixa autoestima e insatisfação com a vida. A longo prazo, estes casais podem enfrentar problemas psicológicos e após o fracasso de um tratamento podem mesmo ser levados a desistir.

3.3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Relativamente à competência específica que diz respeito à assistência prestada à mulher durante o período pré-natal, com o objetivo de promover o bem-estar materno-fetal, a identificação e o tratamento precoce de complicações (Regulamento n.º 391/2019), esta foi desenvolvida no contexto de Cuidados de Saúde Primários e na Unidade de Internamento de Medicina Materno-Fetal.

A promoção de cuidados especializados na gravidez contribui para a diminuição das taxas de mortalidade maternas e neonatais, e resulta ainda em experiências de gravidez, parto e pós-parto mais satisfatórias (DGS,2015). Segundo Barros et al. (2022), a vigilância pré-natal tem como objetivo preparar as mulheres para viverem a gravidez e o parto de forma saudável e com tranquilidade. Para além disso, prepara as mulheres para a deteção e a gestão de situações que possam afetar o seu bem-estar e o do feto.

É da competência do EEESMO cuidar a mulher/casal durante a gravidez, com vista à promoção da sua saúde, no que diz respeito ao aconselhamento, ao fornecimento de informação e à educação para a saúde, assim como o diagnóstico precoce de complicações (Regulamento n.º 391/2019). O estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda entre a mulher/casal e o EEESMO, permite desenvolver um ambiente de confiança, promovendo uma aproximação entre estes e uma comunicação efetiva, contribuindo para o sucesso dos cuidados pré-natais.

Neste sentido tive oportunidade de realizar consultas de vigilância da gravidez, em todos os trimestres, adaptando sempre a consulta e os ensinamentos à idade gestacional da grávida. Numa primeira consulta era realizada uma avaliação inicial que incluía a história de saúde completa, nomeadamente antecedentes pessoais e familiares, história ginecológica e obstétrica e era ainda realizado o cálculo da idade gestacional e da data provável do parto. Quer na primeira consulta, quer nas seguintes era ainda monitorizada a tensão arterial, o peso, e realizada uma análise à urina com fita-teste, para despiste de quer de infeções urinárias, quer da presença de proteinúria, que pode ser um dos sinais de pré-eclâmpsia. A grávida era incentivada a falar sobre os acontecimentos mais relevantes desde a última consulta e eram ainda colocadas questões sobre o seu bem-estar físico e emocional, eventuais desconfortos ou problemas e dúvidas que pudesse ter. Todos os dados colhidos, observações e avaliações eram registados no Boletim de Saúde

da Grávida e no seu processo clínico. Estas intervenções vão de encontro ao preconizado pelo ICM (2019), que referem que é da competência do EEESMO avaliar o bem-estar físico e emocional da mulher durante a gravidez e as suas necessidades de educação em saúde.

Um dos objetivos destas consultas é a identificação das necessidades da mulher/casal em termos de educação para a saúde. Segundo Barros et al. (2022) as orientações fornecidas à mulher durante o período pré-natal relativamente à gravidez, parto e puerpério, aumentam a segurança e satisfação das mulheres. É importante que a mulher tenha conhecimento sobre todo o processo da gravidez de modo a perceber o funcionamento do seu corpo bem, assim como as mudanças que ocorrem durante e após a gestação. Os temas abordados nas consultas indiciam sobre: alimentação, hábitos e estilos de vida saudáveis, exames de rotina necessários, vacinação, desconfortos e alterações corporais associados à gravidez e sinais ou sintomas de alerta. Estes ensinamentos eram reforçados ao longo das consultas, sendo que a partir do 2º trimestre começavam a ser abordados temas como: fisiologia do TP e parto, preparação da mala da maternidade, sinais de alerta de início de TP, cuidados ao RN, amamentação, papéis e desafios parentais, alterações fisiológicas e psicológicas no pós-parto.

Durante estas consultas tive ainda oportunidade realizar a profilaxia da isoimunização a grávidas RhD negativas, através da administração de imunoglobulina anti-D por volta das 28 semanas de gestação. Esta é uma intervenção eficaz na prevenção da doença hemolítica do RN, reduzindo o risco de isoimunização de 2% para 0,1% (DGS, 2015).

As consultas de vigilância da gravidez permitem ainda a avaliação do bem-estar materno-fetal através da interpretação de parâmetros clínicos e laboratoriais, permitindo a deteção precoce de fatores de risco que possam afetar negativamente a evolução da gravidez e o bem-estar do feto (Martins, 2014). Neste sentido tive oportunidade de analisar e interpretar resultados de rastreios analíticos e ecográficos assim como efetuar a auscultação de batimentos cardíacos fetais (ABCF) com recurso a doppler, a partir das 11 semanas e a medição da altura do fundo uterino a partir das 24 semanas (Barradas et al., 2015).

A participação nas aulas de preparação para o parto ajuda as mulheres a reduzir o medo e o stress, além de desenvolver uma sensação de autocontrole, através do fortalecimento da autoconfiança (Hassanzadeh, 2021). Segundo o parecer nº 04/2016 da

OE, o EEESMO tem competência para organizar e implementar os CPPP, assim como os Cursos de Recuperação Pós-Parto, segundo as necessidades da sua população alvo (OE, 2016). Os CPPP têm como objetivo preparar a grávida/casal para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade. Estes cursos permitem à grávida/casal a partilha de receios e dúvidas em ambiente de grupo. Tanto a DGS como a OE recomendam que para além das sessões teóricas, sejam realizadas sessões práticas onde são incluídos exercícios para o período da gravidez e para o pós-parto imediato (DGS, 2015; OE, 2012a).

No meu contexto de estágio, o CPPP era realizado a grávidas com idade gestacional preferencialmente compreendida entre as 28 e 32 semanas, tal como preconizado pela OE (2016). Tive oportunidade de colaborar na elaboração e apresentação das várias temáticas do curso de preparação para o parto (Regulamento n.º 391/2019), sendo que tive um papel mais ativo na abordagem ao TP, nomeadamente no parto verticalizado, por ser o tema do meu projeto. Estas aulas ajudam as mulheres a perceber as mudanças e problemas mais comuns que ocorrerem durante a gravidez e a forma como lidar com eles. Fornecem informação sobre os sinais de TP, participação ativa no TP e uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. Proporcionam ainda informações essenciais sobre cuidados ao RN e amamentação.

A gravidez é um processo natural e fisiológico, que envolve modificações físicas, psicológicas e sociais, normalmente associada a sentimentos de felicidade, alegria e expectativas positivas e que na maioria das vezes decorre sem complicações para a mulher e para o feto. No entanto, cerca de 7 a 15% das grávidas necessitam de cuidados hospitalares devido a complicações que ocorrem durante a gravidez (Hanko et al., 2019). Estas complicações podem resultar de uma condição ou doença materna prévia à gravidez, de situações inerentes à própria gravidez ou relacionadas com o feto.

A necessidade de hospitalização torna-se muitas vezes necessária pois permite a vigilância de situações de gravidade e a identificação precoce de problemas, de modo a intervir com rapidez no sentido de prevenir eventuais complicações. A qualidade dos cuidados especializados prestados a estas mulheres é essencial para a prevenção da morbilidade e mortalidade materno-fetais (Rodrigues et al., 2020).

Cuidar a mulher a vivenciar uma gravidez com complicações, tornou-se para mim um desafio, não só pela necessidade de mobilizar conhecimentos teóricos como também

pela necessidade de desenvolver estratégias que me permitissem ajudar a mulher/casal a ultrapassar situações de stress, medo e angústia, face a situações mais delicadas.

O estágio na Unidade de Internamento de Medicina Materno-Fetal permitiu-me conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez (Regulamento n.º 391/2019). No decorrer deste estágio foi possível prestar cuidados a grávidas em diferentes situações de risco, destacando-se as seguintes situações: Pré-Eclâmpsia, Ameaça de Parto Pré-Termo, (APPT), Diabetes Gestacional (DG), Hipertensão Gestacional, Insuficiência Cervical, Hemorragias do 2º e 3º trimestre, Colestase Gravídica e Hiperémese Gravídica.

As grávidas hospitalizadas experienciam frequentemente sentimentos de stress, angústia, ansiedade, medo e solidão, uma vez que são afastadas do seu seio familiar, do seu domicílio, da sua rotina e inseridas num novo ambiente, sujeitas a avaliações diárias por uma equipa de profissionais de saúde, exames, procedimentos de rotina e administração de fármacos (Rodrigues et al, 2020). Considero que a primeira abordagem à grávida e a maneira como é feito o seu acolhimento no serviço de internamento, são fatores de extrema importância para que esta se sinta calma, segura, respeitada e apoiada, facilitando a sua adaptação à nova realidade. Este primeiro contato com a mulher dita o início da relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a utente. Neste sentido, aquando da admissão de uma grávida, tinha a preocupação de me apresentar, criando um ambiente de confiança e empatia, assegurando sempre a confidencialidade, a privacidade e a individualidade de cada mulher.

Entre as patologias mais frequentemente apresentadas pelas grávidas internadas, destaco a pré-eclâmpsia. Os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam cerca de 10% das mulheres em todo o mundo. A prestação de cuidados eficazes e em tempo útil pode ajudar a evitar a maioria das mortes devido a estas complicações (OMS 2014). Segundo Graça (2017a), a gravidez pode agravar a hipertensão arterial (HTA) em grávidas com hipertensão crónica, ou induzir HTA em mulheres previamente normotensas. A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo aparecimento de HTA, após as 20 semanas de gestação, associada a proteinúria (Monteiro & Leite, 2016). O aparecimento de complicações graves pode ser prevenido ou minimizado através de uma vigilância adequada, assim como com a implementação de medidas terapêuticas (Graça, 2017a). Assim, assumi responsabilidade pela deteção adequada e precoce de complicações associadas à pré-

eclâmpsia, estando atenta a sinais e sintomas de agravamento da doença, informando o médico responsável sempre que existissem alterações. As intervenções de enfermagem consistiam na avaliação da tensão arterial, determinação da proteinúria, monitorização da diurese, vigilância de edemas, cefaleias, alterações visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), dor abdominal (hipocôndrio direito), náuseas e vômitos. Neste sentido, informei e orientei as grávidas sobre sinais e sintomas de risco (Regulamento n.º 391/2019).

Nesta e noutras situações, monitorizei ainda o bem-estar fetal através de CTG, sendo que, o principal objetivo da realização de CTG anteparto é obter informação sobre o estado de oxigenação do feto em gestações complicadas por condições maternas ou fetais que possam aumentar o risco de insuficiência placentária (Santo et al., 2021). Normalmente era realizada após as 24 semanas de gestação, uma vez por turno, durante um período de 20 minutos. Caso a idade gestacional fosse inferior a 24 semanas, realizava ABCF, também uma vez por turno. É da competência do EEESMO, identificar e monitorizar a saúde materno-fetal através de meios clínicos e técnicos apropriados (Regulamento n.º 391/2019).

A DG foi outra patologia que se revelou bastante prevalente entre as grávidas internadas. Esta define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticada ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez, sendo um fator de risco para inúmeras complicações maternas e fetais. Do ponto de vista obstétrico, a vigilância centra-se na redução da morbilidade materna e fetal através da monitorização fetal anteparto e da decisão sobre o momento e tipo de parto (Almeida et al., 2017).

Segundo o protocolo do serviço, na DG o parto deveria ser induzido às 39 semanas se a diabetes fosse controlada com fármacos, ou às 40 semanas, se controlada sem fármacos e sem alterações do crescimento fetal e do líquido amniótico. Antes das 38 semanas se controlo metabólico difícil, alterações no crescimento fetal ou líquido amniótico e doença vascular materna. A maioria das grávidas com DG sob antidiabéticos orais ou apenas com controlo de dieta já fazia corretamente a avaliação da glicemia, como preconizado, que são as 4 determinações da glicemia capilar diárias: em jejum e 1 hora após o início das 3 principais refeições. No entanto tive necessidade de reforçar os ensinamentos sobre a determinação da glicémia e hábitos alimentares a uma jovem grávida de 21 anos, primigesta, uma vez que deu entrada no serviço por cetoacidose diabética,

decorrente de um mau controlo da diabetes. Foram explicadas à senhora as implicações que isso poderia ter para ela e para o bebé, no entanto, no dia seguinte a mesma acabou por assinar alta contra parecer médico.

A APPT é definida como a existência de contrações uterinas regulares e dolorosas, distensão do segmento inferior uterino, mas sem apagamento ou dilatação do colo, antes da 37ª semana de gestação (Graça, 2017b). A minha atuação enquanto futura EEESMO na abordagem a grávidas com APPT incidia na colheita de dados acerca da sua história clínica, incluindo antecedentes obstétricos, monitorização de sinais vitais e sinais de TP prematuro, como contrações uterinas, dor ou desconforto pélvico/dorsal, rutura prematura das membranas ou perdas hemáticas. Uma vez por turno, ou quando houvesse alguma alteração relevante, avaliava o bem-estar fetal através de CTG ou ABCF, dependendo da idade gestacional. Caso a idade gestacional estivesse compreendida entre as 24 e as 34 semanas e se houvesse grande probabilidade de parto pré-termo, iniciava-se a administração de corticosteroides de acordo com as recomendações da OMS (2022b) para maturação pulmonar fetal. Para além destas intervenções tentava perceber o impacto que aquele diagnóstico tinha para a mulher, oferecendo suporte emocional e encorajando-a a expressar os seus sentimentos.

O diagnóstico de anomalias congénitas no período pré-natal, dá a possibilidade de fornecer aos pais toda a informação necessária para que estes possam decidir sobre o prosseguimento ou termino da gestação (Clode et al., 2017). De acordo com a Lei n.º 16 /2007, a interrupção da gravidez não é punível, quando efetuada por médico numa instituição de saúde e após o consentimento livre e esclarecido da mulher quando: “haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez...” (p. 2417).

Pude acompanhar de perto o processo de uma mulher de 41 anos, já com antecedentes de um aborto espontâneo, que deu entrada no serviço para realizar uma interrupção médica da gravidez (IMG) às 14 semanas de gestação, por malformação fetal. Fiz o acolhimento da senhora no serviço e a colheita inicial de dados. Era visível o seu estado de angústia e ansiedade, pelo que tentei tranquilizá-la, disponibilizando-me para esclarecer todas as dúvidas que tivesse e apoiá-la no que fosse preciso.

Segundo Miranda & Zangão (2020), no decorrer do projeto de maternidade, não é contemplada a situação de perda, geralmente, após a aceitação da gravidez, só há lugar para felicidade, construção de sonhos e expectativas para acolher o novo membro da família, idealizado ao longo da gravidez. A contrastar com estas vivências, surgem, com a perda de um filho, angústia, tristeza e desolação. Quebra-se a possibilidade de viver a maternidade, surgindo o fracasso.

Ao cuidar a mulher em situação de aborto ou de IMG, para além da necessária vigilância hemodinâmica e de complicações, assumi ainda um papel fundamental no que diz respeito à promoção do apoio emocional, uma vez que os danos causados por este processo vão muito além dos danos físicos, havendo necessidade de implementar intervenções de apoio, dirigidas à mulher/casal a enfrentar este processo de luto (Regulamento n.º 391/2019). As mulheres a passar por um processo de IMG ou em situação de aborto eram internadas no serviço de Medicina Materno Fetal, tendo uma enfermaria destinada somente para estes casos, não estando junto das grávidas com patologia ou das grávidas a induzir o TP, encontrando-se desde modo mais resguardadas.

Tive ainda oportunidade de assistir e participar nas consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Cabe ao EEESMO explicar à mulher os métodos de IVG disponíveis, assim como as vantagens e desvantagens de cada um, riscos e possíveis complicações a eles associados (ICM, 2019), sendo estas informações fornecidas na primeira consulta. Um aspeto importante a destacar na fase pós abortamento, é a necessidade de consciencializar a mulher para as várias opções e possibilidades e métodos contraceptivos de forma a evitar que ocorram futuras gravidezes não planeadas/desejadas. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, este tem o dever de informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto (Regulamento n.º 391/2019).

3.3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), é da responsabilidade deste cuidar a mulher durante o TP, efetuando o mesmo em ambiente seguro, de forma a potencializar a saúde da parturiente e adaptação do RN à vida extrauterina.

De forma a desenvolver esta competência específica, tive a oportunidade de realizar o estágio de BP em dois hospitais distintos. Iniciei este percurso num hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo e terminei-o num hospital da Região Centro. Relativamente à estrutura física, ambos os BP tinham uma estrutura semelhante, à exceção da localização da sala operatória destinada às cesarianas. No primeiro contexto a sala de cesarianas localizava-se dentro do BP, aumentando a qualidade e segurança dos cuidados prestados à grávida em TP, uma vez que, permitia uma rápida atuação em situações de emergência e possibilitava ainda a presença do pai em caso de cesarianas programadas e nas situações em que a equipa médica considerasse não se tratar de uma situação clínica grave. O recobro era feito numa sala também dentro do BP, permitindo o início da amamentação precoce e a vinculação da tríade. No segundo contexto, as cesarianas eram realizadas no bloco central, não sendo permitida a entrada do pai, e o recobro era feito também no bloco central, sendo a puérpera separada do RN nas duas primeiras horas de vida.

O TP é um processo composto por um conjunto de fenómenos fisiológicos que provocam contrariabilidade uterina regular, dilatação do colo do útero, e progressão do feto pelo canal de parto, até à sua expulsão (Machado & Graça 2017). No entanto é muito mais do que um processo mecânico. É uma intensa e transformadora experiência psicológica (Olza et al., 2018). É por isso importante reconhecer e valorizar a componente psicoemocional do parto, fornecendo suporte emocional e cuidados individualizados que atendam às necessidades físicas, emocionais e psicológicas da mulher.

O apoio e a assistência fornecidos pelo EEESMO, têm influência na forma como a mulher encara o TP e parto, e no desenrolar do mesmo (Barradas et al., 2015). O EEESMO desempenha um papel essencial neste processo, oferecendo apoio contínuo e uma assistência individualizada, tendo em conta que cada mulher é única e cada parto é um parto, adaptado os cuidados às suas necessidades individuais. Estes cuidados incluem a monitorização atenta da progressão do TP, o alívio da dor através de métodos não farmacológicas ou farmacológicos, o estímulo à mobilidade e a promoção de posições confortáveis, além do suporte emocional.

Assim que a mulher/casal era admitida no BP, e até ao nascimento do seu bebé, o meu foco passava por fornecer um ambiente acolhedor, empático e seguro, onde a mulher se sentisse segura, ouvida, respeitada e capacitada para tomar decisões. O

acompanhante poderia estar presente, fosse o pai do bebé ou outra pessoa significativa, de acordo com a escolha da mesma. Segundo a OE (2020a), a presença contínua de uma pessoa significativa é fundamental para uma experiência de parto positiva e para a satisfação com os cuidados prestados durante o TP e parto. A presença ininterrupta de uma pessoa significativa, em todas as fases do TP, é ainda um direito consagrado na Lei portuguesa (Lei nº110/2019). De acordo com Mazzeto et al. (2022), o TP é um processo intenso para a mulher, sendo importante o apoio de alguém da sua confiança com o qual possa partilhar esse momento.

O primeiro estágio do TP corresponde ao apagamento e dilatação do colo, iniciando-se com contrações uterina regulares e terminando quando a dilatação do colo se encontra completa (Fatia & Tinoco, 2016). Friedman dividiu ainda este estágio em duas fases: fase latente e fase ativa. A fase latente diz respeito ao apagamento e dilatação do colo dos 0 aos 4cm, enquanto a fase ativa corresponde à dilatação do colo dos 4 aos 10cm (Fatia & Tinoco, 2016).

Geralmente, as grávidas eram admitidas no BP já na fase ativa do TP, no entanto em situações de rotura prematura de membranas ou quando a urgência ou o internamento estavam sobrelotados, também podiam ser admitidas na fase latente. O EEESMO deve proporcionar à mulher um ambiente acolhedor, silencioso, confortável, e com pouca luminosidade, promovendo assim condições que permitam a libertação de ocitocina e endorfinas endógenas, facilitando o TP (Duarte et al., 2020). Neste sentido, era minha preocupação criar um ambiente confortável, calmo, isento de ruídos e com luminosidade adequada. Em ambos os BP onde realizei o estágio, os quartos eram individuais e tinham casa de banho privada, sendo que a mulher/casal permanecia lá desde o momento da admissão até ao nascimento do RN. O facto de não haver necessidade de mudança de sala proporcionava ainda mais conforto e privacidade à parturiente/casal. Segundo Balaskas (2017), permanecer num ambiente tranquilo, com pouca luminosidade e com o mínimo de pessoas proporciona uma dilatação mais rápida.

A avaliação da progressão do TP inclui a observação do estado geral da parturiente incluindo avaliação de sinais vitais, observação de sinais de desconforto físico, avaliação e monitorização da frequência, duração e intensidade das contrações, monitorização da FCF, observação obstétrica através do toque vaginal, e avaliação de necessidades emocionais. O toque vaginal permite avaliar as características do colo uterino, a posição e

a variedade da apresentação fetal, as características da bacia materna e ainda as características das perdas vaginais. Este exame era realizado quando a parturiente referisse queixas, ou manifestasse sinais de progressão do TP, tais como: aumento significativo da frequência, duração e intensidade das contrações, rotura de membranas e pressão perineal. Contudo, na ausência destes sinais, o toque vaginal era efetuado em intervalos não inferiores a 4h, tal como recomendado pela OMS (2018), uma vez que a evolução do TP não está relacionada com a quantidade de toques realizados, interferindo por sua vez com a privacidade e o conforto da parturiente. Por outro lado, os toques vaginais são geralmente desconfortáveis e dolorosos para a mulher, e envolvem ainda um risco acrescido de infeção (APEO & FAME, 2009).

A CTG é uma ferramenta usada durante o TP que permite a vigilância do bem-estar fetal registando continuamente e em simultâneo a FCF e a contratilidade uterina (Graça & Santo, 2017). A OMS (2018) preconiza a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal durante o TP, em mulheres grávidas sem fatores de risco, em detrimento da CTG contínua. No entanto a monitorização contínua com recurso a CTG deve ser considerada em todas as situações em que existe um elevado risco de hipóxia/acidose fetal, tais como: analgesia epidural, líquido amniótico tinto de mecônio ou possibilidade de atividade uterina excessiva, como ocorre em caso de TP induzido ou aumentado (Ayres-de-Campos et al., 2015; NICE, 2022) e na falta de recursos humanos (Santana & Figueiredo, 2016). Uma vigilância contínua do registo cardiotocográfico, permitiu-me identificar precocemente padrões anormais da FCF, atuando em conformidade, de forma a minimizar possíveis efeitos ao feto. Nenhum dos BP onde realizei o estágio disponibilizava aparelhos de CTG portáteis, o que poderia promover uma maior e melhor mobilidade das parturientes.

A dor sentida durante o TP está associada à contração do miométrio, à dilatação progressiva do colo e do segmento inferior do útero e ao alongamento e compressão das estruturas perineais e pélvicas (Pedro & Oliveira, 2016). A adrenalina e o cortisol libertados na presença de dor, possuem propriedades útero-inibidoras, ou seja, a sua ação irá manifestar-se na diminuição da atividade uterina e consequentemente no atraso da progressão do TP (Lança, 2017).

O alívio da dor constitui assim um fator fundamental durante o acompanhamento do TP, uma vez que contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente.

Compete ao EEESMO informar a parturiente acerca dos métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor disponíveis, permitindo-lhe tomar a sua decisão de forma esclarecida e informada. Neste sentido, foram sugeridas e implementadas algumas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tais como: hidroterapia, técnicas de respiração, musicoterapia, massagem, deambulação, bola de parto e verticalização.

A alternância de posições e a liberdade de movimento ajudam a promover a progressão fisiológica do TP, facilitam o correto posicionamento fetal, promovem o bem-estar fetal, diminuem a sensação dolorosa, aumentam a satisfação materna, apoiam o envolvimento do parceiro e fortalecem a relação empática entre o casal e a parteira (Garbelli & Lira 2021). Procurei numa primeira fase perceber que conhecimento as mulheres tinham acerca deste tema, e quais as suas expectativas em relação ao parto e às posições de parto. A maioria das mulheres tinham frequentado CPPP, mas foram ainda muitas mulheres que referiram não ter frequentado. As mudanças de posição foram principalmente incentivadas por mim, e esporadicamente solicitadas pelas mulheres. Para além dos benefícios já referidos das posições verticais, pretendia com o seu incentivo promover a autonomia e a autoconfiança da mulher, dando-lhe o controle sobre o “seu” parto. Dependendo da posição em que a apresentação fetal se encontrasse em relação à bacia materna sugeria posições e/ou movimentos diferentes. Caso a apresentação estivesse acima do estreito superior da bacia, incentivava posições que promovessem a sua abertura tais como: sentada com as pernas semifletidas em rotação externa, movimentos com a bacia livre utilizando a bola de partos para se apoiar, ou mesmo sentada na bola de partos (Cardoso et al., 2020). Nas situações em que a apresentação fetal estivesse ao nível das espinhas isquiáticas, tentava promover movimentos assimétricos, de forma a promover o aumento do diâmetro interespinhoso.

Relativamente à analgesia do neuroeixo, desde que não existisse contraindicação médica, era oferecida sempre que as parturientes a solicitavam. Como refere Lança (2017), a analgesia do neuroeixo, sendo um método com eficácia superior à analgesia sistémica no que diz respeito ao controlo da dor, não deve ser negada à mulher, apenas com base na avaliação da dilatação do colo uterino. O bloqueio analgésico do neuroeixo, permite a diminuição da descarga de catecolaminas, melhorando a dinâmica do TP.

Antes de se iniciar a técnica era assegurado o consentimento livre e esclarecido da mulher. O papel do EEESMO centrava-se na colaboração com o anestesista, na

monitorização da grávida, no seu posicionamento correto de modo a permitir a realização da técnica de forma segura e na monitorização da FCF. Após a realização da técnica, era minha preocupação, para além de monitorizar o bem-estar materno e fetal, explicar à parturiente os possíveis efeitos secundários da analgesia, que incluem: náuseas, vômitos, prurido, dormência dos membros inferiores, tremores, aumento da temperatura corporal e retenção urinária (Lança, 2017).

Quando a parturiente se encontra com a dilatação completa inicia-se o segundo estágio do TP, o período expulsivo, que termina com a expulsão do feto (Machado & Graça, 2017). A sua duração varia de mulher para mulher, contudo este período pode durar até 3 horas na nulípara e até 2h na múltipara (OMS, 2018) e é condicionada pelos seguintes fatores: eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da mulher, tamanho, apresentação e situação do feto e apoio dos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco, 2016).

O NICE (2023) divide ainda o 2º estágio do TP em duas fases. A fase passiva que corresponde à dilatação completa do colo do útero, mas na qual a mulher ainda não sente necessidade de realizar esforços expulsivos, e a fase ativa, que surge quando para além da dilatação completa a mulher apresenta uma vontade involuntária de fazer força.

Se a mulher não tiver analgesia epidural, instintivamente, devido ao reflexo de Ferguson, inicia os esforços expulsivos espontaneamente. Nos casos em que a mulher tem analgesia epidural pode-se adotar uma atitude expectante até que esta vontade surja (NICE, 2023). Os esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsava) são uma prática prejudicial ou ineficaz, que deve ser eliminada (OMS, 1996). Neste sentido, incentivava e orientava a parturiente a fazer esforços expulsivos expiratórios. Esta técnica consiste em realizar 3 a 5 puxos expiratórios em cada contração, com duração aproximada de 4 a 6 segundo, com glote aberta, vocalizações, gemidos e respirações entre os puxos (Pacheco & Nené, 2020).

A adoção de posições verticais no 2º estágio do TP reduz significativamente o risco de parto vaginal instrumentado, reduz a dor, reduz o período expulsivo e diminui o risco de trauma perineal grave e realização de episiotomia (Zang et. al, 2020 & Barradas et al., 2015). Sendo a adoção de posições verticais, uma prática baseada em evidência científica que contribui para uma melhoria dos resultados maternos e fetais, era minha preocupação estimular e proporcionar estas posições às parturientes, tendo em conta as

suas preferências e vontades. Segundo Irvin et al (2022) a atitude, o conhecimento, a confiança e a competência das parteiras são fatores que influenciam o parto vertical fisiológico.

No segundo estágio do TP sugeria várias posições, tendo em conta as suas especificidades e as necessidades e preferências de cada mulher. A posição de cócoras era frequentemente sugerida por ser uma das posições que promove uma maior amplitude do estreito inferior da bacia e na qual as contrações têm uma eficácia maior (Balaskas, 2017). A posição de quatro apoios era sugerida em casos de variedades fetais posteriores, uma vez que facilita a rotação e a descida da apresentação fetal, e em situações de dor e sensação de pressão na região sacrococcígea, uma vez que promove a diminuição da sensação dolorosa nessa zona. Para além disso é indicada quando há uma evolução muito rápida do parto, contribuindo para reduzir o trauma perineal (Balaskas, 2017). Pode ser levantada a cabeceira da cama e a mulher usar a parte superior da cama para se apoiar. Esta posição permite ainda descansar entre contrações mantendo um alinhamento vertical e permite que a mulher balance a pélvis para trás e para a frente, ou de um lado para o outro.

Nesta fase já tinha preparado a mesa de parto com todo o material necessário, ligado e verificado o reanimador neonatal para me certificar que tudo estaria a funcionar, caso houvesse necessidade de o utilizar. Durante os esforços expulsivos é necessário monitorizar cuidadosamente a progressão do parto, incluindo a descida fetal, a dilatação do canal de parto e a resposta do feto aos esforços maternos. A monitorização da FCF durante os esforços expulsivos é essencial, uma vez que se torna necessário saber como é que se dá a recuperação do FCF após cada contração, avaliando desta forma o bem-estar fetal. São sinais de alerta as desacelerações tardias e de recuperação lenta e as bradicardias mantidas (Fatia & Tinoco, 2016).

À medida que a cabeça fetal começava a coroar mantinha a vigilância do períneo, avaliando a necessidade de efetuar uma episiotomia, evitando sempre a manipulação do períneo. A episiotomia tem como o objetivo alargar o orifício vaginal, em situações de: sinais de sofrimento fetal, rigidez perineal, feto macrossómico, prematuridade e ameaça de laceração de terceiro grau (Couto & Carneiro, 2017). Segundo os mesmos autores a realização de episiotomia pode trazer consequências negativas para a mulher tais como:

aumento da taxa de infecção, risco de lesão perineal grave, maior perda sanguínea, desconforto e maior tempo de recuperação no pós-parto.

Durante o estágio senti necessidade de realizar episiotomia apenas em 5 parturientes. Esta prática vai de encontro ao preconizado pela OMS (2018), que defende que o uso rotineiro de episiotomia não é recomendado. Nas situações em que houve necessidade de realizar, solicitava sempre a autorização da parturiente, justificando a necessidade da realização da mesma. De forma a proteger o períneo utilizava a manobra de *Ritgen* modificada que consiste na colocação de uma mão a apoiar o períneo posterior, prevenindo lacerações do esfíncter anal e da mucosa rectal, e outra sobre o polo cefálico do RN de modo a evitar uma deflexão muito rápida da cabeça fetal, evitando deste modo lacerações da uretra e clitóris (Fatia & Tinoco, 2016).

Após a saída da cabeça fetal, procurei a existência de circulares cervicais, adequando a minha conduta à situação detetada. Em 3 casos em que a circular era apertada houve necessidade de clampar o cordão em dois locais e seccionar o mesmo. Na maioria dos casos, a circular era larga, o que permitiu desfazer-se a circular, passando o cordão que está à volta da cabeça de trás para a frente. Uma das intervenções que tive preocupação em realizar foi a laqueação tardia do cordão umbilical. Segundo o ACOG (2020) e a OMS (2018) a laqueação do cordão umbilical em RN de termo e pré-termo nunca deve ser inferior a 1 minuto, após o nascimento, exceto quando essa laqueação é necessária devido a complicações maternas ou neonatais. A realização desta prática traz benefícios para o RN, tais como: aumento dos níveis de hemoglobina, melhoria das reservas de ferro, melhor circulação de transição, menor necessidade de transfusão sanguínea e menor incidência de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular (ACOG, 2020). Na ausência de complicações quer maternas, quer neonatais era dada a oportunidade aos pais de efetuarem o corte do cordão, caso fosse esse o seu desejo.

As distócias de ombros são emergências que requerem do profissional uma ação rápida e precisa no diagnóstico e na resolução. No decorrer do estágio fui confrontada com 2 situações de distocia de ombros, que facilmente foram identificadas e resolvida com a ajuda da enfermeira orientadora. De forma a resolver estas situações foi necessário recorrer à manobra de McRoberts associada à pressão supra-púbica. A manobra de McRoberts e a pressão supra-púbica são consideradas a primeira

abordagem da distócia de ombros, por serem facilmente exequíveis e estarem associadas a um menor risco para a mãe e para o RN (Marques & Reynolds, 2011).

Quando o RN apresentava sinais de boa adaptação à vida extrauterina este era colocado imediatamente após o nascimento sobre o peito da mãe, promovendo desta forma o contacto pele a pele, de acordo com as recomendações da OMS (2018). O contacto pele a pele consiste em colocar o RN, despido e seco, coberto por lençóis aquecidos, em decúbito ventral sobre o tórax ou abdómen da mãe. Esta prática, quando aplicada precocemente, revela benefícios na vinculação, na regulação dos parâmetros fisiológicos e do comportamento do RN e no estabelecimento e manutenção da amamentação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2020). A realização do contacto pele a pele pressupõe alguns requisitos, nomeadamente: RN com índice de Apgar superior ou igual a 8 ao 5º minuto, RN rosado com respiração regular e sem sinais de dificuldade respiratória, com bom tónus e choro vigoroso e a mãe desperta e clinicamente estável (SPN, 2020).

Tentava que o RN ficasse pelo menos 30 minutos em contacto pele a pele, apesar do preconizado ser 1h, no entanto havia alturas em que a lotação do serviço não o permitia. Após este contacto inicial o RN era levado para o berço aquecido, onde era realizada uma avaliação física para despistar possíveis malformações. Procedia-se à administração de Vitamina K via intramuscular, para profilaxia de doença hemorrágica, sendo sempre pedida autorização aos pais após explicado o procedimento. Era monitorizado o peso e colocadas as pulseiras de identificação e anti rapto. O pai era sempre incentivado a colaborar nestes cuidados e a vestir o bebé. Após vestido o RN era colocado junto à mãe e era promovida a interação entre a tríade.

O terceiro estágio do TP corresponde à dequitação e decorre desde a saída do RN até à expulsão completa da placenta (Sequeira et al., 2020). Quando eram observados os sinais objetivos de descolamento da placenta (saída súbita de sangue à vulva, elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo, alongamento do umbilical) era efetuada a manobra de *Brandt-Andrews* que consiste numa tração controlada e cuidadosa do cordão com umas das mãos, enquanto a outra aplica uma ligeira pressão sobre o útero. Durante a exteriorização a placenta era apoiada, usando o seu peso, fazendo movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, de forma a facilitar a exteriorização completa e intacta das membranas.

Após a saída da placenta era identificado qual dos dois mecanismos de descolamento placenta tinha ocorrido (*Duncan* ou *Schultz*), palpando-se posteriormente o útero de modo a verificar se estaria bem contraído (globo de segurança de *Pinard*) e observando-se a quantidade de perda sanguínea. Nesta fase procedia-se à administração profilática de 10 unidades de ocitocina de forma a aumentar o tônus uterino e diminuir as perdas hemáticas. Tal como preconizado pela OMS (2018), o uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) durante a terceira fase do TP é recomendado, sendo a ocitocina o fármaco de eleição. De seguida, a placenta era colocada sobre a mesa de parto de forma a inspecioná-la minuciosamente, para garantir que se encontrava completa e que não tinham ficado retidos fragmentos da mesma no útero, uma vez que qualquer fragmento de placenta retido pode aumentar o risco de hemorragia pós-parto e infeção. Era ainda observada a inserção do cordão umbilical assim como as suas características.

Após a dequitação, o períneo era higienizado com soro fisiológico de modo a poder ser examinado, verificando a presença de lacerações que necessitassem de sutura. Avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas para a sua reparação fazem parte das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019). Uma boa correção das lesões perineais é essencial para prevenir complicações, aliviar o desconforto e promover o bem-estar físico e emocional. Estas foi das competências que mais dificuldade senti desde o início, uma vez que a correção do trauma perineal envolve habilidades técnicas específicas difíceis de dominar sem experiência prática. Devido à complexidade da anatomia da região perineal, foi necessário algum treino para ser capaz de identificar corretamente as estruturas a reparar. No entanto, com tempo prática e apoio por parte dos enfermeiros orientadores, sinto que adquiri confiança e competência na correção do trauma perineal, tendo sido a técnica aperfeiçoada, contribuindo assim para uma assistência de qualidade.

O quarto estágio do TP refere-se ao puerpério imediato, e compreende as duas primeiras horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016). Neste período é necessário uma vigilância continua por parte do EEESMO, uma vez que é o período em que há maior risco de ocorrerem complicações (Santos et al., 2020). Nesta fase é realizada uma avaliação do estado geral da puérpera, monitorização de sinais vitais, avaliação da contração uterina e das perdas sanguíneas, avaliação do períneo e da sutura /episiorrafia ou penso

abdominal nos casos de cesariana, vigilância de eliminação vesical (sendo avaliada a necessidade de realização de cateterismo vesical).

Durante este período foi ainda dado início à amamentação, sempre que o desejo de amamentar fosse manifestado previamente pela puérpera. Segundo a OMS (2018) e a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (2022), a amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida. Os benefícios do início precoce da amamentação são: proteção imunológica através da produção de anticorpos proveniente do colostro, promoção do vínculo entre mãe e o RN, promoção da regulação da glicemia e diminuição do risco de hemorragia materna (Ramiro et al., 2021). Após estas 2h e caso a puérpera se encontrasse hemodinamicamente estável, procedia-se à transferência da mesma para o serviço de puerpério, juntamente com o RN.

Importa salientar que todos os dados relativos ao TP e parto eram registados no partograma, no processo clínico da grávida e no boletim de saúde da grávida e do RN. Para além dos 41 partos eutócicos assistidos por mim, colaborei ainda com a equipa multidisciplinar na assistência a 17 partos distócicos.

3.3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O puerpério é um período de transição vital para uma mulher, para o seu bebé e para a sua família. É o período que contempla as 6 semanas após o parto, no qual se dá o retorno das características dos órgãos da mulher à sua anatomofisiologia prévia à gravidez (Centeno, 2017). Neste período ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas, emocionais e sociais que se podem prolongar por um período de 9 a 12 meses, no qual a mãe se tenta ajustar às novas mudanças e a este novo papel na sua vida (Almalik, 2017). Para que este período seja vivido de forma positiva, é essencial que os profissionais de saúde forneçam a informação, o apoio e a confiança necessários, de acordo com as necessidades identificadas, potenciando a saúde da puérpera e do RN, assim como o bem-estar de toda a família (ACOG, 2018; Barradas et al., 2015; OMS, 2022c).

O EEESMO deve assumir a responsabilidade de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” com o objetivo de “potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”

(Regulamento n.º 391/2019, p. 13563). Durante o período em que a puérpera e o RN estão internados, as intervenções do EEESMO devem ser desenvolvidas com base na empatia, escuta ativa e empoderamento das puérperas. Os objetivos destas intervenções passam por potenciar a recuperação física e psicologia da puérpera, promover a sua autonomia, dotá-la de competências para cuidar do RN e promover os vínculos afetivos entre a mãe, pai e RN (Santos & Batista, 2016).

É fundamental que o enfermeiro detenha conhecimento sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores femininos, assim como das alterações que podem ocorrer neste período, permitindo-lhe identificar atempadamente complicações (Santos & Batista, 2016). Devido a todas as transformações fisiológicas que ocorrem no puerpério é indispensável a realização de um exame físico à puérpera. Neste sentido, o exame físico era realizado pelo menos uma vez por turno seguindo uma progressão cefalocaudal. Antes da prestação de cuidados, era sempre pedida permissão e obtido o consentimento da puérpera para qualquer observação e realização de procedimentos.

A observação da puérpera iniciava-se pela avaliação do seu estado geral. De seguida procedia-se à vigilância das mamas através de observação e palpação. A nível abdominal era avaliado se o útero se encontrava bem contraído. Nas puérperas submetidas a cesariana, observava-se o penso da ferida cirúrgica, quanto à sua integridade e se se encontrava ou não repassado de conteúdo hemático. Posteriormente realizava-se a inspeção do períneo, avaliando a sutura da episiorrafia ou da laceração, se presente, para despistar edema, sinais inflamatórios ou mesmo de infeção, assim como as características dos lóquios, no que diz respeito à quantidade, cor e cheiro. Por fim era realizada uma observação dos membros inferiores para despistar sinais de tromboembolismo, realizando-se a pesquisa do sinal de Homans.

As complicações mais frequentes durante o puerpério são: hemorragias, infeções, fenómenos tromboembólicos e alterações psicoemocionais (Centeno, 2017). Era minha preocupação identificar precocemente alguma alteração, de forma a prevenir eventuais complicações (Regulamento n.º 391/2019). Durante o decorrer do exame físico a puérpera era incentivada a exprimir as suas dúvidas ou desconfortos e a partilhar a sua experiência de parto, permitindo desta forma fazer uma avaliação do seu estado emocional (ICM, 2019).

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados a puérperas que tinham os seus RN internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O internamento de um filho tem um grande impacto na vida de uma mãe, principalmente quando isso acontece logo após o nascimento. Esta vivência os mais variados sentimentos durante esse período tais como: medo, insegurança, preocupação, choque, tristeza e esperança (Rocha & Cecchetto, 2021). O apoio do EEESMO torna-se fundamental nesta fase, e a qualidade dos cuidados pode ser melhorada se existir uma escuta ativa, de forma a entender os sentimentos e preocupações dos pais, informando-os e esclarecendo as suas dúvidas.

Faz parte das competências do EEESMO a prestação de cuidados ao RN (Regulamento n.º 391/2019; ICM, 2019). Os cuidados prestados ao RN após o nascimento, são fundamentais para a sua adaptação à vida extrauterina, para além de prevenirem complicações e promoverem a saúde e o bem-estar do mesmo (Santos & Batista, 2016). A avaliação cefalocaudal do RN permite ao enfermeiro obter informação necessária para criar diagnósticos, planejar e avaliar intervenções (Santos et al., 2020). É também uma oportunidade para realizar educação para a saúde aos pais, discutir preocupações dos mesmos e detetar algum desvio à normalidade que possa exigir encaminhamento para outro profissional de saúde. Esta avaliação era realizada em momentos-chave, e de maior atividade, que não interferissem com o seu ritmo biológico e respetivos estádios comportamentais, tais como: durante as mamadas, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto e na mudança de fralda.

A observação do RN era realizada segundo as recomendações do NICE (2021), e incluía para além da avaliação do estado geral, um exame físico minucioso. Eram ainda pesquisados alguns reflexos primitivos, reflexos estes de carácter automático que refletem a maturação do sistema nervoso central. Antes de realizar o exame físico ao RN obtinha o consentimento da mãe/pai e realizava o mesmo na sua presença. Aproveitava estes momentos para questionar o padrão de alimentação do bebé e a frequência de micções e dejeções, incluindo as características das fezes.

Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a RN's com icterícia neonatal com necessidade de fototerapia. A icterícia neonatal é uma das patologias mais frequentes, sendo que atinge cerca de 60% dos RN durante a primeira semana de vida. Na maioria dos casos a hiperbilirrubinemia, não está associada a uma patologia

subjacente, sendo definida como icterícia fisiológica (SPN, 2013). A atuação do enfermeiro tem início na detecção precoce da icterícia, através do exame físico do RN. Para que seja confirmado o diagnóstico é necessário que seja feita o doseamento de bilirrubina sérica ou transcutânea (Godoy et al., 2021; SPN, 2013).

O tratamento mais utilizado é a fototerapia. O enfermeiro é responsável pela preparação do tratamento, assim como por proporcionar uma assistência adequada durante o mesmo e fornecer orientação aos pais (Godoy et al., 2021). O seu acompanhamento permite que o tratamento seja realizado de forma eficaz e segura, e que sejam identificadas e corrigidas atempadamente possíveis complicações que ocorram durante o mesmo (Andrade et al., 2022). Os cuidados de enfermagem perante um RN sob fototerapia incluíam: a proteção dos olhos com máscara opaca, monitorização da frequência, quantidade e aspeto das fezes e urina, monitorização da temperatura, mudança de decúbito a cada 2h, incentivo à manutenção do aleitamento materno e monitorização do peso diário.

Um dos maiores desafios para as mulheres no período pós-parto é a amamentação, uma vez que apesar de natural, é também um processo complexo que exige o desenvolvimento de competências por parte da mãe e o acompanhamento por parte de um profissional. As primeiras horas e dias após o parto, ainda na maternidade, são fulcrais para prestar o apoio indispensável às mães para que seja iniciada e estabelecida a amamentação, onde estão incluídos o contacto pele e pele, o início precoce da amamentação, o alojamento conjunto e amamentação em livre demanda.

As evidências continuam a mostrar a importância da amamentação na sobrevivência, nutrição e desenvolvimento infantil, assim como os benefícios para a mãe. O aumento das taxas de amamentação a nível mundial poderá prevenir, anualmente, mais de 800.000 mortes em crianças com idade inferior a 5 anos, e a morte de 20.000 mulheres devido a cancro da mama (OMS, 2017). Os motivos para o abandono da amamentação exclusiva prendem-se com: a falta de apoio dos profissionais, o incentivo da família para a introdução do leite artificial e a presença de desconfortos durante a amamentação (Xiao et al., 2020).

Compete aos EEESMO ajudar as mães no processo de amamentação, concebendo e implementando intervenções que permitem que esta decorra com sucesso (Regulamento n.º 391/019). Tendo o meu estágio sido realizado num hospital certificado

como Hospital Amigo dos Bebés, era promovido, protegido e apoiado o aleitamento materno. Inicialmente era necessário confirmar o desejo da mãe em querer ou não amamentar, após estar devidamente esclarecida sobre as vantagens do mesmo, quer para ela, quer para o RN, devendo ser sempre respeitada a sua vontade. Tal como preconizado pelo ICM (2019), o EEESMO deve promover a amamentação precoce e exclusiva, respeitando a escolha da mulher. O apoio fornecido às mães inclui o ensino sobre a forma correta de segurar e posicionar o bebé na mama, sendo também uma oportunidade para o esclarecimento de dúvidas e a ajuda com problemas decorrentes da amamentação (OMS, 2017).

A observação da mamada permite identificar dificuldades numa fase inicial, que se não forem colmatas de início, podem levar ao abandono precoce da amamentação. Era frequente haver necessidade de corrigir alguns aspetos, principalmente em mulheres primíparas, nomeadamente a forma como a puérpera se posicionava e como posicionava o RN, e a pega do RN à mama, ensinando às mães os sinais de boa pega.

A prestação de cuidados do EEESMO numa unidade de internamento de puerpério abrange o cuidado a ambos os elementos da díade mãe-RN, assim como a promoção da adaptação à parentalidade de ambos os progenitores. A adaptação ao papel parental é um processo que exige capacidades de ajustamento e adaptação. Os primeiros dias após o nascimento são dos momentos mais importantes para a tríade, nos quais o casal passa por um processo de desenvolvimento de novos papéis. O pai deve ter uma participação ativa como cuidador do RN, e deve ser incluído na prestação de cuidados. Deste modo havia sempre preocupação da minha parte em envolver o pai nos cuidados ao RN assim como nos momentos de ensino, garantindo assim que no momento da alta hospitalar, ambos os pais se sentissem confiantes para assumir este novo papel.

Uma vez que o puerpério se prolonga para além do tempo de internamento, as orientações dadas no momento da alta são de extrema importância pois ajudam a prevenir a ocorrência de intercorrências após a saída da maternidade. O EEESMO deve planejar intervenções educacionais, de modo a dar ferramentas à mulher que possibilitem a continuidade do seu autocuidado e do cuidado com o RN (Regulamento n.º 391/2019).

Na preparação para a alta eram explicados à puérpera os sinais e sintomas de complicações físicas e/ou psicológicas que podem ocorrer no pós-parto. Eram realizados ensinamentos sobre os cuidados perineais, amamentação, alimentação e importância de

retomar de forma gradual a realização de exercício físico. A puérpera era informada sobre a importância de agendar a consulta de revisão do puerpério e eram explicados os sinais e sintomas que poderiam sugerir complicações potencialmente graves, e para os quais deveria procurar assistência médica. Eram ainda fornecidas informações sobre o desenvolvimento normal do RN e os sinais e sintomas de desvio à normalidade. Neste sentido eram explicados aos pais os sinais de alarme aos quais deveriam estar atentos e que motivavam a ida do RN ao Serviço de Urgência. Segundo a *American Academy of Pediatrics* e ACOG (2017) os sinais e sintomas potenciais de doença, incluem: febre, recusa alimentar, alteração da coloração de pele, sinais de dificuldade respiratória, letargia excessiva, sonolência ou hipotonicidade, inquietação, irritabilidade ou movimentos anormais. Era explicada aos pais a necessidade de marcarem a 1ª consulta para o RN, e a importância da realização do rastreio neonatal entre o 3º e 6º dias de vida do bebé.

Em contexto de cuidados de saúde primários também foi possível prestar cuidados à mulher no período pós-parto através da realização de consultas de puerpério. Nestas consultas era primeiramente realizada uma história clínica, onde era questionada a puérpera acerca de alguma intercorrência durante a gravidez, dados relativos ao parto e eventuais complicações durante o parto e pós-parto. De seguida procedia-se ao exame físico, começando por observar o estado geral, coloração e hidratação da pele e mucosas, temperatura, avaliação da tensão arterial e peso corporal. Era questionado à mulher como estaria a alimentar o seu bebé e, caso fosse validado o aleitamento materno, sempre que possível, era solicitado à puérpera que oferecesse a mama, de modo a observar sinais de boa pega e a reação do RN à mama. A observação das mamas permitia despistar sinais de bloqueio de ducto, ingurgitamento mamário ou lesões do mamilo que pudessem estar a dificultar a amamentação. Era observada a sutura/cicatriz resultante da episiorrafia, laceração ou cesariana, de modo a verificar o seu processo de cicatrização e despistar sinais de infeção. Nesta consulta abordava ainda temas como: estilos de vida saudáveis, exercícios para fortalecimento do pavimento pélvico, método contraceptivo e reinício da atividade sexual. Estas consultas são ainda uma boa oportunidade para o EEESMO fazer uma avaliação do estado emocional da puérpera, uma vez que a interação com esta permite perceber mudanças de humor e comportamentos.

Para além de avaliar o estado de saúde da mulher e do RN é importante ter em atenção a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel (DGS, 2015). Na maioria dos casos

as puérperas faziam-se acompanhar pelos companheiros e era possível observar a interação entre o casal e entre estes e o RN.

De acordo com Santos et al. (2018), são três os momentos utilizados pelos enfermeiros para a promoção do aleitamento materno. O primeiro momento diz respeito ao terceiro trimestre de gravidez, o segundo ocorre durante o internamento na maternidade e o terceiro está relacionado com a manutenção da amamentação e acontece após a alta. Esta é uma fase crítica, na qual a mulher regressa a casa e deixa de ter o apoio constante de profissionais de saúde, tendo de resolver possíveis complicações de forma autónoma. O apoio e atuação do EEESMO, com base no seu conhecimento teórico e prático, torna-se imprescindível para que seja mantido o aleitamento materno exclusivo. Não tive oportunidade de realizar apoio em contexto domiciliário, no entanto pude prestar apoio em algumas situações em que os casais se deslocaram ao Centro de Saúde.

3.3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, é da sua competência, cuidar a mulher integrada na família e na comunidade, que experiencia processos de saúde/doença do foro ginecológico, com vista à promoção da sua saúde (Regulamento n.º 391/2019).

De modo a adquirir competências nesta área, parte do meu estágio foi realizado num serviço internamento de ginecologia, onde tive oportunidade de prestar cuidados pré e pós-operatórios a mulheres submetidas a cirurgia ginecológica e oncoginecológica, tendo incidido os meus cuidados na mulher com patologia da mama, que se mostrou ser uma das patologias mais prevalentes naquele serviço.

O cancro da mama é o tipo de cancro com maior prevalência no mundo, tendo registando cerca de 2,26 milhões de casos em 2020. É a principal causa de morte por cancro entre as mulheres, tendo sido responsável por quase 685.000 mortes de mulheres em todo o mundo (Sung et al., 2021; Wilkinson & Gathani, 2022). As diferentes opções de tratamento incluem a terapia hormonal, quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e cirurgia. Qualquer um dos tratamentos gera repercussões importantes na vida da mulher

(Silva et al., 2019). Esta patologia acarreta consigo uma experiência emocionalmente traumatizante e angustiante, causando preocupação, medo, tristeza e ansiedade. Estes sentimentos estão associados a incerteza relativamente ao futuro, aos efeitos transversais ao tratamento e às implicações na sexualidade, fertilidade, imagem corporal e relacionamentos (Lucri & Costa, 2021). Sendo a mama o órgão que representa a sua feminilidade, sexualidade e maternidade, esta cirurgia pode ter repercussões não só físicas, mas também psicológicas e sociais, afetando a sua autoestima.

Segundo Silva et al. (2018), as mulheres experienciam momentos de tensão, preocupação e angústia nos momentos que precedem a cirurgia mamária. Muitas vezes estes sentimentos estão relacionados com a falta de informação e esclarecimento sobre o procedimento cirúrgico. Senti que era importante esclarecer estas mulheres sobre o procedimento a que iam ser submetidas e possíveis desconfortos que poderiam sentir logo após a cirurgia, tentando assim minimizar a ansiedade e o medo das mesmas.

Silva et al. (2019) consideram que muitas vezes o profissional de saúde descarta a componente emocional da mulher, dando mais importância aos aspetos físicos uma vez que estes são mais visíveis. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que maior contato têm com estas mulheres, daí a importância de trabalharem de forma humanizada, abrangendo aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, tendo como base da sua prática o conhecimento científico, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida durante o tratamento (Lucri & Costa, 2021). Neste sentido, para além da vigilância hemodinâmica necessária no pós-operatório no sentido de prevenir complicações, procurei oferecer apoio emocional, encorajando a mulher a expressar sentimentos e preocupações. Estabeleci uma relação de confiança que me permitiu identificar as suas necessidades e elaborar um plano individual de cuidados, tendo em conta as suas necessidades específicas.

No momento da alta procurei incentivar a mulher para a promoção do seu autocuidado e forneci ainda informação sobre grupos de apoio de mulheres que já passaram ou estariam a passar pela mesma doença, uma vez que estes grupos podem ajudar estas mulheres a lidar de uma forma mais tranquila, com o impacto emocional que este diagnóstico traz. Para além disso, e uma vez que a cirurgia pode afetar os movimentos do braço e ombro, interferindo na realização de atividades de vida diárias,

realizei ensinamentos promotores do restabelecimento da mobilidade e a recuperação da força do braço e do ombro, prevenindo o déficit funcional e o surgimento de complicações.

Refleti com as mulheres sobre a importância de retomarem aos poucos as rotinas de vida diárias, mesmo que ainda existissem algumas limitações físicas, uma vez que isso poderia trazer uma maior sensação de normalidade. Outra das minhas intervenções passou por conscientizar a mulher acerca da importância do apoio familiar, uma vez que a família pode dar um apoio importante na aceitação da doença assim como nas diferentes fases do tratamento.

Uma vez que o meu estágio se dividiu entre o internamento e a consulta de ginecologia, tive a oportunidade de realizar consultas de enfermagem do pós-operatório da mama, a mulheres que tinha acompanhado durante o internamento, nas fases do pré-operatório e pós-operatório imediato. Duas dessas mulheres apresentavam seroma na região axilar que, segundo Silva et al. (2019), é uma das complicações da mastectomia caracterizada pela acumulação de líquido seroso entre a parede do tórax e a pele, podendo surgir cerca de duas semanas após a cirurgia. Foi necessário nestes dois casos proceder à aspiração por punção, através de técnica asséptica realizada pelo médico, realizar o penso e ensinamentos. Neste sentido tive oportunidade de implementar intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de patologia da mama, conforme preconizado para as competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019).

Segundo Lucrì & Costa (2021) os cuidados à mulher durante a sua recuperação no período pós-operatório têm como objetivo principal a prevenção de complicações resultantes da cirurgia, a reabilitação física e preocupação com o suporte emocional. Percebi que o papel do EEESMO durante a maior parte do tratamento se direciona muito ao suporte emocional e psicológico, e que é aí que ele pode fazer a diferença. Cabe ao EEESMO perceber o impacto que esta doença tem na vida da mulher, e juntamente com ela criar estratégias e alternativas que a permitam ultrapassar e vivenciar todo o tratamento, contribuindo assim para melhores resultados. Faz parte das competências dos EEESMO planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento da mama (Regulamento n.º 391/2019). No Internamento de Ginecologia onde fiz o estágio a equipa de enfermagem era constituída apenas por uma EEESMO. Sinto que seria importante o reforço das equipas com mais

EEESMO's, de modo a haver uma prestação de cuidados diferenciados e especializados a estas mulheres.

Outra patologia muito recorrente naquele serviço, existindo mesmo uma equipa especializada no seu tratamento cirúrgico, é a endometriose. Esta é uma doença crónica que afeta entre 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva e que interfere com a qualidade de vida das mesmas, causando-lhes ainda problemas como infertilidade, disfunção sexual e depressão (Simonsen et al., 2020). Muitas vezes o seu diagnóstico só é feito alguns anos após o aparecimento dos primeiros sintomas, devido à sua sintomatologia ser idêntica à de outras situações patológicas, o que conduz a um atraso no tratamento, causando angústia a muitas mulheres (Cole et al., 2021).

Tive oportunidade de assistir a uma histerectomia com salpingectomia por via vaginal, de uma senhora de 38 anos, com diagnóstico de endometriose e mioma uterino. Após a cirurgia acompanhei a senhora até ao recobro, onde lhe prestei cuidados até ao final do turno. Quando tive oportunidade de conversar um bocadinho com ela confessou-me que a sua qualidade de vida era muito afetada por aquela doença, que não conseguia fazer planos de férias ou simples convívios com amigos, devido às dores insuportáveis, às grandes perdas de sangue, e à imprevisibilidade das mesmas.

A imprevisibilidade dos sintomas associados à endometriose faz com que seja difícil para as mulheres fazerem planos com antecedência. As mulheres referem ainda que esta é uma doença ainda muito relativizada e que se sentem incompreendidas. Torna-se desta forma necessário aumentar a conscientização sobre esta doença, e reconhecer as consequências negativas que esta condição pode ter (Rush & Misajon, 2018). O EEESMO deve estar desperto e saber identificar os sinais e sintomas provocados pela endometriose, para poder fazer o encaminhamento destas mulheres para profissionais especializados nesta área, de modo a proporcionar-lhes um tratamento adequado com a maior brevidade possível.

Ainda no âmbito da consulta de ginecológica e, no sentido de planear e implementar intervenções de rastreio de modo a promover a saúde ginecológica, como preconizado pelo Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), estive presente na realização de exames de colposcopia, alguns dos quais com tratamento (conização), tendo a possibilidade de transmitir à mulher informação sobre os mesmos e realizar ensinamentos após o tratamento.

4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A maior limitação durante este percurso foi a dificuldade sentida em conseguir conciliar a vida profissional, pessoal e académica. O cansaço acumulado devido à grande sobrecarga de trabalho no meu local de trabalho, acrescentado às exigências académicas, foi sem dúvida o mais desafiante.

Outra barreira encontrada foi o número reduzido de EEESMO, quer em Cuidados de Saúde Primários, quer nos serviços de Ginecologia, considero que esta área devia ser valorizada, aproveitando as competências especializadas do EEESMO.

Em relação ao estágio em BP, tive receio de não conseguir concluir o mesmo no tempo estipulado, uma vez que cheguei a meio do estágio apenas com 17 partos. Julgo que o facto de estarmos 6 alunas da especialidade em simultâneo a fazer estágio, com o mesmo objetivo, tenha sido um obstáculo à aprendizagem. Felizmente consegui concluir o restante tempo de estágio num segundo hospital, tendo terminado o meu percurso no tempo devido, com os objetivos cumpridos.

No primeiro local de estágio percebi que havia ainda pouca abertura relativamente ao parto verticalizado. Apesar da mobilidade ser promovida durante o primeiro estágio do TP, no período expulsivo as mulheres eram incentivadas a subir para a marquesa e a adotar a posição de litotomia, para um maior controlo e segurança do profissional. A falta de empoderamento e de informação das mulheres era notória, uma vez que não solicitavam outra posição, submetendo-se aquela. No segundo local de estágio notei alguma diferença nas práticas, estando a equipa mais aberta, mais motivada e preparada para assistir as mulheres no segundo estágio do TP em diferentes posições. No entanto, apesar de algumas mulheres já terem ouvido falar, poucas se mostraram dispostas a experimentar, mantendo a preferência pela posição de litotomia ou semi-reclinada. Esta é uma prática culturalmente enraizada, tendo o EEESMO um papel fundamental no sentido de resgatar a fisiologia do parto, de forma a proporcionar experiências de parto positivas. O número de experiências foi assim reduzido, tendo em conta as minhas expectativas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório permitiu-me refletir acerca do percurso realizado para aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMO, ao longo dos vários contextos clínicos

O estágio permitiu-me prestar cuidados especializados à mulher nas diferentes fases do seu ciclo de vida, demonstrando pensamento crítico e mobilizando evidência científica nas tomadas de decisão, tendo em conta as preferências da mulher, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. Os diferentes contextos clínicos proporcionaram-me um vasto leque de experiências, que enriqueceram o meu desenvolvimento profissional e pessoal. A prática do cuidar sustentada no referencial teórico de Laurie Gottlieb, foi integrada e mobilizada durante todo o percurso de aprendizagem.

O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher, foi a temática que me propus desenvolver, sendo que a escolha da mesma se prendeu com o meu interesse pessoal, uma vez que considero que o parto em posição vertical respeita a fisiologia natural do TP para além de encorajar a mulher a envolver-se ativamente, reconhecendo a sua capacidade na tomada de decisão. Mais do que conhecer os benefícios em termos obstétricos que a adoção de posições verticais promove, aspeto este já amplamente comprovado pela evidência científica, o meu objetivo foi perceber o impacto psicológico e emocional que o parto verticalizado tem na mulher. Tendo em conta os resultados obtidos na SR e no estudo empírico, é inegável que a adoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP tem inúmeros benefícios, contribuindo para a autonomia, sensação de controlo, participação e envolvimento da mulher, e consequentemente para experiências de parto positivas.

Mesmo não conhecendo a realidade de todas as maternidades do país, dada a minha experiência enquanto aluna em duas delas e, tendo em conta as elevadas taxas de partos distócicos, cesarianas e episiotomias, concluo que o parto verticalizado ainda não é uma prática comum, embora seja uma das recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva. Considero que os profissionais de saúde ainda se mostram renitentes em assistir partos em diferentes posições pelo facto de se sentirem desconfortáveis e inseguros, motivado pela falta de treino e formação específica ou ainda

por pressões culturais e institucionais. A introdução de novas práticas pode ser desafiante e requerer uma mudança de mentalidade.

Para além de ser necessário empoderar as mulheres ainda durante a gravidez, uma vez que devidamente informadas, poderão fazer escolhas livres e esclarecidas, é fundamental empoderar os EEESMO e capacitá-los com competências técnicas e científicas de forma a serem capazes de assistir o parto em diferentes posições, tendo em conta as preferências e as necessidades das mulheres.

A divulgação do meu projeto e dos resultados obtidos na SR, durante os vários ensinamentos clínicos, permitiu-me consciencializar os EEESMO para o impacto que as posições verticais têm na experiência de parto das mulheres e nos resultados obstétricos. A produção e disseminação de conhecimento em enfermagem são fundamentais para desenvolver práticas baseadas em evidência, contribuindo para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Futuramente, com a elaboração de um artigo, pretendo dar continuidade à divulgação do meu estudo em eventos científicos e académicos. Tenciono ainda disponibilizar-me a colaborar na formação de futuros EEESMO quer na orientação de estágios, quer na apresentação do meu relatório a novos alunos do mestrado, despertando a comunidade académica para os contributos desta temática, promovendo desta forma a sua introdução na prática.

Deste modo posso concluir que os objetivos foram amplamente atingidos, adotando sempre a filosofia do cuidado centrado na mulher, tendo desenvolvido competências no cuidar à mulher inserida na família/comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, período pré-natal, TP, período pós-parto, saúde/doença ginecologia e período do climatério através da realização de intervenções autónomas nas situações de baixo risco, e intervenções interdependentes nas situações de médio e alto risco. Tive sempre como foco principal a excelência dos cuidados, com base nos enunciados descritivos dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica: satisfação da mulher, maximização do seu potencial de saúde, prevenção de potenciais complicações, promoção do autocuidado, autocontrolo e mestria e adaptação a novas circunstâncias de vida (OE, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, N. L. D. A., Vicente, C. D., Silva, A. B., Lins, B. R., & Silva, R. D. M. (2018). Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado. *Enfermagem Em Foco*, 9(3), 3-7. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n3.1114>
- Almalik, M. (2017). Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4654-4663. <https://doi.org/10.1111/jocn.13812>
- Almeida, M. do C., Dorés, J., Ruas, L., & Vicente, L. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-nº-1-Março-2017-Recomendações-págs-24-38.pdf>
- Amaral, C.F., Ferreira, N., Monteiro, M. J., & Bulcão E. (2020). Assistir parto vaginal. In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 115-122). Lidel.
- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. O., Nelas, P. A. A. B., & Coutinho, E. C. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 491-502. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- American Academy of Pediatrics & American College Of Obstetricians And Gynecologists. (2017). *Guidelines for Perinatal care*. <https://publications.aap.org/aapbooks/book/522/Guidelines-for-Perinatal-Care>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee Opinion, Number. 736: Optimizing postpartum care. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), 140-150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Committee Opinion, Number 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), 164-173. <https://www.acog.org/>

/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). ACOG Committee Opinion, Number 814: Delayed Umbilical Cord Clamping after Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 136(6), 100–106. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004167>

Andrade, S.S.A., Silva, V.G.F., Oliveira, L.P.B.A., Oliveira, L.C.A., Santos, N. P. & Souza, N.L. (2022). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido sob fototerapia: reflexão à luz do paradigma da complexidade. *Revista enfermagem actual*, 96(40). <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1376/1576>

Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A. H., & Jones, P. W. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-A prospective study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 152–156. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.06.005>

Associação Portuguesa de Fertilidade (2022). *Apoio psicológico*. https://apfertilidade.org/apoio-psicologico/?doing_wp_cron=1710599180.7051019668579101562500

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2009). *Iniciativa Parto Normal - documento de consenso*. https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf

Ayres-de-Campos, D., Spong, C., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 13-24. Doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020.

Balaskas, J. (2017). *Parto ativo: guia prática para o parto normal*. 4 Edições Editora, Lda.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Goody. S.A
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_ESM O.pdf
- Barros, T. U., Frigo, L. F., & Stoelben, K. J. V. (2022). O impacto do pré-natal na satisfação com o parto. *Research, Society and Development*, 11(5).
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28434>
- Cardoso, V., Mineiro, A.L., Carracha, S., Monteiro, M.J., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A. & Santos, M.E. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.123-130). Lidel.
- Centeno, M. (2017) Puerpério e lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp.280-287). Lidel.
- Clode, N., Afonso, M. C., Carvalho, R. M., Santo, S., & Araújo, C. (2017). Diagnóstico de anomalias fetais mais frequentes. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 137-156). Lidel.
- Cole, J. M., Grogan, S., & Turley, E. (2021). "The most lonely condition I can imagine": Psychosocial impacts of endometriosis on women's identity. *Feminism and Psychology*, 31(2), 171–191. <https://doi.org/10.1177/0959353520930602>
- Consórcio Português de Dados Obstétricos. (2023). <https://cpdo.virtualcare.pt/dados-obstetricos/>
- Couto, C. M. F. & Carneiro, M. N. F. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: Uma revisão integrativa da literatura. *Enfermeria Global*, 16(3), 552–563.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

- Crespo-Antepara D., M. (2019). Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. *Polo del conocimiento*. 4(12), 3-21. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1188/2054>
- Cunha, M., Ferreira, M., Aparício, G., Bica, I. & Estudantes 26 CLE ESSV IPV. (2016). Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. *Revista Servir*, 59(1), 55-66. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3657/4/Parto%20no%20domicílio%20em%20Portugal%20das%20vivências%20das%20décadas%20de%2040%20a%2060%20do%20século%20XX%20às%20recomendações%20atuais.pdf>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases de financiamento do ensino superior). Assembleia de república. *Diário da República*, I- A Série (N.º 60 de 24-03-2006), 2242-2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4148. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS
- Duarte, M. R., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Marchiori, G. R. S., Guerra, J. V. V., & Pimentel, M. M. (2020). Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 903-908. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7927>

- Farren, A. T., & DiBenedetto, A. (2021). One couple's experience with infertility: Nursing theory-based practice case study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(1), 49–56. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12330>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.335 – 347). Lidel
- Fenaroli, V., Molgora, S., Dodaro, S., Svelato, A., Gesi, L., Molidoro, G., Saita, E., & Ragusa, A. (2019). The childbirth experience: Obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2561-7>
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. do N. (2017). Trauma perineal prevention: An integrative literature review. *Enfermeria Global*, 16(3), 552–563. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- Francisco, M. M., Andrade, I. A. F., Scolfield Rodrigues da Silva, L., Cordeiro Ferreira, M., Figuerôa de A. Aymar, D. L., & Da Silva Simões, E. M. (2020). Humanização da assistência ao parto: opinião dos acadêmicos de enfermagem. *Nursing (São Paulo)*, 23(270), 4897–4908. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4897-4908>
- Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., Hou, R. & Lu, H. (2023). Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare*, 11(22). <https://doi.org/10.3390/healthcare11222996>
- Garbelli, L., & Lira, V. (2021). Maternal positions during labor: Midwives' knowledge and educational needs in northern Italy. *European Journal of Midwifery*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.18332/ejm/136423>
- Ghanbari-Homaie, S., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2021). Recommendations for improving

- primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01196-7>
- Godoy, C. D., Silva, M. M. A., Santos, T. C., Santana, C. J., & Miranda, L. L. (2021). Icterícia neonatal: atuação do enfermeiro frente à identificação precoce e tratamento. *Research, Society and Development*, 10(15). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22765>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidacta.
- Graça, L. M. (2017a). Hipertensão arterial na gravidez. In L.M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 424-443). Lidel.
- Graça, L. M. (2017b). Parto pré-termo. In L.M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ªed., pp. 333-348). Lidel.
- Graça, L.M., & Santo S. (2017). Monitorização fetal intraparto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 241-259). Lidel.
- Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2019). Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 119–128. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05406-3>
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Perceptions of primiparous women about the effect of childbirth preparation classes on their childbirth experience: A qualitative study. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103154>
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential competencies for midwifery practice. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2022). Harnessing the golden hour: breastfeeding recommended within first hour of life. https://www.figo.org/sites/default/files/2022-08/FIGO%20Statement_breastfeeding%20recommended%20within%20first%20hour%20of%20life_EN.pdf
- Irvin, L., De Leo, A., & Davison, C. (2022). Stand and deliver: An integrative review of the evidence around birthing upright. *British Journal of Midwifery*, 30(3), 172-177. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.3.172>
- Jyoti, R., Sharma, M., & Pareek, S. (2022). The effects and outcomes of different maternal positions on the second stage of labor. *Journal of Health Sciences*, 10(2), 21-24. Doi: 10.4103/mjhs.mjhs_49_21
- Kappaun, A., & Costa, M. M. da. (2020). A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Revista Paradigma*, 29(1), 71-86. <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>
- Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L.M. Graça. (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ªed., pp. 260-271). Lidel.
- Lei n.º 110/2019 (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei nº. 15/2014. Assembleia de República. *Diário da República*. I Série (Nº172 de 09-09-2019), 94-101. <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre>
- Lei n.º 16/2007 (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Assembleia de República. *Diário da República*. I Série (Nº 75 de 17-04-2007), 2417-2418. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>
- Lucri, R., & Costa, M. de O. (2021). A atuação do enfermeiro no tratamento de mulheres com neoplasia mamária: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(13). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21147>

- Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina materno fetal* (5ª ed., pp. 221-228). Lidel.
- Marques, J., M. & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 613–620. <https://doi.org/10.20344/amp.480>
- Martins, M. F. S. V. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67(6), 1008–1012. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>
- Mazzetto, F. M. C., Mattos, T. B. de, Siqueira, F. P. C., & Ferreira, M. de L. D. S. M. (2022). Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o parto. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 16(1). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252582>
- Mcneill, J., Lynn, F., & Alderdice, F. (2012). Public health interventions in midwifery: A systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-955>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., Sousa, C. (2016). A Posição Da Mulher No Trabalho De Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lidel.
- 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-171>
- Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3). doi:10.12707/RV20037
- Monteiro, F. & Leite, C.F. (2016). Estados Hipertensivos da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-199). Lidel.

- Mselle, L. T., & Eustace, L. (2020). Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McLnerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*. 20(4), 950–952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Postnatal care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fetal monitoring in labour*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229/resources/fetal-monitoring-in-labour-pdf-6614384406522>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum guideline*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
- Nieuwenhuijze, M. J., Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P.J., Murphy, M., Jonsdottir, S.S., Downe, S., Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological

childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Recomendação N.º 12/2012: Recomendações para a preparação para o nascimento*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto da MCEESMO-OE maternidade com qualidade: influência na posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Parecer N.º 04/2016: Sessão e Tempos de Duração dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Curso de Recuperação Pós-parto*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020a). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º 09/2020: Direitos da grávida/parturiente/puérpera*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20109/pronuncia-mceesmo_09-2020_direitos-da-grávida-parturiente-e-puérpera.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020b). *Regulamento da Estrutura para a Qualidade, Inovação e Promoção da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17450/regulamento-da-estrutura-para-a-qualidade-inovacao-e-promocao-da-saude_assinado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padroes-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º 22/2022: Ambientes facilitadores do trabalho de parto*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25862/pronuncia-mceesmo_22-2022_ambientes-facilitadores-do-trabalho-de-parto.pdf

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras. (2012). *Documento de Consenso “Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada”*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia*. Organização Mundial de Saúde.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5685494/mod_resource/content/1/Recomendações%20OMS%20para%20prevenção%20e%20tratamento%20da%20eclâmpsia.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Organização Mundial de Saúde.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services*. Organização Mundial de Saúde. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Infertility*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Organização Mundial de Saúde. (2022a). *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2022b). *WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363131/9789240057296-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2022c). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>

Pacheco, A., Costa, A. R., Lanhoso, A., Santos, A. T. A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldês, F., Solheiro, H., Martins, I., Silva, I. S., Neves, J., Marques, J. P., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G. Almeida, M.C., Carvalho, M. J., ... Ferraz, T. (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. Sociedade Portuguesa da Contraceção.

https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf

Pacheco, H., & Néné, M. (2020). Esforços expulsivos. In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 131- 136). Lidel.

Pan, L. M., Garate, M.O., Largo, A. M. L., & Bouza, E. T. (2015). La silla de partos: un recurso acompañante de la verticalidade em el parto. *Revista de Enfermeria*. 38(6), 26–32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26591938>

Pedro, L., & Oliveira, S.C. (2016). A dor no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.

Peters, M., Godfrey C., McInerney P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: *Scoping reviews*. In: Aromataris E., Munn Z. (Eds.), *JBIManual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institue. <https://synthesismanual.jbi.global>

Pinheiro, A., A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 324- 334). Lidel.

PORDATA. (2023). Cesariana nos hospitais (%). [https://www.pordata.pt/portugal/cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/portugal/cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985).

Ramiro, N. C. M. P., Pereira, M. de S., Souza, R. S., Chaparin, B. R. M., Navarro, B. V. A., & Aver, L. A. (2021). Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida. *Global Clinical Research Journal*, 1(1). <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210007>

Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, II Série (N.º 85 de 03-05-2019), 13560-13565. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Rocha, L.C. & Cecchetto, F. H. (2021). Percepções, vivências e sentimentos de famílias com recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista cuidado em enfermagem – Cesuca*, 7(8), 52-63. <https://doi.org/10.26843/rcec.v7i8.1930>
- Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M., Paiva, A., Fialho, A., & Queiroz, A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>
- Rush, G., & Misajon, R. A. (2018). Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health Care for Women International*, 39(3), 303–321. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1397671>
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Manutenção do bem-estar materno fetal intraparto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 388-391). Lidel.
- Santis, M., Hervas, M., Weinman, A., & Bottarelli, V. (2018). *Patient empowerment: Policy brief*. <http://www.rd-action.eu/wp-content/uploads/2018/09/PATIENT-EMPOWERMENT.pdf>
- Santo, S., Reis-de-Carvalho, C., & Ayres-de-Campos, D. (2021). Antepartum Cardiotocography. In D. Ayres-de-Campos (Ed.), *The Continuous Textbook of Women's Medicine – Obstetrics Module Volume 5: Surveillance of fetal well-being*. FIGO. <https://www.glowm.com/article/heading/vol-5--surveillance-of-fetal-wellbeing--antepartum-cardiotocography/id/412143>

- Santos, M. J. F. & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem na puérpera e recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.
- Santos, J. S., Reis, A. J. A., Franco, E. P. S., Mendes, J. L., Oliveira, L. M. R., Santos, M.C. S.P., Silva, M.G.V., Morais, M.J.A., Siva, N.K.B., Santos, R.F., & Barbosa, R. A. (2018). O Cuidar de Enfermagem No Incentivo E Apoio Ao Aleitamento Materno: Uma Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23(2), 146–152. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=130633135&lang=es &site=ehost-live>
- Santos, M. J., Sequeira, A., Freitas, A., Prata, A. P. & Lopes, S. (2020). Vigilância do Puerpério de Baixo Risco. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde maternal e obstétrica* (pp. 187-207). Lidel.
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162-169). Lidel.
- Silva, R., Ferreira, L., & Pereira, F. (2018). Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher ao Cancro da Mama. *Onco.News*, 11(36), 26-35. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36380/1/F.Pereira-03.pdf>
- Silva, W. C., Sousa, C. K. L., Franco, E. P. S., Viveiros, F. M. R., Silva, F. E. C., Silva, I. K. M., Sousa, J. R. M., Mendes, J. L., Santos, L. M., Mata, N. C. P., Oliveira, P. P. P., Gomes, R. C., Lima, S. C., Nascimento, W. O., & Oliveira, W. L. S. (2019). As repercussões da mastectomia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: o papel do enfermeiro. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27 (1), 88-92. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200935.pdf
- Silva, O., Bernardino & E., Encarnação, P. (2022) Strengths-based Nursing and Healthcare in maternities: rethinking practices and continuity of care. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0597>

- Simonsen, S. M., Strømberg, C., Zoffmann, V., Hartwell, D., & Olesen, M. L. (2020). About me as a person not only the disease – piloting Guided Self-Determination in an outpatient endometriosis setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1017–1027. <https://doi.org/10.1111/scs.12810>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2020). *Consenso Clínico “Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos”*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2021/03/ConsensoColapso-2020.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Icterícia Neonatal – avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Sousa, J. L., Silva, I. P., Gonçalves, L. R. R., Nery, I. S., Gomes, I. S., & Sousa, L. F. C. (2018). Perceção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>
- Stark, M., Mynbaev, O., Malvasi, A., & Tinelli, A. (2023). Inviting Newton to Visit the Delivery Room. The Role of Gravity During Childbirth. *International Journal of Women's Health*, 15, 1059-1061. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S405077>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tabaghdehi, M. H., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>

- Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*, 26(4), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.00>
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *British Journal of Radiology*, 95 (1130). <https://doi.org/10.1259/BJR.20211033>
- Wolff, L. R., & Moura, M. A. V. (2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(2), 279–285. <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v8n2a16.pdf>
- Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., & Theron, G. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 152(2), 172–181. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13552>
- Xiao, X., Loke, A. Y., Zhu, S., Gong, L., Shi, H. & Ngai, F. (2020). “The sweet and the bitter”: Mothers’ experiences of breastfeeding in the early postpartum period: A qualitative exploratory study in China. *International Breastfeeding Journal*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00256-1>
- Zagami, S. E., Roudsari, R.L., Janghorban, R., Bazaz, S. M. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2019). Infertile Couples’ Needs after Unsuccessful Fertility Treatment: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 8(2), 95–104. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.014>
- Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293-3306. <https://doi.org/10.1111/jan.14587>
- Zang, Y., Huang, J., Zhang, H., Sun, K., Li, X., Wang, D., Wei, T., Xing, L., Fu, L., Hou, R., & Lu, H. (2023). Implementation of the Practice Programme for Upright Positions in the

Second Stage of Labour and the birth experience of Chinese women: A qualitative study. *Midwifery*, 125. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103801>

ANEXOS

**ANEXO I- Parecer do Conselho de Ética da Escola
Superior de Enfermagem de Lisboa**

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

Processo N.º: 7317/2022

Da apresentação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL recebeu, com data de 01 de março de 2023, resposta ao parecer enviado por este CE, da Mestranda Ana Filipa dos Santos Duarte, 13.º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para apreciação do projeto “O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher”, orientado pela Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos.

O processo contém os seguintes documentos, por ordem cronológica:

08.11.2022	1) Carta dirigida ao Presidente da ESEL; 2) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL; 3) Carta informativa e consentimento informado. 4) Questionário.
14.11.2022	Pedido de nota biográfica.
14.11.2022	5) Nota biográfica;
27.01.2023	Enviado parecer condicionado
01.03.2023	6) Carta informativa e consentimento informado; 7) Formulário alterado para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL; 8) Guião da Entrevista 9) Questionário alterado

Da apreciação dos factos:

Foram analisados os documentos enviados de resposta às solicitações do parecer anterior, a saber:

1. Fundamentação melhorada.

1.1 *Do ponto de vista metodológico o recrutamento das participantes está claro. Contudo, tendo em conta que utilizará dois grupos com objetivos diferentes, poderá tornar mais clara a apresentação dos objetivos e material e métodos a utilizar para cada grupo, pois a informação fornecida está desorganizada e obriga a inferências.*

Alterado com sucesso.

1.2 Instrumentos de recolha de dados: apresenta o questionário para as grávidas. De acordo com o princípio da minimização de dados obtidos para o restrito objetivo que se pretende, questiona-se a necessidade de saber o estado civil. Se for um dado imprescindível, sugere-se acrescentar a opção União de Facto. Na introdução do questionário, não faz menção à utilização das respostas para divulgação em eventos científicos e/ou publicações científicas.

Alterado com sucesso.

3.1 Explicitar o processo de armazenamento dos dados e sua segurança, bem como o tempo que os dados serão guardados.

3.2 Explicitar o processo de anonimização - quais as técnicas de anonimização de dados a utilizar.

Alterado com sucesso.

Decisão do CE:

As alterações introduzidas respondem às solicitações, pelo que o **parecer é favorável**.

No dia 29 de março de 2023, este parecer foi aprovado, por unanimidade, pelos membros presentes: Prof.^a Doutora Alexandra Manuela Garcês Caramelo Tereso, Prof.^a Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Prof.^a Doutora Maria Leonor Lamas de Oliveira Xavier e Prof.^a Doutora Patrícia Carla da Silva Pereira.

Pelo Conselho de Ética

[Assinatura
Qualificada]

Patrícia Carla da
Silva Pereira

Assinado de forma digital por
[Assinatura Qualificada]
Patrícia Carla da Silva Pereira
Dados: 2023.03.30 14:23:47
+01'00'

A Presidente

Patrícia Silva Pereira

**ANEXO II - Folha síntese do registo de atividades
práticas**

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion 45
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman 115
 - Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. 41
 - Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) 0
 - Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries 1
 - Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births 17
 - Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births 5
 - Episiotomia/Episiotomy 31
 - Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk 50
 - Gravidez/Pregnancy (40) 0
 - Trabalho de parto/Labor 4
 - Puerpério/Puerperium
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) 118
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) 123
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care 11
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology 33

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

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 0
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 0
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 0

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 3
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 0
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 14 / 07 / 2023

Estudante/*Student*

Aro Duarte

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Assinado por: **Maria Anabela Ferreira dos Santos**

Num. de Identificação: 05069744

Data: 2024.03.08 15:37:14+00'00'

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termos de pesquisa nas bases de dados:
CINAHL complete, MEDLINE complete e SCOPUS

Termos naturais e indexados CINHAI complete

População	Conceito		Contexto
women	Uprigth positions	Childbirth experience	labor
MH "women"	Sitting position	Birth experience	Childbirth
female	Standing position	Perception	Delivery
MH "female"	Squatting position	MH " Perception"	Parturition
Obstetric patients	Birthing positions		Labor second stage
MH Obstetric patients	MH "Birthing Positions"		MH "Delivery, Obstetric"
			MH "labor"
			MH "labor stage, second"

Termos naturais e indexados MEDLINE complete

População	Conceito		Contexto
women	Uprigth positions	Childbirth experience	labor
MH "women"	Sitting position	Birth experience	childbirth
female	Standing position	Perception	delivery
MH "female"	Squatting position	MH " Perception"	parturition
Obstetric patients	Birthing positions		Labor stage second
	(MH "Sitting Position")		MH "Labor, Obstetric"
	MH "Standing Position"		MH "labor stage, second"
			MH "Delivery, Obstetric"
			MH "Parturition"

Termos naturais SCOPUS

População	Conceito		Contexto
women	Uprigth positions	Childbirth experience	labor
female	Sitting position	Birth experience	childbirth
Obstetric patients	Standing position	Perception	delivery
	Squatting position		parturition
	Birthing positions		Labor stage second

**APÊNDICE II – Pesquisa na base de dados *CINAHL*
*complete***

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S30	S25 AND S26 AND S27 AND S28	Limitadores - Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33
S29	S25 AND S26 AND S27 AND S28	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	43
S28	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	331,317
S27	S13 OR S14 OR S15 OR S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	198,115
S26	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,640
S25	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,437,816
S24	(MH "Labor Stage, Second")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,053
S23	(MH "Labor")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,181
S22	(MH "Delivery, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,896
S21	labor stage second	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,062
S20	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,862
S19	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	41,987
S18	delivery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	235,094
S17	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	95,001
S16	(MH "Perception")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	31,573
S15	perception	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	196,107
S14	birth experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,722
S13	childbirth experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	917
S12	(MH "Birthing Positions")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	527
S11	birthing positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	573
S10	squatting position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	745
S9	sitting position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,370
S8	standing position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,832
S7	upright positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,056
S6	(MH "Obstetric Patients")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	608
S5	obstetric patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,971
S4	(MH "Female")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,264,710
S3	female	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,325,667
S2	(MH "Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	26,427
S1	women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	535,948

**APÊNDICE III – Pesquisa na base de dados *MEDLINE*
*complete***

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S31	S26 AND S27 AND S28 AND S29	Limitadores - Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	35
S30	S26 AND S27 AND S28 AND S29	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	41
S29	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	941,469
S28	S13 OR S14 OR S15 OR S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	552,892
S27	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	17,601
S26	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	10,257,008
S25	(MH "Parturition")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	14,664
S24	(MH "Delivery, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	33,452
S23	(MH "Labor Stage, Second")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,615
S22	(MH "Labor, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	31,130
S21	labor stage second	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,621
S20	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	49,656
S19	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	40,472
S18	delivery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	796,207
S17	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	152,333
S16	(MH "Perception")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	44,165
S15	perception	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	550,594
S14	birth experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,968
S13	childbirth experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,043
S12	(MH "Sitting Position")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,566
S11	(MH "Standing Position")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,413
S10	birthing positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	92
S9	squatting position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	254
S8	sitting position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	7,848
S7	standing position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	6,794
S6	upright positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	4,629
S5	obstetric patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,812
S4	(MH "Female")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã
S3	female	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã
S2	(MH "Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã
S1	women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã

APÊNDICE IV – Pesquisa na base de dados *SCOPUS*



((TITLE-ABS-KEY (women)) OR (TITLE-ABS-KEY (female)) OR (TITLE-ABS-KEY (obstetric AND patients)) AND ((TITLE-ABS-KEY (upright AND positions)) OR (TITLE-ABS-KEY (standing AND position)) OR (TITLE-ABS-KEY (sitting AND position)) OR (TITLE-ABS-KEY (squatting AND position)) OR (TITLE-ABS-KEY (birthing AND positions))) AND ((TITLE-ABS-KEY (childbirth AND experience)) OR (TITLE-ABS-KEY (birth AND experience)) OR (TITLE-ABS-KEY (perception))) AND ((TITLE-ABS-KEY (labor)) OR (TITLE-ABS-KEY (delivery)) OR (TITLE-ABS-KEY (childbird)) OR (TITLE-ABS-KEY (parturition)) OR (TITLE-ABS-KEY (labor AND stage AND second))) AND PUBYEAR > 2012 AND PUBYEAR < 2024 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "english") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "spanish")))

Show less ^

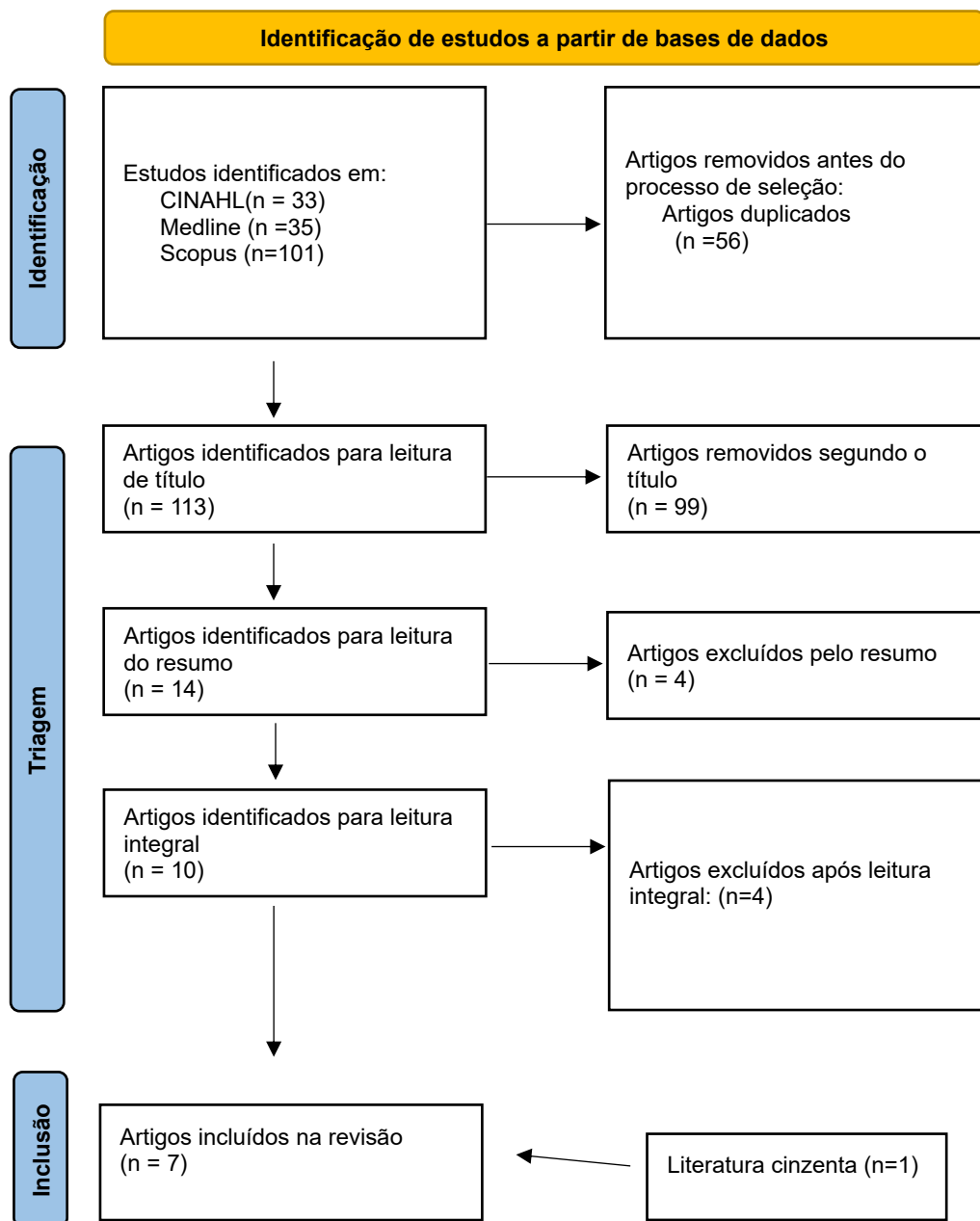
101 results

 Set Alert

 More

 ((TITLE-ABS-KEY (women)) OR (TITLE-ABS-KEY (female)) OR (TITLE-ABS-KEY (obstetric AND patient... Show more v	101 results	 Set Alert	 More
 ((TITLE-ABS-KEY (women)) OR (TITLE-ABS-KEY (female)) OR (TITLE-ABS-KEY (obstetric AND patient... Show more v	106 results	 Set Alert	 More
 ((TITLE-ABS-KEY (women)) OR (TITLE-ABS-KEY (female)) OR (TITLE-ABS-KEY (obstetric AND patient... Show more v	150 results	 Set Alert	 More
 (TITLE-ABS-KEY (labor)) OR (TITLE-ABS-KEY (delivery)) OR (TITLE-ABS-KEY (childbird)) OR (... Show more v	1,923,427 results	 Set Alert	 More
 (TITLE-ABS-KEY (childbirth AND experience)) OR (TITLE-ABS-KEY (birth AND experience)) OR ... Show more v	1,228,207 results	 Set Alert	 More
 (TITLE-ABS-KEY (upright AND positions)) OR (TITLE-ABS-KEY (standing AND position)) OR (TITL... Show more v	51,360 results	 Set Alert	 More
 (TITLE-ABS-KEY (women)) OR (TITLE-ABS-KEY (female)) OR (TITLE-ABS-KEY (obstetric ANC... Show more v	12,589,052 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (labor AND stage AND second)	7,444 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (parturition)	35,730 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (childbird)	3 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (delivery)	1,411,075 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (labor)	569,271 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (perception)	1,191,246 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (birth AND experience)	36,719 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (childbirth AND experience)	8,274 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (birthing AND positions)	466 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (squatting AND position)	1,230 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (sitting AND position)	17,737 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (standing AND position)	30,406 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (upright AND positions)	11,329 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (obstetric AND patients)	55,858 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (female)	12,022,914 results	 Set Alert	 More
 TITLE-ABS-KEY (women)	2,072,759 results	 Set Alert	 More

**APÊNDICE V - Fluxograma Prisma para apresentação
do processo de seleção dos estudos**



APÊNDICE VI - Tabelas de extração de dados

Título	Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial
Autores	Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J.
Ano de Publicação	2013
País de origem do estudo	Suécia
Objetivo do estudo	Explorar as experiências das mulheres alocadas a uma posição (sentada) durante o parto e investigar os fatores associados à tomada de decisão para em relação à posição de nascimento.
Tipo de estudo	Estudo Clínico Randomizado Controlado
Amostra	289 mulheres que foram alocadas num grupo experimental (177 mulheres que deram à luz na cadeira de parto (grupo de adesão) e 112 mulheres que não deram à luz na cadeira de parto
Resultados	- Mulheres que adotaram uma postura vertical (banco de parto) durante o trabalho de parto relataram uma experiência mais positiva do que as utilizaram posições de litotomia, semi-reclinada e lateral. - As mulheres que deram à luz no banco de parto expressaram sentir-se poderosas, fortes, confortáveis, protegidas e autoconfiantes - As mulheres que pariram na posição sentada tiveram uma duração mais curta do segundo estágio do trabalho. - As mulheres que foram selecionadas aleatoriamente para dar à luz no banco de parto, não se sentiram restritas, mas sim empoderadas em relação à sua posição de parir - A posição vertical conferiu à mulher uma sensação de empoderamento e uma maior satisfação durante o parto

Título	La silla de partos: un recurso acompañante de la verticalidade em el parto
Autores	Pan, L. M., Garate, M.O., Largo, A. M. L., & Bouza, E. T. (2015).
Ano de Publicação	2015
País de origem do estudo	Espanha
Objetivo do estudo	Dar a conhecer a utilidade do banco de parto, as vantagens e desvantagens associadas ao seu uso, para poder fazer dela um recurso facilitador do parto em posição vertical
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Amostra	NA
Resultados	- O banco de parto é um instrumento facilitador da verticalidade do parto - Efeitos psicoemocionais associadas à verticalidade do parto – maior sensação de liberdade, controlo, participação e maior protagonismo em todo este processo, o que lhe proporciona maior satisfação durante e depois do parto - O parto na posição sentada facilita a visualização da expulsão do bebé - A posição sentada promove a diminuição da sensação dolorosa - Não foram encontradas contraindicações para a mãe nem para o feto relacionadas com o uso do banco de parto. As indicações para o parto em posição vertical são similares a qualquer parto natural: sem complicações obstétricas e feto em apresentação cefálica - A desmotivação e o desconhecimento por parte das mulheres e dos profissionais em relação à importância do movimento e da possibilidade de experimentar diferentes posições durante o trabalho de parto, vai diminuir a eleição de posições verticais - Parir utilizando o banco de parto promoveu um maior conforto e sensação de empoderamento.

Título	Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto
Autores	Sousa, J. L., Silva, I. P., Gonçalves, L. R. R., Nery, I. S., Gomes, I. S., & Sousa, L. F. C.
Ano de Publicação	2018
País de origem do estudo	Brasil
Objetivo do estudo	Descrever a percepção de puérperas acerca da posição vertical adotada no trabalho de parto e parto.
Tipo de estudo	Estudo descritivo de abordagem qualitativa
Amostra	Oito puérperas que tiveram a experiência de um parto em posição vertical e que já tinham tido uma experiência anterior de parto na posição horizontal
Resultados	- As mulheres não tinham conhecimento sobre diferentes posições de parto, o que evidencia a existência de uma lacuna no processo de educação em saúde sobre parto e nascimento. - Foi respeitado, pelas enfermeiras, o direito de escolha das mulheres em relação à posição que pretendiam adotar - As mulheres referem que receberam uma assistência diferenciada por parte das parteiras, sentindo-se amparadas e ao mesmo tempo com liberdade para tomar decisões - Ao comparar esta experiência de parto com partos anteriores (em posições não verticais) algumas mulheres relataram práticas caracterizadas como violência obstétrica no parto na posição horizontal, destacando-se, dentre elas, os seguintes procedimentos: manobra de Kristeller, episiotomia de rotina no período expulsivo e demasiados toques no períneo durante o trabalho de parto - Nas percepções das mulheres, as posições verticais foram confortáveis e proporcionaram partos mais rápidos, menos dolorosos com maior autonomia da mulher e menos intervenções profissionais. - Quando as mulheres ficavam em pé ou sentadas, as dores eram menos intensas. - As mulheres considerem que tiveram uma experiência de parto positiva

Título	Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado
Autores	Albuquerque, N. L. D. A., Vicente, C. D. Silva, A. B., Lins, B. R., & Silva, R. D. M.
Ano de Publicação	2018
País de origem do estudo	Brasil
Objetivo do estudo	Identificar a percepção das mulheres acerca do parto verticalizado
Tipo de estudo	Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa
Amostra	14 puérperas que tiveram um parto verticalizado
Resultados	- Oito mulheres não participaram no curso de preparação para o parto e seis participaram. Dessas seis, apenas três referem que o parto verticalizado foi um dos temas abordados. - Treze mulheres foram assistidas por enfermeiras obstetras e uma mulher foi assistida por médica obstetra - Tornou-se evidente a falta de conhecimento das mulheres sobre as várias posições que podem adotar - O parto em posições verticais favorece o protagonismo da mulher - As mulheres descrevem as posições verticais como facilitadoras, naturais e confortáveis

Título	Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018
Autores	Crespo-Antepara, D.N.
Ano de Publicação	2019
País de origem do estudo	Equador
Objetivo do estudo	Determinar a percepção das mulheres em relação ao parto vertical e ao parto horizontal
Tipo de estudo	Estudo observacional, comparativo, transversal
Amostra	160 mulheres. Oitenta mulheres tiveram parto vertical (posição sentada) e 80 mulheres tiveram parto horizontal.
Resultados	- A grande maioria das mulheres (75%) desconhecia a prática do parto vertical - Das mulheres que já tinham tido algum parto prévio, apenas 1,25% tinham parido em posição vertical - O parto vertical foi associado a um período expulsivo mais rápido - Em relação à percepção de conforto foi referido maior conforto entre aquelas que tiveram parto vertical - As mulheres que tiveram um parto vertical consideram-no como mais fisiológico - Dor menos intensa no parto vertical do que no parto em posição horizontal - A posição vertical permitiu que as mulheres se sentissem mais confortáveis e relaxadas. - As mulheres com parto vertical referem sentir satisfação nesta posição, uma vez que lhes permitiu verem a saída do seu bebé

Título	Implementation of the Practice Programme for Upright Positions in the Second Stage of Labour and the birth experience of Chinese women: A qualitative study
Autores	Zang, Y., Huang, J., Zhang, H., Sun, K., Li, X., Wang, D., Wei, T., Xing, L., Fu, L., Hou, R. & Lu, H.
Ano de Publicação	2023
País de origem do estudo	China
Objetivo do estudo	Explorar a experiência de nascimento de mulheres chinesas que adotaram posições verticais na segunda fase do trabalho de parto
Tipo de Estudo	Estudo descritivo de abordagem qualitativa
Amostra	Doze mulheres que adotaram posições eretas na segunda fase do trabalho de parto
Resultados	- Mulheres que adotam qualquer posição vertical durante o parto sentem-se mais envolvidas em todo o processo. - A tomada de decisão sobre a adoção de uma posição de parto apropriada foi partilhada com os profissionais de saúde. - A posição vertical deu a possibilidade às mulheres de observarem de forma clara todo o processo de nascimento, incluindo a expulsão do seu filho. - As mulheres referiram maior capacidade física e mental para lidar com o parto - A adoção de posições verticais permitiu que as mulheres tivessem mais facilidade em realizar esforços expulsivos. Estas posições permitiram-lhes perceber a forma correta de fazer força - Estas posições conferiram-lhes liberdade de movimentos - Maior sensação de conforto e menos dor com a adoção de posições verticais - Níveis reduzidos de ansiedade e níveis elevados de confiança no parto - Muitas mulheres relataram que as informações fornecidas pelas parteiras sobre a progressão do trabalho de parto as fizeram sentir-se confiantes para dar à luz. - O uso de posições verticais durante o parto promover uma experiência de parto globalmente positiva

Título	Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study
Autores	Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., Hou, R.& Lu, H.
Ano de Publicação	2023
País de origem do estudo	China
Objetivo do estudo	Explorar os efeitos do uso da posição sentada versus posição de litotomia durante a segunda fase do trabalho de parto
Tipo de Estudo	Estudo de coorte prospectivo
Amostra	222 mulheres (incluindo primíparas e multíparas) divididas na coorte da posição sentada (n = 106) ou na coorte da posição de litotomia (n = 116).
Resultados	- A duração do segundo estágio do trabalho de parto na posição sentada foi significativamente menor do que na posição de litotomia - Relativamente à realização de episiotomia, foi encontrada uma taxa significativamente menor nas mulheres que pariram na posição sentada em comparação com as que pariam na posição de litotomia - As mulheres que pariram na posição sentada tiveram pontuações significativamente mais altas, comparas com as mulheres que pariram na posição de litotomia, no Questionário de Experiência de Parto em todas as quatro dimensões, incluindo: apoio profissional, autoconfiança e autopercepção e sentimento de participação. - Lesões perineais e hemorragia pós-parto não foram significativamente diferentes nas duas coortes. - A posição sentada melhora a progressão natural do trabalho de parto e minimiza intervenções desnecessárias - As mulheres que pariram na posição sentada referiram uma experiência de parto mais positiva

APÊNDICE VII- Instrumento de colheita de dados-
Questionário

O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher

O meu nome é Ana Duarte e sou aluna do 13º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Venho por este meio convidá-la a participar no estudo de investigação, intitulado, " O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher", sob a orientação da Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos.

Este estudo encontra-se inserido na unidade curricular "Estágio com Relatório" e tem como objetivo principal incentivar e promover o parto normal e fisiológico, devolvendo a autonomia e protagonismo da mulher, com foco nas posições verticais. Para isso torna-se necessário identificar o conhecimento das grávidas em relação à adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e parto.

O presente questionário destina-se a mulheres no 3o trimestre de gravidez. O seu preenchimento é facultativo e demorará cerca de 5 minutos a responder. O anonimato e a confidencialidade serão garantidos, no entanto poderá decidir não participar se assim o entender.

De salientar que os dados recolhidos se destinam a serem tratados apenas para o objetivo anteriormente descrito. Pede-se ainda autorização para a divulgação dos mesmos em eventos científicos e/ou publicações científicas, com vista a promover uma melhoria das práticas.

Em caso de dúvida ou necessidade de qualquer esclarecimento, poderá contactar a investigadora através do endereço de email ad@campus.esel.pt ou através do contacto telefónico 917988524

Obrigada pela sua colaboração!

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que fui informada dos objetivos do presente estudo para o qual é solicitada a minha participação. Foi-me assegurado o direito de, em qualquer altura, abandonar o estudo, sem qualquer tipo de consequências. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos em eventos e/ou publicações científicas e académicas, perante a salvaguarda de confidencialidade e anonimato. *

Compreendi a informação que me foi disponibilizada e aceito participar de livre vontade.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim *Avançar para a pergunta 2*
- ☐ Não

Caracterização sociodemográfica

2. Idade *

3. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino básico 1º Ciclo (atual 4º ano)
- ☐ Ensino básico 2º Ciclo (atual 6º ano)
- ☐ Ensino secundário (atual 12º ano)
- ☐ Ensino pós-secundário (cursos de especialização tecnológica não superior)
- ☐ Curso técnico superior profissional
- ☐ Bacharelato (inclui antigos cursos medios)
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outra: _____

4. Nacionalidade *

Caracterização obstétrica

5. Semanas de gravidez *

6. Esteve grávida anteriormente *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não *Avançar para a pergunta 10*

7. Se sim, qual o número de gravidezes anteriores?

8. Quantos filhos tem?

9. Tipo de parto(s)

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Normal

☐ Ventosa

☐ Forceps

☐ Cesariana

Posições de parto

10. Sabe que pode adotar posições verticais durante o trabalho de parto e parto? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

11. Se sim,
que posições conhece?

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ De pé

☐ De cócoras

☐ Sentada

☐ De gatas

12. Se sim, como teve conhecimento acerca destas posições?

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Curso de preparação para o parto

☐ Internet

☐ Família/Amigos

☐ Consulta de seguimento da gravidez

☐ Outra: _____

13. Conhece os benefícios destas posições? Se sim, quais?

14. Tenciona adotar alguma das posições verticalizadas?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

15. Sem sim, qual e porquê?

Muito obrigada pela sua participação!!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE VIII – Instrumento de colheita de dados-
Entrevista semiestruturada

Caracterização das participantes

Caracterização sociodemográfica:

Idade: _____

Estado civil: _____

Habilitações literárias: _____

Caracterização obstétrica:

Esteve grávida anteriormente? _____

Se sim:

Qual o número de gravidezes anteriores? _____

Qual o número de filhos? _____

Tipo de partos anteriores? _____

Posições que adotou nos partos anteriores: _____

Local de vigilância da gravidez: _____

Idade gestacional no dia do parto: _____

Posição de parto adotada: _____

Dados da entrevista

Data:

Hora de início:

Hora de fim:

Guião da entrevista

Objetivo	Questão a investigar	Questões de aprofundamento
Obter informação sobre as experiências da mulher relativamente à utilização de posições verticais durante o trabalho de parto	Como caracteriza a experiência de ter tido a possibilidade de adotar posições verticais durante o trabalho de parto?	Quais as razões que a levaram a optar por posições verticais? Considera que as posições verticalizadas têm um aumento dos riscos, para si e para o bebé? Considera que o conhecimento que tinha antes do parto, sobre este tema, determinou a sua tomada de decisão? Como se sentiu com a possibilidade de poder escolher a posição durante o trabalho de parto? Esta experiência foi de encontro às suas expectativas? Que benefícios considera que as posições verticalizadas lhe trouxeram? Que dificuldades sentiu? (da própria, do contexto, do serviço, condições físicas, pessoas que acompanharam o parto, companheiro)
Identificar as intervenções do EEESMO no apoio à mulher, na adoção de diferentes posições, durante o trabalho de parto.	Que tipo de apoio teve por parte dos EEESMO, na adoção de posições verticais durante o trabalho de parto?	Considera que o EEESMO teve uma atitude de apoio na sua escolha por posições verticais? Se não tinha conhecimento prévio sobre a utilização de posições verticais, estas foram-lhe sugeridas pelo EEESMO? Os benefícios e os riscos em relação ao uso destas posições, foram analisados e explicados pelo EEESMO? A atitude do EEESMO ajudou-a na sua tomada de decisão? Foi uma tomada de decisão partilhada?

APÊNDICE IX – Formulário Entrevista

O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher

O meu nome é Ana Duarte e sou aluna do 13º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Venho por este meio convidá-la a participar no estudo de investigação, intitulado, " O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher", sob a orientação da Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos.

Este estudo encontra-se inserido na unidade curricular "Estágio com Relatório" e tem como objetivo principal incentivar e promover o parto normal e fisiológico, devolvendo a autonomia e protagonismo da mulher, com foco nas posições verticais. Para isso torna-se necessário conhecer a experiência de mulheres que utilizaram posições verticais durante o 2º estágio do trabalho de parto (período expulsivo). Agradece-se assim a sua participação neste estudo para que, posteriormente, com os resultados obtidos, se possam propor estratégias que promovam a utilização de posições verticais durante o trabalho de parto e parto.

A sua participação consiste em responder a algumas questões no decorrer de uma entrevista, que durará cerca de 20 minutos. Esta entrevista será gravada em áudio e posteriormente será transcrita. Assegura-se que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados. Salienta-se que os dados obtidos através da entrevista serão utilizados apenas para o fim anteriormente descrito. Pede-se ainda autorização para a divulgação dos resultados obtidos em eventos científicos e/ou publicações científicas, com vista a promover uma melhoria das práticas. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo a possibilidade de desistir em qualquer altura.

Em caso de dúvida ou necessidade de qualquer esclarecimento, poderá contactar a investigadora através do endereço de email ad@campus.esel.pt ou através do contacto telefónico 917988524

Obrigada pela sua colaboração!

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que fui informada dos objetivos do presente estudo para o qual é solicitada a minha participação. Foi-me assegurado o direito de, em qualquer altura, abandonar o estudo, sem qualquer tipo de consequências. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos em eventos e/ou publicações científicas e académicas, perante a salvaguarda de confidencialidade e anonimato. *

Compreendi a informação que me foi disponibilizada e aceito participar de livre vontade.

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Mulheres até 6 semanas pós-parto

Após o preenchimento dos seguintes dados, entrarei em contacto consigo para pudermos agendar uma entrevista.

2. Nome *

3. Idade *

4. Email e/ou contacto telefónico *

5. Semanas pós-parto *

Muito obrigada pela sua participação!

**APÊNDICE X - Poster “Experiência vivida pelas
mulheres que adotam posições verticais no segundo
estádio do TP – uma *scoping review*”**

Experiência vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no 2º estágio do trabalho de parto- uma scoping review

Autores:

Duarte, Ana, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ad@campus.esel.pt
Ferreiros dos Santos, Maria Anabela, PhD, Professora Coordenadora, Departamento de Enfermagem de Saúde Materna; afsantos@esel.pt

Introdução

Durante vários séculos, a liberdade de movimento durante o trabalho de parto era uma prática comum, utilizada durante todos os estádios do trabalho de parto, que permitia à parturiente escolher a posição que mais lhe fosse confortável. ⁽¹⁾ Com a institucionalização do parto, são os profissionais de saúde que passam a assumir o controle da maioria das ações, pondo de lado o protagonismo e a autonomia da mulher. ^(2,3) Contudo, tem sido comprovado que a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto, traz inúmeros benefícios, comparada à posição de litotomia. ^(2,4,5) É recomendado pela OMS e pelo ACOG incentivar as mulheres com gravidez de baixo risco a adotarem uma postura vertical durante o trabalho de parto. ^(6,7)

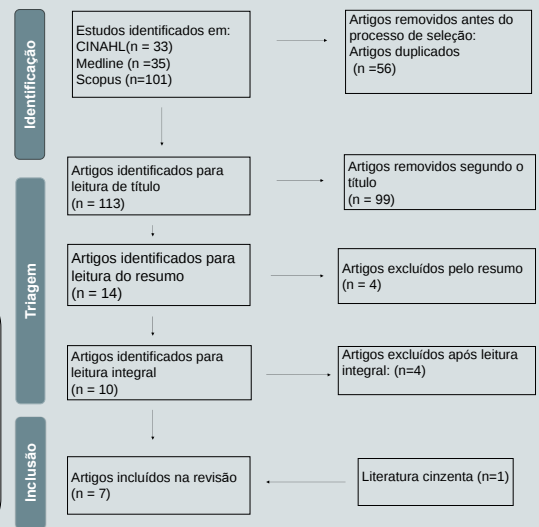
Metodologia

- Questão de pesquisa, formulada com base na mnemónica PCC – População, Conceito e Contexto, de acordo com a *Joanna Briggs Institute* (JBI) ⁽⁸⁾
 - ✓ Qual a experiência vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no 2º estágio do trabalho de parto?
- Pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, Medline Complete e Scopus
- Critérios de inclusão: artigos publicado entre 2013-2023, idioma - português, inglês e espanhol;

Objetivo

Mapear a evidência disponível acerca da experiência de parto vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto.

Identificação de estudos a partir de bases de dados



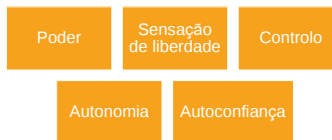
Resultados

A posição vertical confere às mulheres **sensação de empoderamento e protagonismo** durante o parto ^(9, 10, 12, 13)

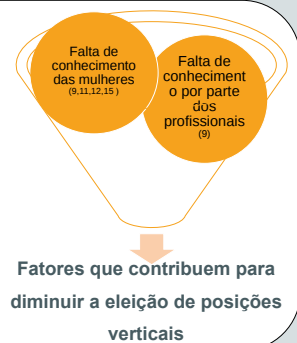


- As mulheres descrevem as posições verticais como **facilitadoras, naturais e confortáveis** ^(12,13)
- Mulheres que adotam posturas verticais durante o 2º estágio do trabalho de parto relatam **experiências de parto positivas** ^(9,10,11,12,13,14,15)

Sentimentos expressados pelas mulheres que adotam posições verticais no 2º estágio do trabalho de parto



As posições verticais conferem ainda **alívio da dor, menor interferência profissional e diminuição do período expulsivo** ^(9,10,11,12,13,14,15)



Conclusão

A maioria dos estudos analisados revela que a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto, contribui de forma positiva para o bem-estar e empoderamento da mulher. Estes achados vão de encontro ao que diz a literatura sobre este tema, que refere que as posições verticais contribuem para a humanização do parto e para o protagonismo da mulher, uma vez que lhe dá oportunidade para ter o seu filho na posição que deseja. ⁽¹⁵⁾ Os profissionais de saúde devem estar despertos para o potencial que a adoção de posições verticais tem na experiência de parto das mulheres, assim como nos resultados obstétricos. Torna-se evidente a necessidade de abordar o parto verticalizado ainda durante a gravidez, com o intuito de dotar a mulher de conhecimentos e ferramentas, para que esta possa fazer escolhas conscientes e informadas.

Referências bibliográficas

- 1- Amaral, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. O., Nelas, P., A. A. B., & Coutinho, E. C. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 491–502.
- 2- Paiva, E. F., Sthal, H. C., Paulino, V. C. P., & Leite, G. R. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: Percepção de puérperas atendidas numa maternidade de jatal-Goiás. *Itinerarius Reflectionis*, 14(4), 1-21.
- 3- Kappaum, A., & Morais da Costa, M., M. (2020). A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Revista Paradigma*, 29(1), 71-86.
- 4- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., Sousa, C. (2016). A Posição Da Mulher No Trabalho De Parto, in Véné, M., Marques, R., & Baista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel, Lisboa, Portugal.
- 5- Chávez, S. S., Trujillo, R. V., Alan, J., Armenta, A., Mariano, P., Aldeco, G., & Ayala, C. R. (2022). Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomia durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales. *Acta med GA*, 20(1), 43–49.
- 6- Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- 7- Bryant, A. S., & Borders, A. E. (2019). ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), E164–E173.
- 8- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute.
- 9- Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*, 26(4), 89-104.
- 10- Pan, L. M., Garate, M.O., Largo, A. M. L., & Bouza, E. T. (2015). La silla de partos: un recurso acompañante de la verticalidad en el parto. *Revista de Enfermería*, 38(6), 26–32.
- 11- Sousa, J. L., Silva, I. P., Gonçalves, L. R. R., Nery, I. S., Gomes, I. S., & Sousa, L. F. C. (2018). Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, 12.
- 12- Albuquerque, N. L. D. A., Vicente, C. D., Silva, A. B., Lins, B. R., & Silva, R. D. M. (2018). Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado. *Enfermagem em Foco*, 9(3), 3-7.
- 13- Zang, Y., Huang, J., Zhang, H., Sun, K., Li, X., Wang, D., Wei, T., Xing, L., Fu, L., Hou, R., & Lu, H. (2023). Implementation of the Practice Programme for Upright Positions in the Second Stage of Labour and the birth experience of Chinese women: A qualitative study. *Midwifery*, 125, 14-24.
- 14- Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., Hou, R., & Lu, H. (2023). Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare*, 11, 2996. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222996>
- 15- Crespo-Antepara, D., M. (2019). Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblan 2018. *Polo del conocimiento*, 4(12), 3-21. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/revista/article/view/1189/2054>

**APÊNDICE XI- Poster “O parto verticalizado como
estratégia de empoderamento da mulher –
divulgação do projeto de estágio com relatório”**

O parto verticalizado como estratégia de empoderamento da mulher

Divulgação do projecto de Estágio com Relatório



13º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Materna e Obstétrica

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos

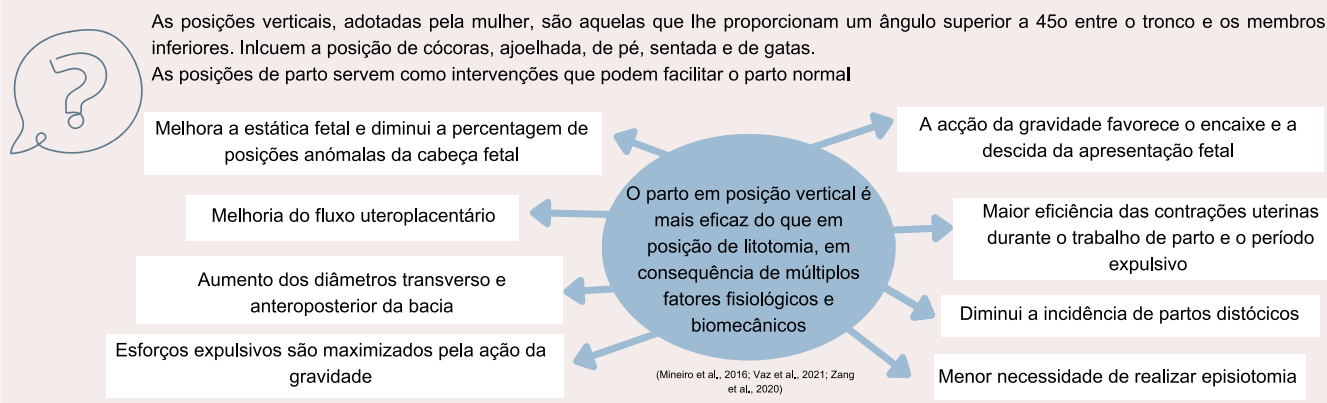
Discente: Ana Duarte nº 10967

Objetivo Geral

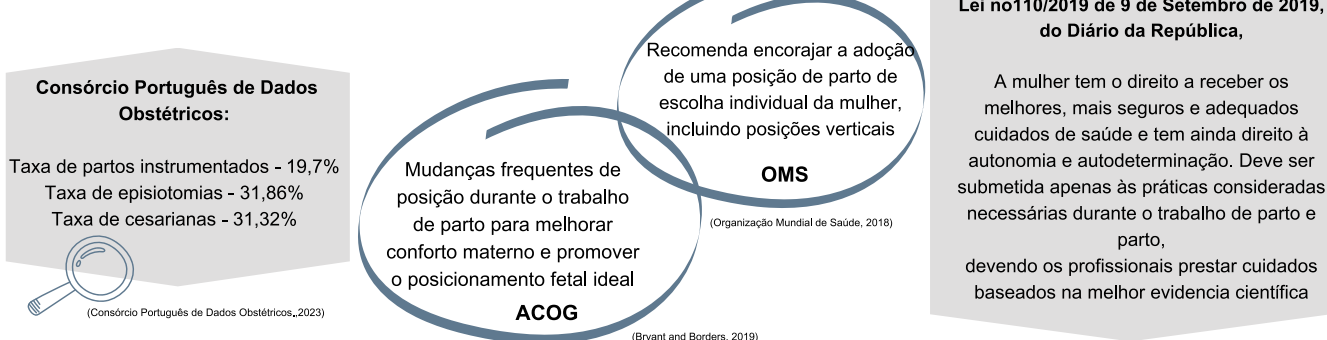
Desenvolver uma metodologia de cuidados de enfermagem especializados que incentivem e promovam o parto normal e fisiológico, devolvendo a autonomia e protagonismo da mulher, com foco nas posições verticais



Enquadramento teórico



Pertinência do tema:



Em Portugal ainda não existem dados estatísticos relativamente às posições adotadas durante o TP e parto, contudo as condições dos blocos de parto, a falta de informação e empoderamento da mulher, e a renitência por parte dos enfermeiros em alterar práticas já enraizadas, apontam para que a posição de litotomia continue a prevalecer.

Plano de trabalho:

Objetivos específicos

- Mapear a evidência disponível sobre o contributo das posições verticais para o empoderamento da mulher durante o trabalho de parto e parto.
- Identificar o conhecimento das grávidas em relação à adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e parto
- Conhecer a experiência das puérperas que utilizaram posições verticais durante o trabalho de parto.
- Despertar as equipas de enfermagem para os benefícios das posições verticais durante o trabalho de parto e parto

Actividades planeadas

- Elaborar uma revisão da literatura, nomeadamente uma *scoping review* sobre o tema.
- Aplicar um questionário a grávidas no 3º trimestre de gravidez
- Realizar entrevistas a puérperas que tenham utilizado posições verticais durante o 2º estágio do trabalho de parto
- Elaborar uma sessão formativa/poster destinado às equipas de enfermagem dos vários contextos clínicos sobre o Projecto de Estágio

Referências Bibliográficas:

Bryant, A. S., & Borders, A. E. (2019). ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), E164–E17; Mineiro, A. (2016). A Posição Da Mulher No Trabalho De Parto. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel, Lisboa, Portugal; Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: Organização Mundial de Saúde; Vaz, V. B. da S., Rodrigues, M. T., Martins, N. Q. B., Rigonato, G. O. de M., De Carvalho, M. H. J., Do Nascimento, G. F., Do Nascimento, N. F., & Da Silva, N. R. W. (2021). Benefícios da posição verticalizada no parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 18533–18539; Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the secondstage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*

APÊNDICE XII - Sessão de educação para a saúde
“Parto vertical, uma posição natural para dar à luz”



Parto vertical, uma posição natural para dar à luz

Ana Duarte aluna do

13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

1. O trabalho de parto

2. Fases do trabalho de parto

3. Mecanismo do trabalho de parto

4. Fatores que influenciam o trabalho de parto

5. Posição da mãe durante o trabalho de parto

6. Posição vertical e seus benefícios

7. Recomendações de entidades internacionais

1. O Trabalho de parto

Conjunto de fenômenos fisiológicos que provocam contrariabilidade uterina regular, dilatação do colo do útero, promovendo a progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão

É dividido em três estádios:

- 1º Apagamento e Dilatação (que se divide em duas fases: a fase latente e a fase ativa)
- 2º Período expulsivo (saída do bebê)
- 3º Expulsão da placenta (ou dequitação da placenta)



2. Fases do trabalho de parto

Primeiro Estádio - Apagamento e Dilatação

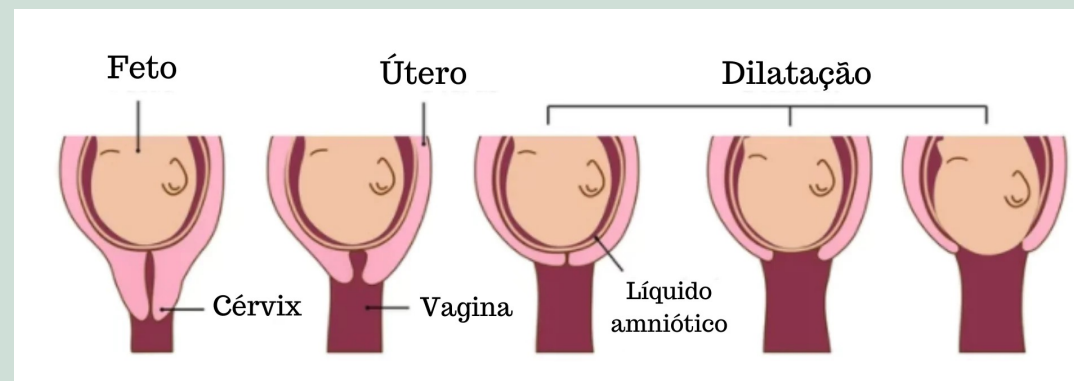
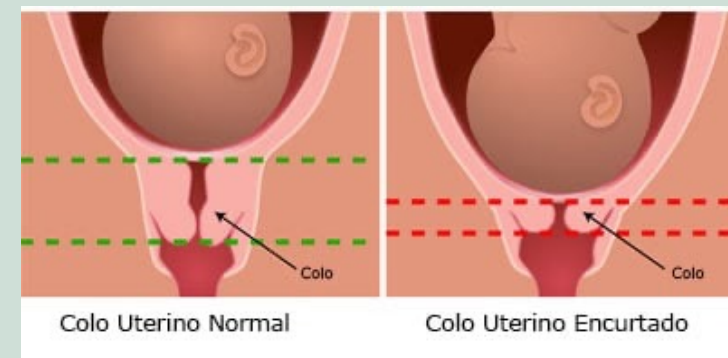
Inicia-se com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo

•Fase latente

- Apagamento e início da dilatação - dos 0 aos 4 cm.
- Progressão lenta
- Apesar da sua duração variar de mulher para mulher e de gestação para gestação, pode durar até 20h na nulípara e até 14h na múltípara

•Fase ativa

- O colo do útero dilata dos 4 aos 10 cm.
- As contrações ocorrem com maior frequência, intensidade e duração.
- 3 a 4 contrações em 10 minutos



2. Fases do trabalho de parto

Segundo Estádio – Período expulsivo

Inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto

A duração desta fase é condicionada por alguns fatores:

- Eficácias das contrações
- Analgesia
- Condição física e emocional
- Posição da parturiente
- Paridade
- Adequação pélvica no trabalho de parto



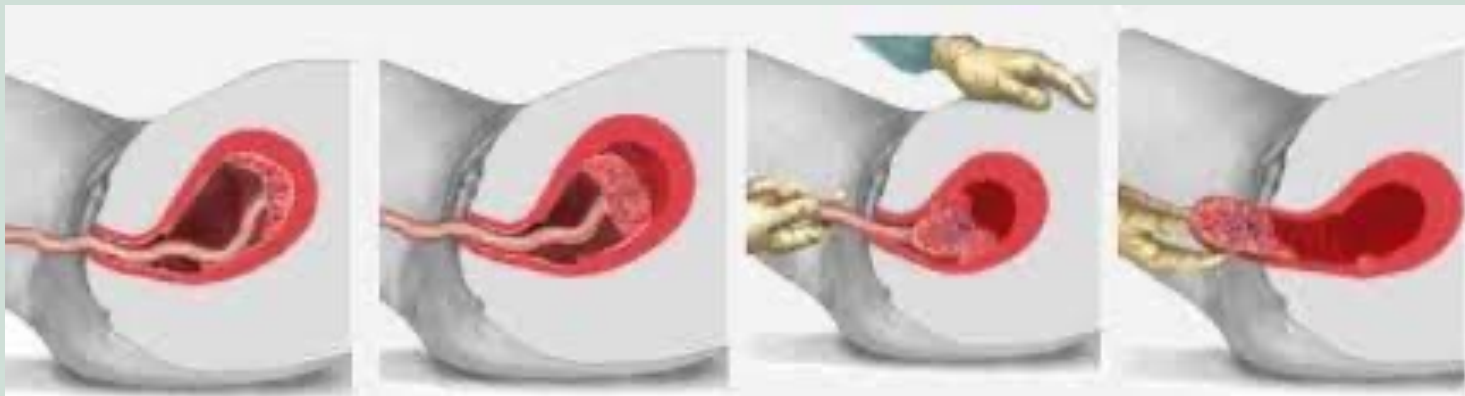
2. Fases do trabalho de parto

Terceiro Estádio - Dequitação

Inicia-se com a expulsão do feto até à expulsão da placenta

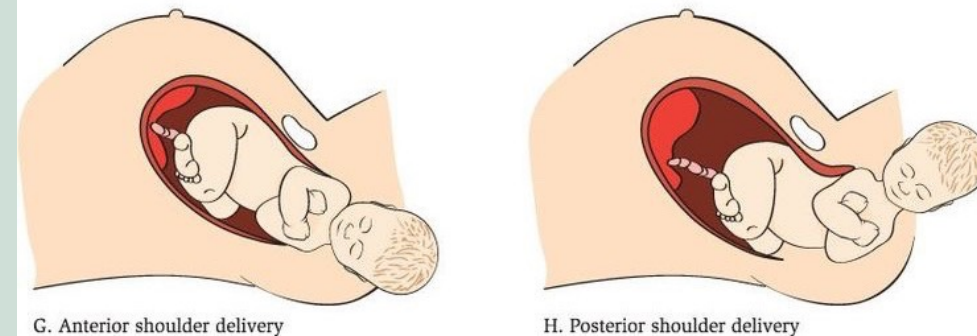
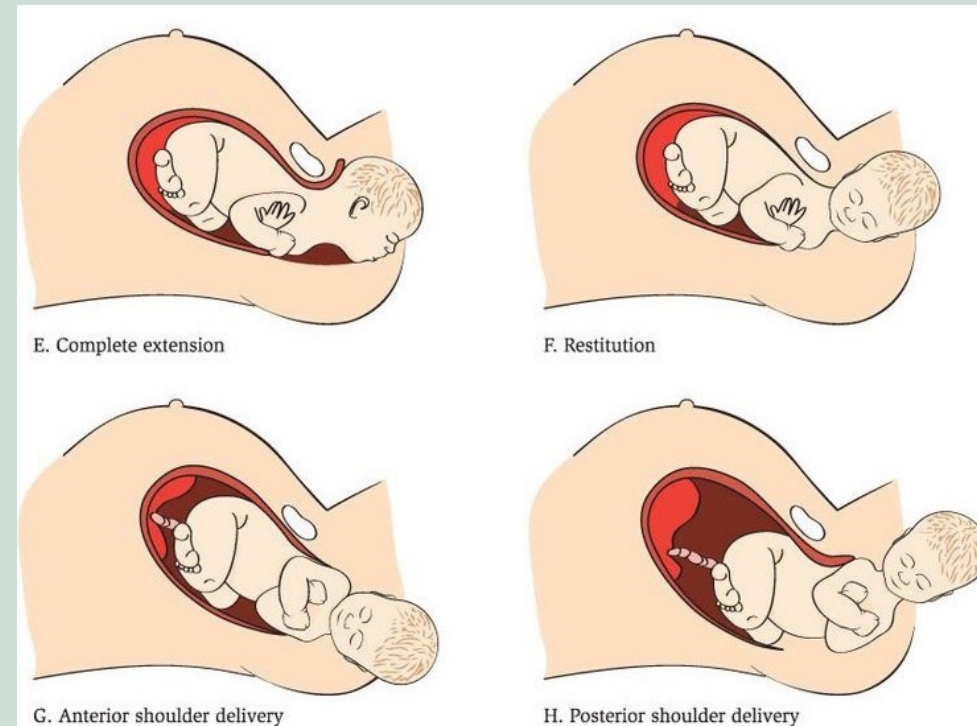
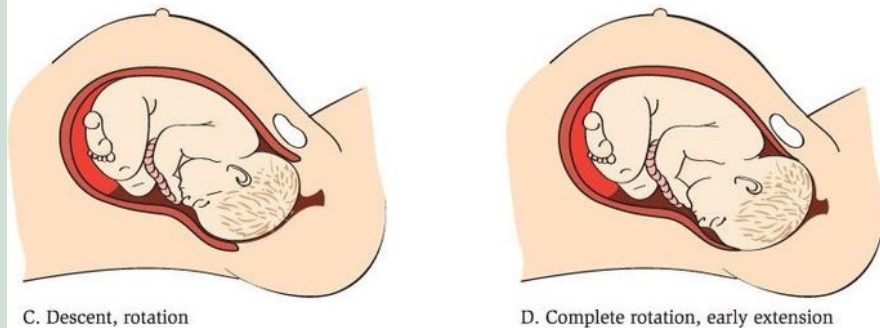
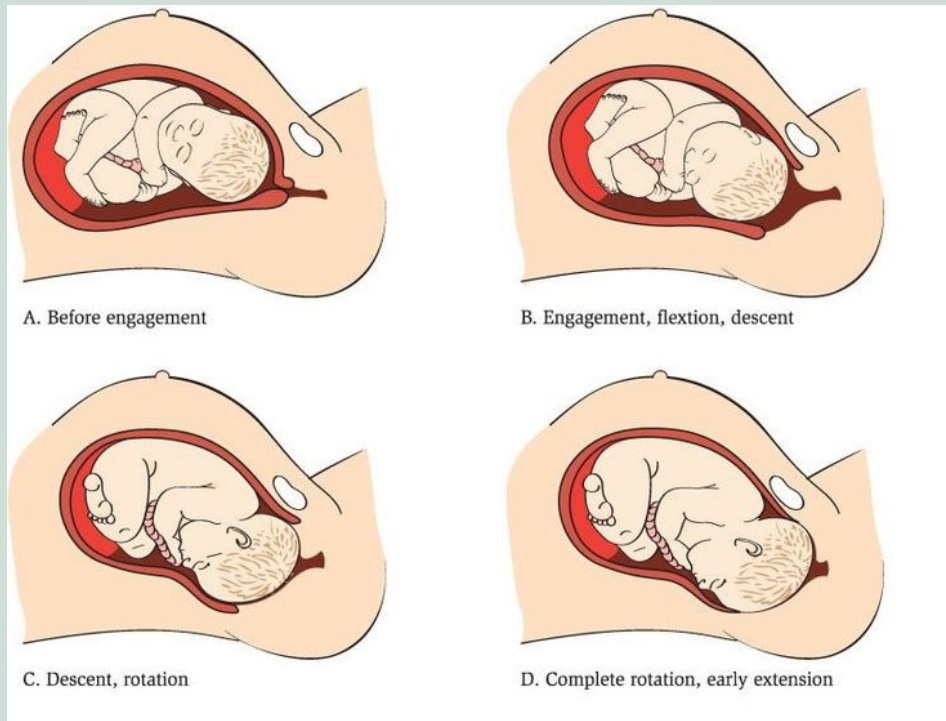
A diminuição abrupta das dimensões do útero, após a expulsão do feto, juntamente com as contrações, levam a redução significativa da área de implantação da placenta

- 1º- separação da placenta da parede uterina e descida para o segmento inferior do útero
- 2º- saída através do canal de parto



3. Mecanismo do trabalho de parto

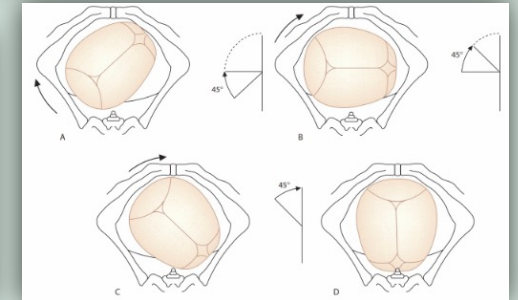
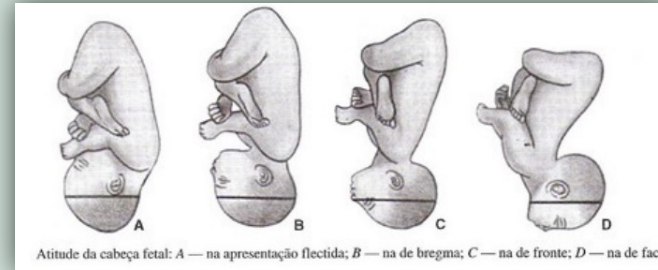
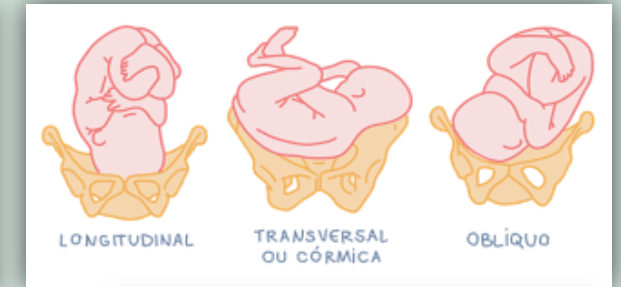
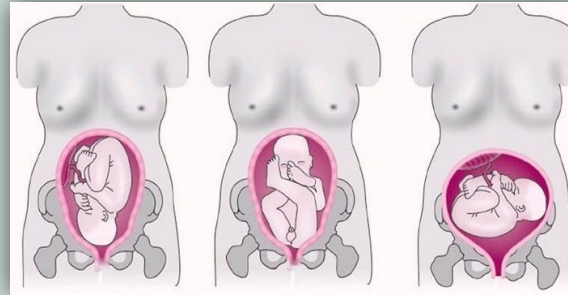
Sequência de movimentos passivos da apresentação fetal, que permitem a passagem pelo canal de parto



4. Fatores que influenciam o trabalho de parto

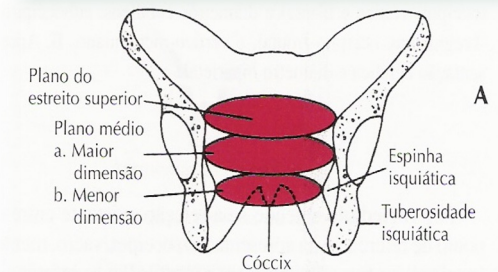
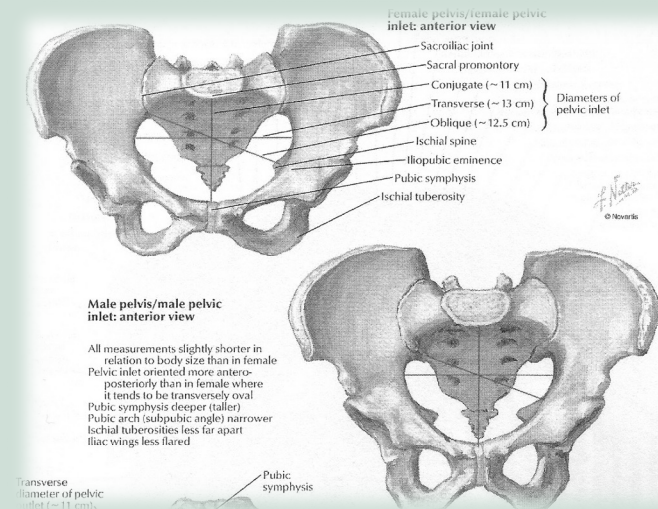
Feto

- Tamanho da cabeça
- Apresentação fetal: parte do feto que entra no estreito superior da bacia em 1º lugar
- Situação: relação entre o maior eixo do feto (coluna vertebral) e o maior eixo da mãe (coluna vertebral)
- Atitude: relação de flexão ou extensão
- Variedade: relação da apresentação com a bacia materna



Trajeto

- Ossos rígidos da bacia materna
- Tecidos moles do colo uterino
- Pavimento pélvico
- Canal vaginal



4. Fatores que influenciam o trabalho de parto

Forças

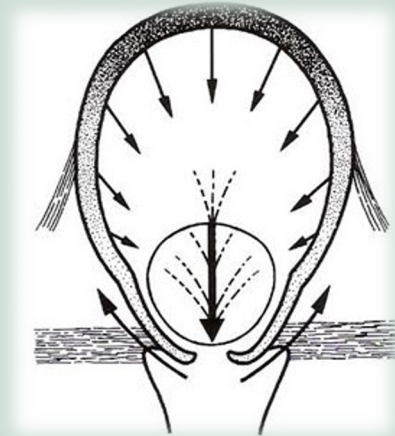
- Involuntárias: contrações uterinas
- Voluntárias: esforços expulsivos maternos

Dão início ao trabalho de parto e são responsáveis pelo apagamento e dilatação do colo e descida do feto

Não produzem qualquer efeito na dilatação cervical, mas têm uma importância considerável na expulsão do feto

Posição da mãe

- As posições verticais como andar a pé, sentada ou de cócoras, oferecem algumas vantagens. Mudanças frequentes de posição oferecem maior conforto, aliviam a fadiga e promovem a circulação



Têm origem nas camadas mais espessas do segmento superior do útero, atravessando o útero no sentido descendente



5. Posição da mãe durante o trabalho de parto

Influencia a adaptação anatômica e fisiológica ao trabalho de parto

Quando uma posição limita o movimento do corpo e dos ossos da pelve, a saída do bebê pode ser mais difícil e para isso a mulher tem que fazer mais força.

As posições que dão mais liberdade de movimento à pelve podem ajudar mais do que aquelas em que a pelve fica parada, fixa sem movimento, como as posições deitadas.



6. Posições verticais e seus benefícios

Durante vários séculos, a liberdade de movimento durante o trabalho de parto era uma prática comum, utilizada durante todos os estádios do trabalho de parto, que permitia à parturiente escolher a posição que mais lhe fosse confortável, adotando várias posições que, hoje em dia, são raramente praticadas em contexto hospitalar. As posições mais elegíveis no segundo estágio do trabalho de parto eram as posições laterais e verticais

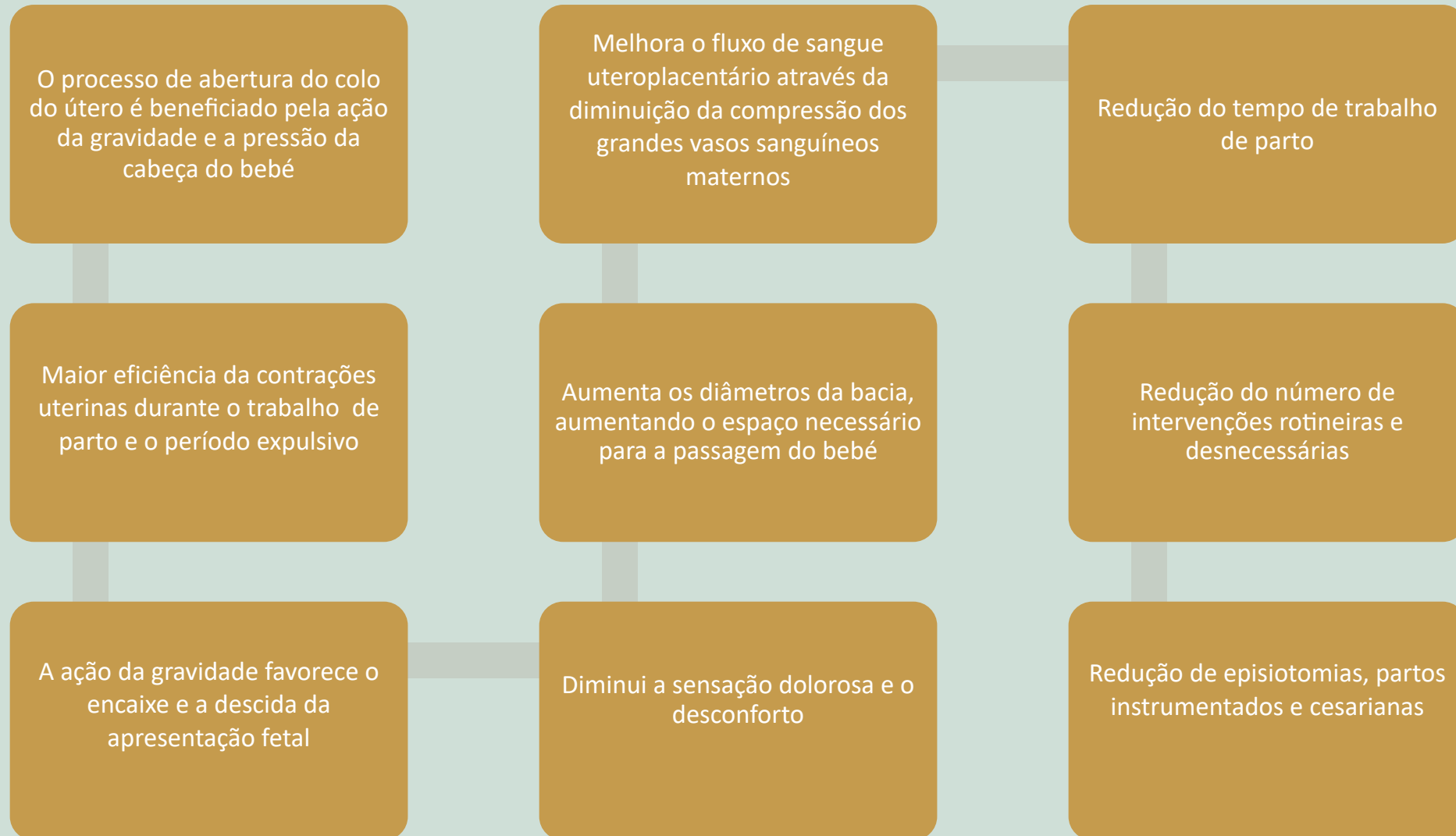
(Amaro, Dias, Santos, Nelas & Coutinho, 2021).

Desde a hospitalização do parto, e a sua consequente medicalização, as práticas foram alteradas promovendo intervenções por vezes desnecessárias, que interferem nos mecanismos fisiológicos do parto, particularmente em relação ao posicionamento da parturiente

(Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016).

A adoção de posições verticais durante o trabalho de parto contribui de forma positiva para **o bem-estar, sensação de controle e autonomia da mulher.**

6. Posições verticais e seus benefícios



6. Posições verticais

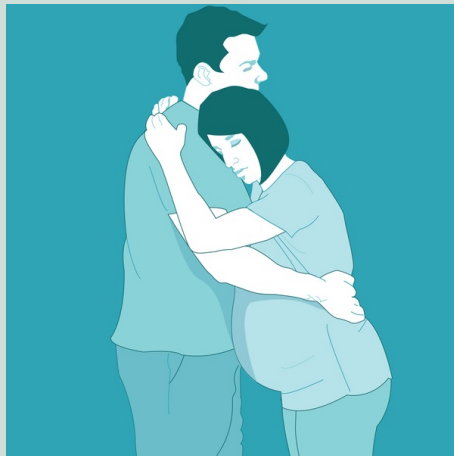
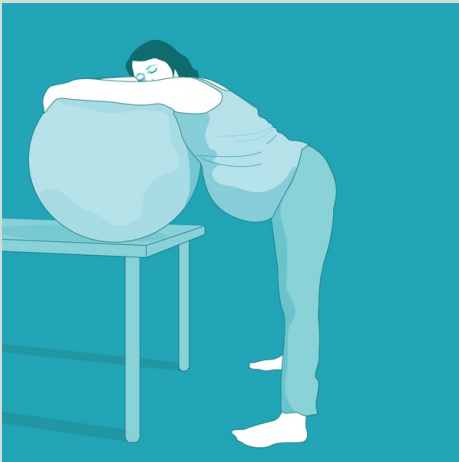
Posições verticais no 1º Estádio do trabalho de parto

1. Posição sentada com as pernas semi-fletidas em rotação externa ou “à Buda”

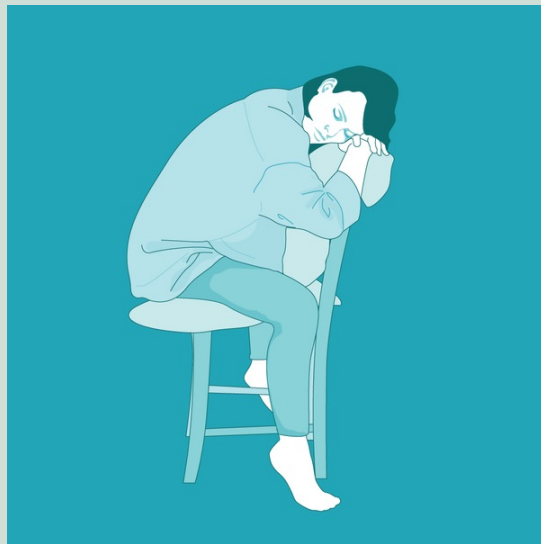
- Amplia o estreito superior da bacia



2. Movimento com bacia livre: retroversão, anteversão, inclinações laterais, rotações internas e externas, circundações



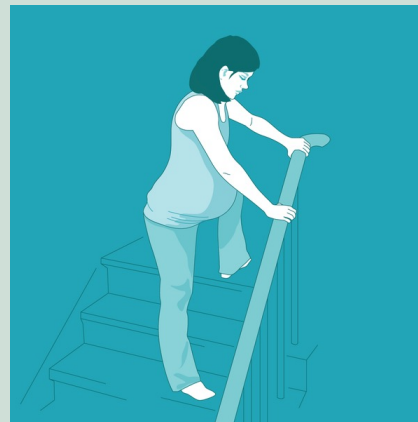
3. Posição sentada



- Alívio da dor nas costas
- Posição que permite à mulher descansar
- O acompanhante pode fazer massagem ou pressão nas costas durante as contrações

4. Movimentos assimétricos dos membros inferiores

Quando o feto está no estreito médio, podemos facilitar a descida realizando movimentos assimétricos com a pelve e os membros inferiores



Posições verticais 2º estágio do trabalho de parto - período expulsivo

Sentada na marquesa



- Com a mulher na marquesa, permitir que as pernas fiquem fletidas num ângulo superior a 90 graus
- Apoiar os pés nas perneiras ou em algum suporte
- Colocar almofada sob a bacia para favorecer a mobilidade do sacro

Sentada no banco de parto



- Flexão das pernas num ângulo superior a 90 graus
- Manter os pés paralelos e alinhados com os joelhos, aumentando assim o estreito inferior da bacia
- Durante as contrações inclinar-se ligeiramente para a frente
- Entre as contrações recostar-se apoiada num acompanhante

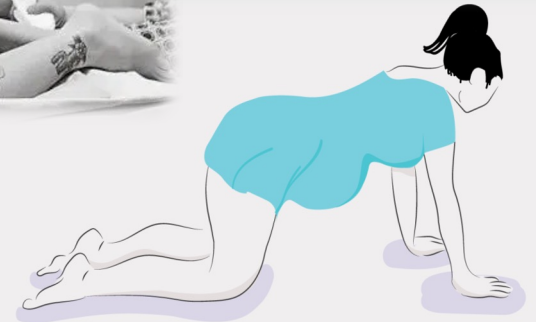
Posições verticais 2º estágio do trabalho de parto - período expulsivo

De cócoras



- Flexão máxima das pernas
- Podem-se colocar um apoio debaixo dos pés e/ou suspender o tronco por exemplo com barra da cama ou ainda contar com alguém para segurá-la e dar suporte pelas costas.
- Manter os pés alinhados com os joelhos
- Aumenta o estreito inferior da bacia ao máximo
- Posição mais cansativa que exige um certo equilíbrio. Descansar numa posição semi-sentada entre as contrações

De gatas



- Colocar a mulher em posição de gatas
- Usar como apoios a cabeceira da cama, a bola de partos ou o acompanhante
- A parturiente deve inclinar o tronco para trás, de modo a que as pernas estejam fletidas num ângulo > 90 graus
- Rotação interna das pernas
- Permite aumentar os diâmetros da escavação pélvica e do estreito inferior

7. Recomendações de entidades internacionais

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)

Mudanças frequentes de posição, de modo a promover o conforto materno e contribuindo para o posicionamento adequado do feto

Que permitam uma monitorização apropriada da mãe e do feto

Sem contraindicações por complicações maternas e/ou obstétricas

OMS (Organização Mundial de Saúde)

As mulheres devem adotar posições de acordo com a sua preferência, devendo também ser incluídas na tomada de decisão sobre os cuidados que lhe são prestados.

Encorajar o movimento e a verticalidade durante o trabalho de parto, em mulheres com gravidez de baixo risco.

Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se incentivar a adoção de uma posição de parto de escolha individual da mulher, incluindo posições verticais

Conclusão

O objetivo não é que a mulher escolha uma determinada posição, mas sim estimular a mulher apta a parir naturalmente a testar as posições que deseje durante o trabalho de parto.

Não existe uma posição certa ou ideal. A melhor posição para o parto é aquela em que a mulher se sente mais confortável.

O mais importante é que a mulher conheça as diversas opções, as vantagens e desvantagens de cada posição, e que possa fazer a sua escolha consciente e informada

**APÊNDICE XIII - Síntese dos resultados da *Scoping*
Review em categorias**

Experiência das mulheres em relação à adoção de posições verticais durante a segunda fase do TP

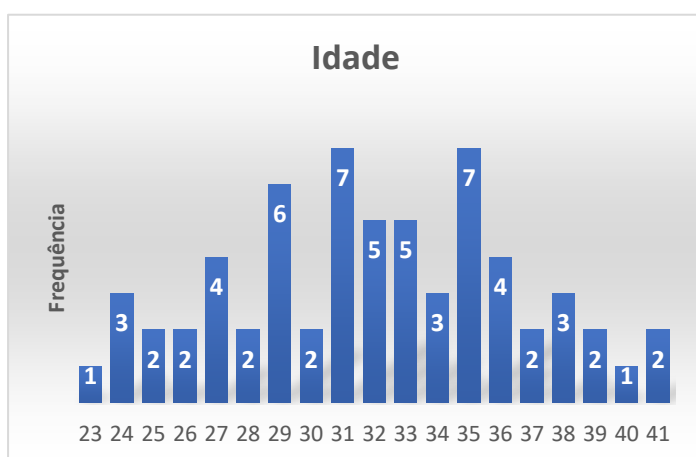
	Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomized controlled trial Thies-Lagergren et al. (2013)	Implementation of the practice programme for upright positions in the second stage of labour and the birth experience of Chinese Women: A qualitative study Zang et al. (2023)	Perceção das puérperas sobre a posição vertical no parto Sousa et al. (2018)	Perceção das puérperas acerca do parto verticalizado Albuquerque et al. (2018)	La silla de partos: um recurso acompañante de la verticalidade en el parto Pan et al. (2015)	Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study Fu et al. (2023)	Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018 Crespo-Antepara (2019)
Alívio da dor		x	x	x	x		x
Experiência de parto positiva	x	x	x	x	x	x	x
Menor interferência profissional			x		x	x	
Encurtamento do 2º estágio do TP	x		x	x	x	x	x
Maior conforto	x	x	x	x			x
Maior facilidade em fazer força		x	x				
Lacuna no conhecimento sobre diferentes posições de parto	x		x	x			x
Sentimento de empoderamento e protagonismo	x	x		x	x		
Sensação de controlo	x			x	x	x	
Autoconfiança	x	x				x	
Tomada de decisão compartilhada	x	x	x				
Observação clara do nascimento		x			x		x
Apoio do EEESMO	x	x	x				

**APÊNDICE XIV- Síntese das tabelas e gráficos
relativos à análise de dados quantitativos do
questionário**

1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade

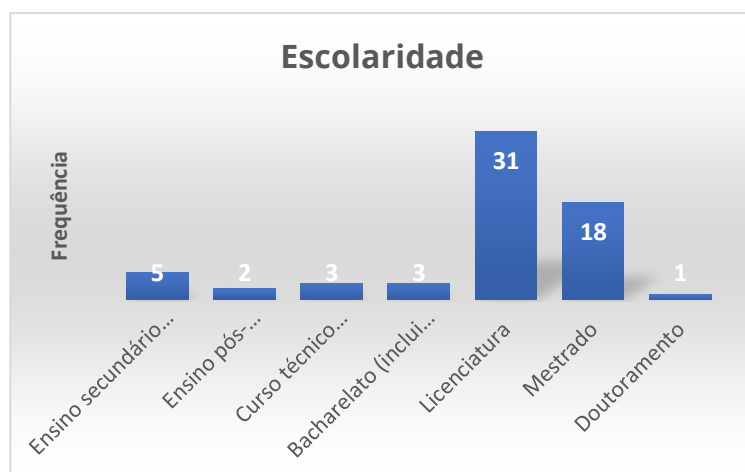
Média	32
Mediana	32
Moda	31
Desvio padrão	4,5
Mínimo	23
Máximo	41



Idade	Nº de registos	%
23	1	1,6%
24	3	4,8%
25	2	3,2%
26	2	3,2%
27	4	6,3%
28	2	3,2%
29	6	9,5%
30	2	3,2%
31	7	11,1%
32	5	7,9%
33	5	7,9%
34	3	4,8%
35	7	11,1%
36	4	6,3%
37	2	3,2%
38	3	4,8%
39	2	3,2%
40	1	1,6%
41	2	3,2%

Escolaridade

	N	%
Bacharelato (inclui antigos cursos médios)	3	4,8%
Curso técnico superior profissional	3	4,8%
Doutoramento	1	1,6%
Ensino pós-secundário (cursos de especialização tecnológica não superior)	2	3,2%
Ensino secundário (atual 12º ano)	5	7,9%
Licenciatura	31	49,2%
Mestrado	18	28,6%



Total	63	100,0%
-------	----	--------

Nacionalidade

	N	%
Brasileira	3	5%
Portuguesa	60	95%

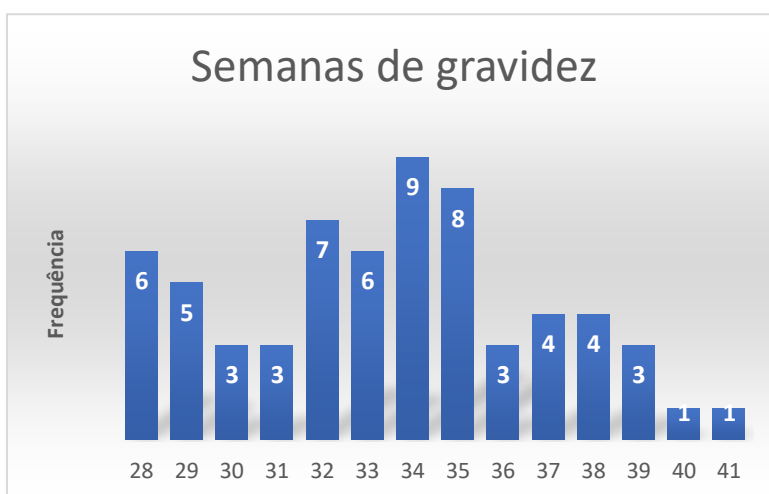


2. Caracterização obstétrica da amostra

Idade gestacional

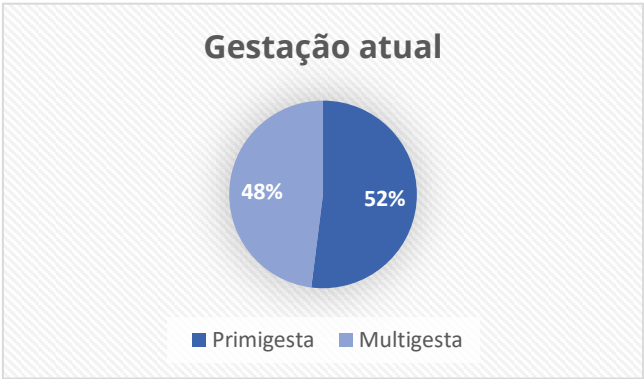
Média	33
Mediana	34
Moda	35
Desvio padrão	3,42
Mínimo	28
Máximo	41

	N	%
28	6	9,5%
29	5	7,9%
30	3	4,8%
31	3	4,8%
32	7	11,1%
33	6	9,5%
34	9	14,3%
35	8	12,7%
36	3	4,8%
37	4	6,3%
38	4	6,3%
39	3	4,8%
40	1	1,6%
41	1	1,6%
Total	63	100,0%



Gestação atual

	Frequência	%
Primigesta	33	52%
Multigesta	30	48%



Número de gestações anteriores

Média	1,53
Mediana	1,00
Moda	1
Desvio Padrão	,681
Mínimo	1
Máximo	3

	N	%
1	17	57%
2	10	33%
3	3	10%
Total	30	100%

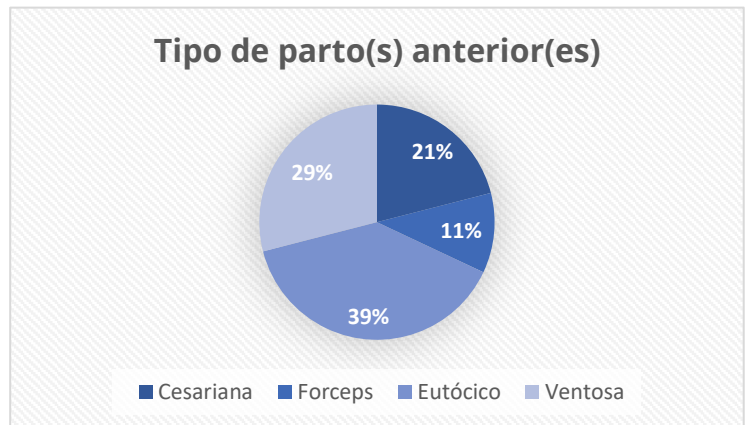
Número de filhos

Média	1,11
Mediana	1,00
Moda	1
Desvio Padrão	,320
Mínimo	1
Máximo	2

	N	%
1	24	89%
2	3	11%
Total	27	100%

Tipo de parto(s) anterior(es)

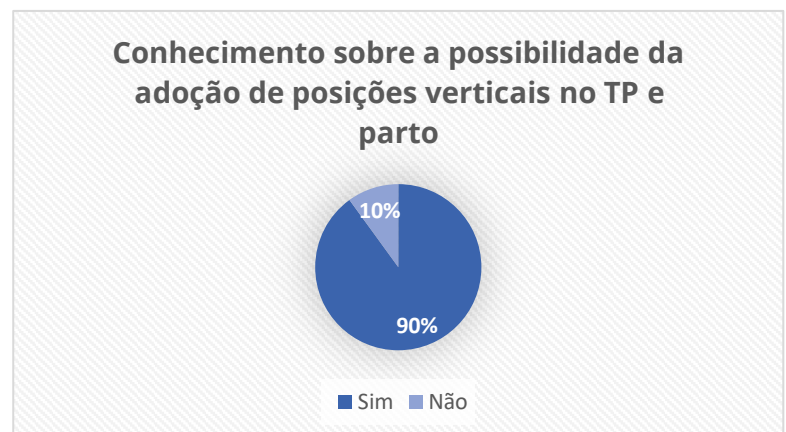
Tipos de Parto	N	%
Cesariana	6	21%
Fórceps	3	11%
Eutócico	11	39%
Ventosa	8	29%



3. Posições Verticais

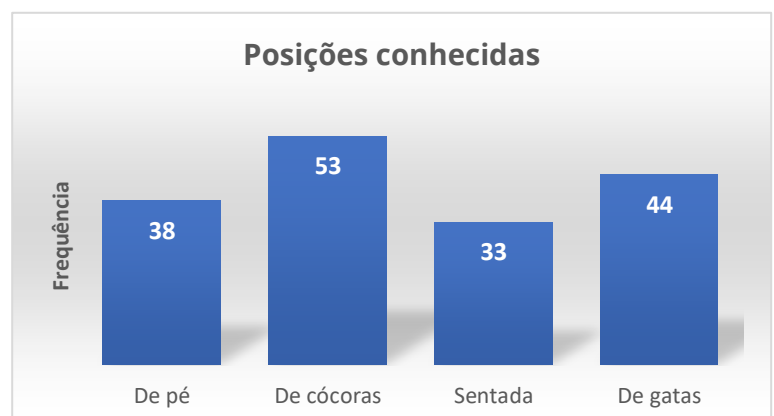
Conhecimento sobre a possibilidade da adoção de posições verticais no TP e parto

	N	%
Não	6	10%
Sim	57	90%



Posições conhecidas

	N	%
De cócoras	53	95%
De gatas	44	77%
Sentada	33	59%
De pé	38	68%

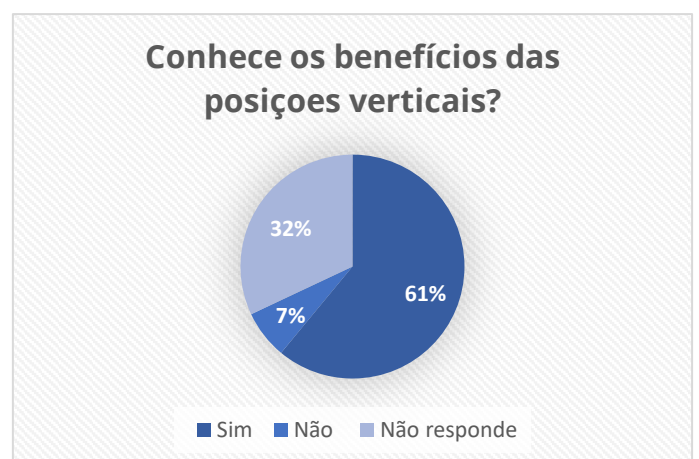


Fonte de conhecimento sobre as posições verticais

Como adquiriu o conhecimento das posições	Nº de registos (possibilidade de várias respostas)
Curso de preparação para o parto	30
Internet	43
Consulta de seguimento da gravidez	7
Família/Amigos	6
Livros	1
Formação Académica	1
Acompanhamento de Doula	1
Fisioterapia pélvica	1

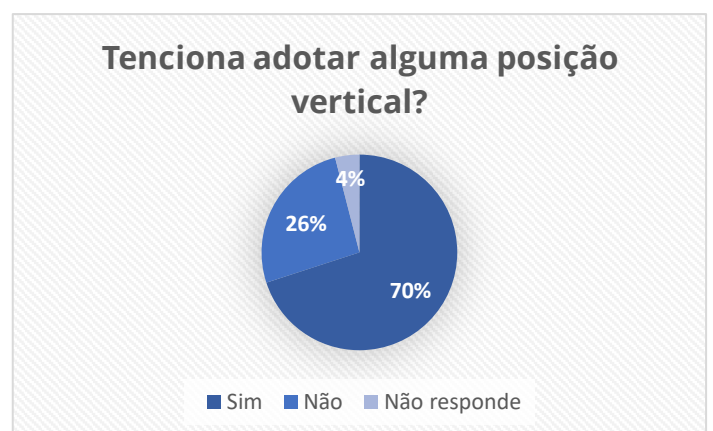
Conhece os benefícios destas posições?

	N	%
Sim	35	61%
Não	4	7%
N.R.	18	32%



Tenciona adotar alguma das posições verticalizadas?

	N	%
Sim	40	70%
Não	15	26%
N.R.	2	4%



Que posição tenciona adotar?

	N	%
Mulheres que referiram uma ou mais posições específicas	18	53%
Mulheres que não referiram nenhuma posição	16	47%

Posições referidas pelas mulheres

	N	%
Cócoras	12	67%
Gatas	6	33%
Sentada	5	28%
De pé	2	11%

**APÊNDICE XV – Análise de conteúdo das respostas à
questão “Conhece os benefícios das posições
verticais?” dos questionários**

Experiência vivida pelas mulheres que adotam posições verticais no 2º estágio do TP

<i>Categoria</i>	Subcategoria	Unidades de Registo	Frequência
<i>Benefícios das posições verticais</i>	Conforto	"A mulher poder utilizar a posição mais confortável para si mesma e não para a equipa que a assiste" (Q5) "...conforto" (Q12) "...possivelmente mais conforto do que deitada."(Q29) "...conforto..." (Q39) "... pelo facto da mulher adotar a posição em que se sente mais confortável" (Q57) "Estas posições podem proporcionar um maior conforto para a grávida quando comparamos com a posição deitada de barriga para cima" (Q59)	6
	Gravidade	".. a gravidade" (Q6) "...efeito da gravidade..." (Q9) "A gravidade contribui para o bebe sair mais facilmente e a bacia fica mais aberta" (Q13) "Aproveitar a ajuda da gravidade para ajudar no momento da expulsão" (Q15) "A própria ação da gravidade, facilita" (Q26) "Efeito da gravidade pode atuar como facilitador da progressão/descida/expulsão do bebé" (Q27) "Facilita a expulsão do bebê por ação da gravidade" (Q29) "Facilita a passagem do bebé no canal vaginal pela ação da gravidade" (Q36) "Gravidade" (Q39) "Ajuda da gravidade" (Q40) "Ajuda por conta da gravidade" (Q42) "A gravidade ajuda o bebe a descer" (Q47) "...considerando a ação da gravidade" (Q57) ".. a gravidade ajuda a "empurrar" o bebé no momento de fazer força no período expulsivo" (Q59)	14
	Mais fisiológicas	"...mais fisiológicas" (Q7) "Posição mais fisiológica" (Q20) "Mais fisiológicas" (Q24) "Penso ser mais natural" (Q29) "Facilita o desenrolar do trabalho de parto" (Q55) ".. força feita naturalmente pelo corpo e pelo bebé, evitando forças erradas que mais atrapalham do que ajudam" (Q62)	6
	Alívio da dor	"... alívio da dor" (Q39) "Maior alívio das dores de parto" (Q49) "Alívio da dor..." (Q55) "...alívio de dor" (Q56)	4

Menor intervenção dos profissionais	"Menos intervenções desnecessárias" (Q16) ".. menor necessidade de intervenções" (Q32) "... menos intervenções" (Q57)	3
Favorecimento do trabalho de parto ativo	"...Trabalho de parto ativo" (Q39) "...melhor colaboração da parturiente e do acompanhante" (Q56)	
Facilitadoras do período expulsivo	"...maior facilidade no período expulsivo." (Q9) "Ajuda a expulsão" (Q22) "facilitar o período expulsivo" (Q30) "Maior facilidade no expulsivo" (Q32) "Maior facilidade no momento da expulsão" (Q49) "É mais fácil o bebê sair" (Q53) "...reduz o tempo de parto" (Q55) "Partos provavelmente mais rápidos" (Q57) "Ajuda a ter um parto mais rápido e a que o bebê desça melhor" (Q61) "Maior facilidade no período expulsivo" (Q63)	10
Promovem o aumento dos diâmetros da bacia	"a pélvis poder estar mais "solta" sem ser sob pressão nos coxix como na posição ginecológica" (Q36) "Melhor posicionamento do bebê no canal de parto" (Q42) "A verticalidade permite um conjunto de movimentos da bacia benéficos para um melhor encaixe e descida do bebê" (Q59) "...melhor abertura para a passagem do bebê" (Q62)	4
Menor risco de lacerações do períneo	"...menos incidência e gravidade de lacerações (Q56) "...menos lacerações" (Q57) "Menor risco de lacerações" (Q62)	3
Empoderamento da mulher	"autonomia e poder de decisão da mulher" (Q12) "Maior controle por parte da parturiente" (Q56)	2

APÊNDICE XVI – Análise de conteúdo das entrevistas

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência
Literacia em saúde materna	Conhecimento prévio acerca das posições verticais a adotar no parto	E1 “Durante a gravidez fui me preparando para isso, pela evidência científica, pelo que nos dizem em relação às posições verticais, que facilitam imenso” E1 “li muito sobre isso, fui seguindo algumas pessoas nas redes sociais, nomeadamente a Dra X, que promove muito essas posições verticais. Fui me informado sobre isso.” E1 “foi uma coisa que ao longo da gravidez eu me fui informando e procurando.” E2” já nos tinham dito, nas aulas de preparação para o parto, que se fizesse força verticalmente era melhor” E3 “eu tive conhecimento através de leituras e afins e mesmo nas aulas de preparação para o parto que acaba por ser um tema que fazem questão de falar” E3 “como tive as aulas de preparação para o parto, nesta altura já se fala de todos as posições e mais algumas, e não ser só a tradicional (deitada), porque nem sempre é a mais fácil para se ter o bebé, então uma pessoa também estava aberta ao que me sugerissem que fosse mais fácil para ter a minha filha.” E5 “Eu já tinha andado a ver que posições podia adotar e quais é que eu achava que me sentia mais confortável, li tudo, mesmo porque eu também fiz pilates para grávidas, então a própria fisioterapeuta também me ajudou nesse sentido, a tentar perceber as alternativas.” E5 “quando comecei a pesquisar mais, comecei a ter noção de que a posição tradicional não é propriamente facilitadora do trabalho de parto. Claro que o facto da minha médica também apelar um bocadinho a isto ajudou, e comecei a ler mais sobre isso, e percebi que efetivamente se calhar não queria ter o bebé naquela posição.” E5 “A visão que os profissionais têm na posição tradicional é muito mais fácil, mas para nós ... eu sempre achei que essa posição não iria ser confortável e quando comecei a pesquisar mais percebi que tinha razão” E6 “Tive aulas de preparação para o parto. O curso que eu fiz foi através do Centro de Saúde, e sim também já falavam nas posições verticais, já era muito falado isso sim. E eu também fui a uma sessão de 3h no Hospital X e eles também abordavam isso, qual é que era a metodologia que eles tentavam adotar, e quais eram os recursos que tinham, e as próprias posições que poderíamos adotar, que as posições verticais eram as mais adequadas, e que cada vez mais se adotavam” E7 “Sim, frequentei. E sim foi um dos temas abordados. A enfermeira falou muito nisso e de sermos nós a puxar o bebé. Ela explicou-nos várias coisas. Alias, só ouvi mesmo falar deste tema na preparação para o parto” E8 “Eu no primeiro parto tinha lido o livro “Parto Ativo” E8 “Fiz uma formação sobre o parto fisiologia na primeira gravidez e fiz duas nesta segunda gravidez, então eu tinha muitos recursos. Tentei informar-me o máximo que eu consegui” E8 “Isto do parto verticalizado era uma ideia que eu já tinha da primeira” E9 “quando fiz a preparação para o parto da minha primeira filha, também me ajudaram a conhecer os benefícios das posições verticalizadas porque eu não conhecia, não sabia que dava para nos posicionarmos de maneira diferente. E então aí é que tudo se abriu na minha cabeça. Não queria escolher a posição de litotomia pelas desvantagens que tinha e pelas vantagens que as outras teriam.	15
	Importância da preparação para o parto	E4 “Eu acho que o perceberes o saberes o que está a acontecer, essas coisas todas ajuda muito a estar tranquila. E4 “Eu acho que a preparação conta muito, e acho que isso faz toda a diferença porque supostamente o parto é fisiológico, é verdade, mas às vezes acabas por ter intervenções ou se tiveres epidural acabas por estar mais racional e é necessário tu também teres o conhecimento de como é que podes ajudar” E4 “Se for tudo fisiológico, o teu corpo vai te levar aquele estado, nem é preciso saberes nada porque naturalmente vais fazer aquilo e acabou. Conta muito a	8

		peessoa estar tranquila, saber o que está a acontecer, o que esperar, acho que isso é fundamental" E4 "As mulheres também já estão mais informadas, eu acho que isso faz toda a diferença" E4 "se a mulher tiver noção das coisas claro que faz toda a diferença porque também se a mulher não fizer nada para a evolução do parto também não vai ser fácil" E5 "O facto de nós querermos ter um papel ativo faz com que seja diferente a forma como vamos ver o parto mesmo antes dele acontecer e mesmo depois a realização que sentimos é diferente. Acho que o estar informados, ajudou-nos mesmo muito" E6 "eu acho que é importante a mulher informar-se durante a gravidez e ir bastante preparada" E9 "fazer isto sem informação e preparação é difícil. Eu costumo dizer que a gravidez não são 9 meses por qualquer razão. O bebé precisa, não é, mas nós também precisamos da preparação de virmos a ser mães, do nosso corpo estar a mudar, e prepararmo-nos mesmo conscientemente para o dia do parto, porque não é fácil. É tudo uma questão de consciência e foco, naquilo que estamos a fazer e informadas de como é que as coisas são"	
Benefícios das posições verticais	Promoção do Conforto	E1 "senti-me muito confortável naquela posição" E1 "foi aquela em que me senti mais confortável não experimentei outra porque foi muito rápido" E1 "Eu coloquei-me na posição de quatro apoios, que foi a posição em que me sentia mais confortável" E3 "foi o conforto porque realmente eu sentada ou deitada estava a sentir muito mais dor do que quando me levantei" E3 "Foi experimentar mesmo até à que eu me sentisse mais confortável" E4 "Só estava confortável naquela posição" E6 "eu testei várias posições e aquela sem dúvida era a que eu estava mais confortável" E6 "Foi mais confortável para mim, foi mais confortável e facilitadora para o bebé, certamente"	8
	Alívio da dor	E3 "eu sentada ou deitada estava a sentir muito mais dor do que quando me levantei" E3 "Para mim foi mesmo uma questão de alívio na região pélvica porque estava a sentir uma pressão muito grande" E3 "sentia mesmo que a dor era nos ossos, então quando eu me levantei acabou por ser um alívio sim, apesar das dores normais aliviou um bocadinho ali no momento do período expulsivo." E3 "Senti um alívio maior do que quando estava deitada ou sentada. É mesmo uma sensação de alívio quando uma pessoa fica na vertical, até quando numa fase inicial quando ainda sentia as contrações, eu estava melhor era em pé e a andar do que propriamente sentada ou deitada" E4 "No meu primeiro parto eu sentia muita pressão posterior, neste não senti nada disso, porque desta vez tinha o cóccix "livre" digamos assim" E6 "Aquele posição acabou por ajudar a aliviar a dor" E6 "Eu não levei epidural, portanto eu tive dores. Possivelmente aliviou a dor porque havia outras posições que eu claramente estava mais desconfortável, e aquela não."	7
	Respeito pela fisiologia do TP	E1 "no momento foi instintivo" E1 "Eu acho que é mesmo instintivo. A mulher sabe parir, o corpo sabe o que deve fazer." E2 "facto de estarmos em pé, com a ajuda da gravidade é muito mais rápido e é muito mais fácil fazer força"	15

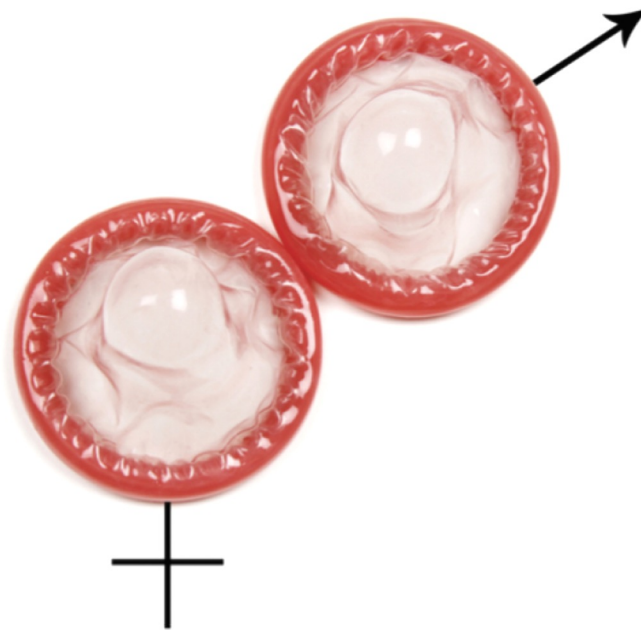
	E2 “foi o que ajudou tudo. Tornou tudo mais fácil e rápido. Com a sensação de que a força era realizada da forma mais correta.” E4 “foi o mais natural possível, comparado com o parto anterior” E4 “Senti que a ajudou a descer, não sei explicar, eu acho que é muito mais fisiológico não tem nada a ver” E4 “acabou por ser mais fisiológico” E4 “naturalmente fiquei de gatas e já não consegui mudar de posição. Foi mesmo o meu corpo a pedir. Eu só conseguia estar naquela posição” E4 “fiquei mesmo naquela posição, o meu corpo não conseguia mesmo estar noutra” E4 “Se uma mulher não tiver epidural, ela nunca vai escolher uma posição deitada nunca. Depende de mulher para mulher, e lá está, ninguém vai escolher parir deitada, nem os animais parem deitados, normalmente é de lado ou de pé” E5 “E apesar de ter sido uma indução, acho que foi um trabalho de parto rápido, desde que foi induzido até ao fim e acredito que a posição tenha ajudado muito” E7” O que eu senti, foi que foi muito mais natural” E7 “se tiver outro parto, quero ter o parto verticalizado. Acho que é mais fácil e mais natural” E8 “Acho eu a posição vertical ajudou francamente ela a descer, mas também, o facto de ter tido a possibilidade de me ter movimentado o tempo todo que lá estive” E8 “Se me perguntarem se eu acho que o facto de eu ter ido caminhar, de ter conseguido estar de pé e depois me ter posto naquela posição ajudou, eu acho que sim”	
Facilitadoras do período expulsivo	E1 “foi um período expulsivo muito rápido, durou 7 minutos desde que eu adotei a posição até ele nascer” E2 “foi graças a eu me ter posto de cócoras, que facilitou a expulsão da menina” E2 “facto de estarmos em pé, com a ajuda da gravidade é muito mais rápido e é muito mais fácil fazer força” E2 “foi o que ajudou tudo. Tornou tudo mais fácil e rápido. Com a sensação de que a força era realizada da forma mais correta.” E4 “No fundo esta posição ajudou a bebé a sair mais rápido” E5 “Eu comecei a ter percepção que ela estava a descer e que estava mesmo ali à porta, foi quando, entretanto, entraram as enfermeiras e disseram para eu fazer força, e acredito que esta posição tenha ajudado porque acho que não passaram 5 minutos” E7 “eu deitada não estava a fazer força correta, e naquela posição foi só fazer força umas quatro, cinco vezes e ela saiu logo” E8 “Foi muito mais rápido” E9 “Foi tudo muito rápido. Eu fiz 3 forças e ele saiu”	9
Impacto positivo na recuperação pós-parto	E1 “tive apenas uma pequena laceração de 1o grau o que na recuperação pós-parto fez toda a diferença” E2 “Tive uma recuperação muito melhor do que da primeira filha. Desta vez não me fizeram episiotomia, mas acabei por rasgar. E eu diria que é preferível rasgar a cortar. As dores e a recuperação pós-parto não tiveram nada a ver. Foi muito mais fácil agora. Da primeira filha foi muito doloroso, andei uma semana, até que me tirassem os pontos, que teve de ser o meu companheiro a fazer-me tudo. Desta vez parecia que nem tinha acabo de parir.” E4 “desta vez foi completamente diferente, eu depois do parto, consegui-me levantar logo e estive bem. Fui à casa de banho e não tinha dor, não tinha desconforto, nada, pronto totalmente diferente.” E4 “tive só uma laceração pequenina” E4 “psicologicamente para nós, o facto de ter um parto positivo é muito importante para a recuperação pós-parto”	10

	E4 “Foi uma experiência super positiva, mesmo a nível da recuperação e tudo não teve nada a ver” E5 “Não fizeram episiotomia, fiz apenas uma laceração de primeiro grau, levei três pontos na mucosa vaginal. Ao fim e uns dias eu já me sentia praticamente normal. A nível do períneo em termos de dores a sentar-me, a andar, ou mesmo a lavar-me, já não tinha dores. Ao fim de uns dias já estava tudo bem” E6 “Tive uma laceração de grau I. A recuperação foi rápida, eu só tive dores durante uma semana, e nem eram bem dores era apenas um desconforto” E7 “Tive uma pequena laceração nos lábios, só levei um ponto. Os lábios ficaram um bocadinho edemaciados, mas nada de especial. Eu sentia-me bem. Eu não sei o que é ter dores” E9 “tive uma laceração de grau I, mas a recuperação pós-parto foi fácil. Senti um bocadinho mais dificuldade do que no primeiro, porque no primeiro não tive laceração nenhuma e então neste segundo, sentia ali uma pressão diferente, tive que ter algum tipo de cuidado extra. Nada de especial, mas como tinha a primeira experiência como comparação. Mas sim, foi bastante fácil. E acho que desta vez só lacerou porque ele era muito grande, tinha 4Kg.”	
Participação ativa e empowerment da mulher	E1 “.. é o próprio controlo que a mulher tem daquele momento” E2 “ela veio para fora e eu é que a tirei e puxei para cima de mim” E3 “Durante todo o meu parto eu senti que era eu que estava a controlar, em todas as posições que adotei senti que o parto foi só meu” E4 “Desta vez eu senti que era a protagonista do parto” E5 “Senti que a posição me foi dando muito autonomia” E6 “Eu senti-me empoderada, aquilo que eu quis eu fiz” E6 “o facto de eu ter tido visibilidade de tudo, eu acho que isso também é importante, independentemente da posição. Neste caso em concreto eu tive a possibilidade de ver tudo, não tinha nenhuma barreira. Tanto eu com o meu companheiro” E8 “Senti que tive controlo até ao fim” E8 “Tive uma maior noção do que se passou comigo. Senti que eu estava lá, que estávamos os dois lá” E8 “Senti que me deram tempo e liberdade para eu guiar o meu parto “sozinha” E8 “não me foi retirado o poder. O bebé é meu, o corpo é meu, e o parto também foi meu” E8 “consegui ver a minha filha a nascer e fui eu a puxá-la para fora, ela ficou logo em cima de mim” E8 “Fiz exatamente tudo como que queria” E9 “Senti-me super bem, porque consegui ter o controlo” E9 “Senti-me com confiança para eu guiar, porque é isto que acontece no parto, quem é a protagonista do parto é a mulher” E9 “senti-me bastante bem, bastante respeitada, com consciência corporal, consciência do meu corpo, da posição, de tudo o que estava a acontecer” E9 “tinha mais confiança, mais força e mais controlo”	17
Experiência de parto positiva	E1 “Foi com grande satisfação” E2 “fiquei muito satisfeita por ter tido o parto nessa posição” E4 “Foi uma experiência superpositiva” E4 “Tive uma experiência muito positiva mesmo. Foi muito bom.” E4 “E foi uma experiência totalmente diferente (do parto anterior), portanto foi super positivo” E5 “todo o parto em si para mim foi incrível porque me deixaram fazer aquilo que eu queria” E8 “Foi uma experiência muito positiva” E9 “Foi uma experiência muita boa porque, era tudo o que eu queria”	8

Papel do EEESMO na adoção de posições verticais	Incentivo às posições verticais	E2 “Foi a enfermeira que me perguntou se eu não queria fazer força numa posição vertical porque era mais fácil e ajudava mais” E3 “foi uma sugestão das parteiras” E3 “elas disseram que, como eu estava a sentir muita dor na zona pélvica, que se calhar eu na vertical conseguia aliviar essa pressão que estava a sentir, e realmente foi” E3 “Segundo a enfermeira estava a ser difícil a bebé encaixar, então depois foi quando tentamos em pé, que ela encaixou e o conseguimos tê-la” E4 “a enfermeira pediu-me para eu mudar para a marquesa para ficar mais vertical, agarrada à cabeceira da marquesa e realmente ajudou” E4 “ela sugeriu, por exemplo a de cócoras, tentei ficar, mas não consegui. Então fiquei à mesma de gatas, tentou sugerir então a marquesa o que ajudou bastante porque fiquei com o tronco mais vertical, não estava mesmo de quatro, estava ligeiramente elevada e nessa posição notei que foi melhor para ela nascer” E4 “a enfermeira foi sugerindo por exemplo mobilizar uma anca, e colocar uma perna mais à frente que a outra, fazer alguns movimentos da bacia, pronto tudo aquilo que nós sabemos que ajuda” E4 “Sim, a enfermeira parteira por acaso era uma pessoa que está habituada a fazer este tipo de partos, portanto correu super bem” E5 “Na altura do trabalho de parto a enfermeira é que me disse: olhe nesta fase costuma funcionar bem o cubo” E6 “nós testamos várias posições, incentivados pela enfermeira, e essa foi a que mais se adequou” E7 “Eu não estava a fazer a força correta. Então a enfermeira parteira sugeriu tentar uma posição diferente” E7 “Foi ela que sugeriu e apoiou em todos os momentos. Por acaso fiquei contente dela ter sugerido essa posição.” E8 “quando começamos a entrar na fase do expulsivo e ela esteve-me a explicar as várias posições que podia escolher e perguntou-me como é que eu preferia” E9 “Mas a enfermeira perguntou-me se eu queria experimentar a de cócoras, uma vez que eu durante a fase de dilatação já tinha usado essa posição, e se calhar pareceu-lhe que eu ficava confortável assim, ela sugeriu. E pensei que seria uma boa hipótese” E9 “Foi ela que me sugeriu as cócoras, porque quando eu lhe perguntei se podia mudar de posição estava a pensar na posição de 4 apoios. Ela sugeriu-me as cócoras e articulou a marquesa de forma a permitir-me ficar naquela posição. E eu gostei e optei por aquela”	15
	Apoio na tomada de decisão da mulher	E1 “e a enfermeira perguntou-me se eu estava confortável assim, se queria tentar outra posição e eu disse-lhe que não e ela disse OK por mim está ótimo” E1 “O facto de ter tido liberdade para escolher e ter adotado a posição que me fez sentido” E1 “tive a liberdade de escolher a posição que eu quis” E2 “a enfermeira deixou-me à vontade para tudo” E3 “acabou por ser a mais fácil (posição) que encontramos para mim” E4 “Ela estava muito bem preparada para fazer o parto nesta posição. Mesmo quando eu fiquei no chão no início, ela estava super à vontade, disse-me: vais ter aqui o bebé não há problema nenhum, não precisas de subir para a marquesa. Foi super à vontade. E4 “Quem me assistiu no expulsivo foi a enfermeira que estava a entrar de turno, foi na transição... não me fizeram toques nem nada deixaram-me fazer o que eu quis sempre, foi muito diferente. E4 “a enfermeira ajudou-me imenso na gestão do trabalho de parto” E5 “Elas diziam para eu ver como é que estava mais confortável e diziam: “nós cá nos arranjamós”.	19

	E5 “sinto que fui muito respeitada nesse sentido e que eles próprios também tentaram que não fosse na posição tradicional” E6 “Ela (enfermeira) pedia muita ajuda ao meu companheiro que estava presente e, portanto, foi um trabalho de equipa a 3 mesmo” E6 “Eu apanhei dois turnos, e em ambos os turnos viram o meu plano de partos. Eu senti mesmo que as enfermeiras sabiam exatamente aquilo que eu queria” E6 “tive total liberdade de movimentos e total liberdade de opções que queria fazer” E8 “Sim a enfermeira parteira foi 5 estrelas. Ela já estava sensibilizada para o meu desejo em adotar uma posição vertical. Sabia o que é que eu queria, o que é que eu não queria” E8 “Ela explicou tudo e pôs tudo à disposição para eu fazer como quisesse, deu-me as condições todas.” E9 “Eu perguntei se podia mudar de posição e também senti que a equipa me estava a dar abertura para isso” E9 “Gostei da forma como ela me explicou as coisas e da disponibilidade dela e dos não julgamentos” E9 “Queria ser parte integrante de tudo e basicamente queria era comunicação, não queria que me fizessem alguma coisa sem me avisarem antes. E assim foi. Ela avisava-me sempre de tudo, explicava-me tudo. Então foi bom” E9 “Perguntaram-me qual a posição que eu queria”	
--	---	--

APÊNDICE XVII - Sessão de educação para a saúde
“Infeções Sexualmente Transmissíveis”



Infeções Sexualmente Transmissíveis



Sumário

- **O que são IST's**
 - **Como se transmitem**
 - **Quem pode ser infectado**
 - **Prevalência das IST's**
 - **Quais as IST's mais comuns**
 - **Como se manifestam**
 - **Como se tratam**
 - **Quais as suas consequências**
 - **O que se deve fazer quando se tem uma IST**
- 

O que são IST's

São infeções que passam de uma pessoa para outra durante as relações sexuais.

São provocadas por microrganismos tais como bactérias, vírus e parasitas

Como se Transmitem

São transmitidas principalmente por contato sexual desprotegido (oral, anal ou vaginal)

Algumas DSTs também podem ser transmitidas da mãe para o filho durante a gravidez, parto e amamentação

Quem pode ser infetado

Qualquer pessoa sexualmente activa, seja homem ou mulher, pode ser infetada. Basta ter relações sexuais com uma pessoa que esteja infetada.



**A transmissão
é facilitada se
não se usar
preservativo**

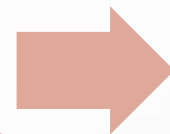
Não escolhem

- Sexo
- Idade
- Estatuto social



Algumas não apresentam sintomas

- Mesmo que não se nota nada exteriormente, não significa que a pessoa não esteja infectada



Grupos de risco

- Todos corremos risco!!

Prevalência das IST's

- Mais de 1 milhão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são adquiridas todos os dias em todo o mundo
- Em 2020 a OMS estimou 374 milhões de novas infecções com 1 das 4 DSTs curáveis: clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoniase.
- Estima-se que mais de 500 milhões de pessoas de 15 a 49 anos tenham uma infecção genital pelo vírus herpes simplex (HSV ou herpes)

Em 2018, em Portugal:

- **908 casos de sífilis**, com maior incidência nos homens entre os 15-44 anos;
- **479 casos de clamidia**, principalmente em mulheres e homens com idade compreendida entre 15-34 anos;
- **789 casos de gonorreia**, com maior incidência nos homens entre os 15-34 anos;

Em 2019 registaram-se **778 novos casos de VIH / SIDA** em Portugal.

Causas do aumento das IST

- Início precoce das relações sexuais
- Múltiplos parceiros sexuais
- Não se utilizar preservativo
- A população jovem apenas conhece o VIH/Sida como IST
- Perda da perceção de risco
- Desconhecimento de que algumas práticas sexuais, como o sexo oral, apresentam risco de transmissão de IST

Quais as IST mais comuns

Bacterianas

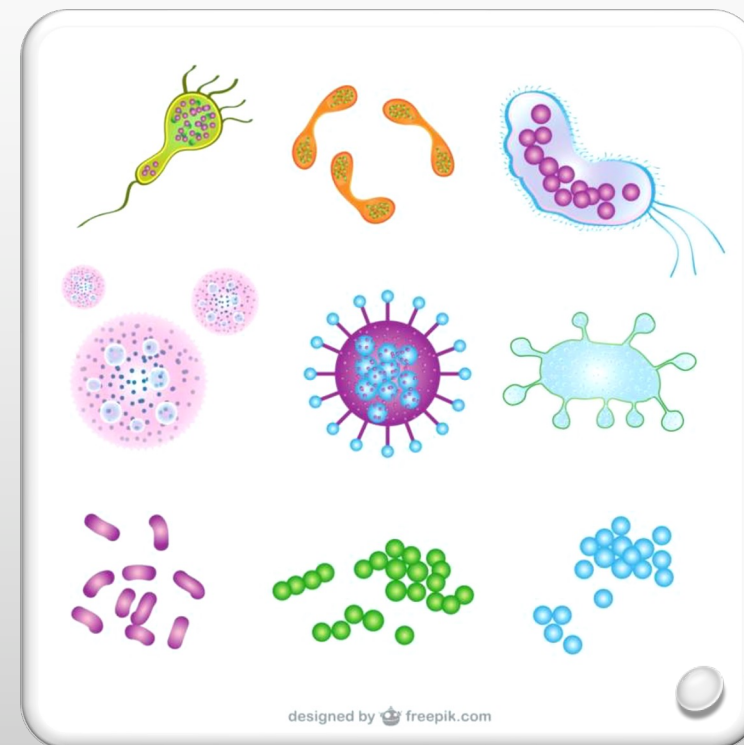
- Gonorreia
- Clamídia
- Sífilis
- Vaginose Bacteriana
- Micoplasma genital
- Uretrite não específica

Virais

- Herpes genital
- HPV
- HIV

Parasitárias

- Sarna ou escabiose
- Tricomoníase
- Pediculose ou piolhos púbicos



Como se manifestam

A maioria das infecções sexualmente transmissíveis não causam sintomas

Os infetados não sentem necessidade de procurar um médico, não são tratados e continuam a transmitir a infeção aos seus parceiros

Sinais de alerta

- Corrimento anormal dos órgãos genitais que pode ter mau odor
- Vermelhidão, bolhas e verrugas na região genital
- Dor ou sensação de ardor ao urinar
- Dores abdominais
- Dor/ardor na relação sexual
- Febre

Diagnóstico

- Colheita de sangue
- Colheita de secreções dos órgãos genitais
- Exame físico



Como se tratam

O tratamento **depende da infecção em causa.**

- As que são causadas por bactérias, fungos e parasitais **são curáveis;**
 - As infecções pelos vírus da hepatite B, vírus *Herpes simplex*, vírus da imunodeficiência humana (VIH) e vírus do papiloma humano (HPV) não têm um tratamento curativo.
- O **objetivo do tratamento é controlar a infecção e os seus efeitos** a longo prazo.



Quais as suas consequências

As infeções sexualmente transmissíveis podem ter **implicações graves na saúde e qualidade de vida a longo prazo**, nomeadamente porque algumas aumentam o risco de:

- doenças neurológicas
- doenças cardiovasculares
- impacto negativo na saúde sexual e reprodutiva
 - infertilidade
 - gravidez ectópica
 - nados-mortos
 - transmissão materno-infantil
- aumento do risco de neoplasias (p.ex. HPV (cancro do colo do útero, VHB cancro do fígado)

O que se deve fazer quando se tem uma IST?

Procurar um médico e fazer as análises necessárias

Completar os tratamentos indicados, pois a infeção pode permanecer, mesmo que os sintomas desapareçam, se o tratamento não for feito até ao fim.

Evitar ter relações sexuais enquanto se realiza o tratamento, para não haver transmissão da infeção

Informa a(s) pessoa(s) com as quais tiveram relações sexuais de que podem estar infetadas e que devem ir ao médico e fazer análises, mesmo que se sintam saudáveis e não tenham sintomas

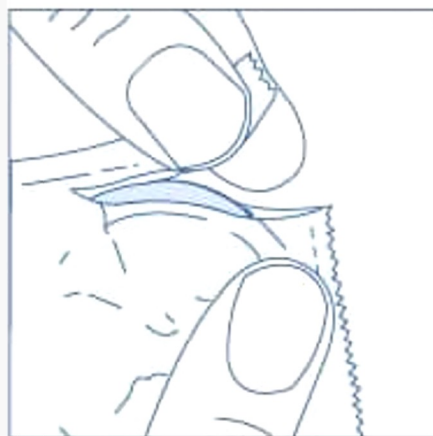
A prevenção e a deteção precoce são a melhor maneira de evitar complicações de saúde mais graves.

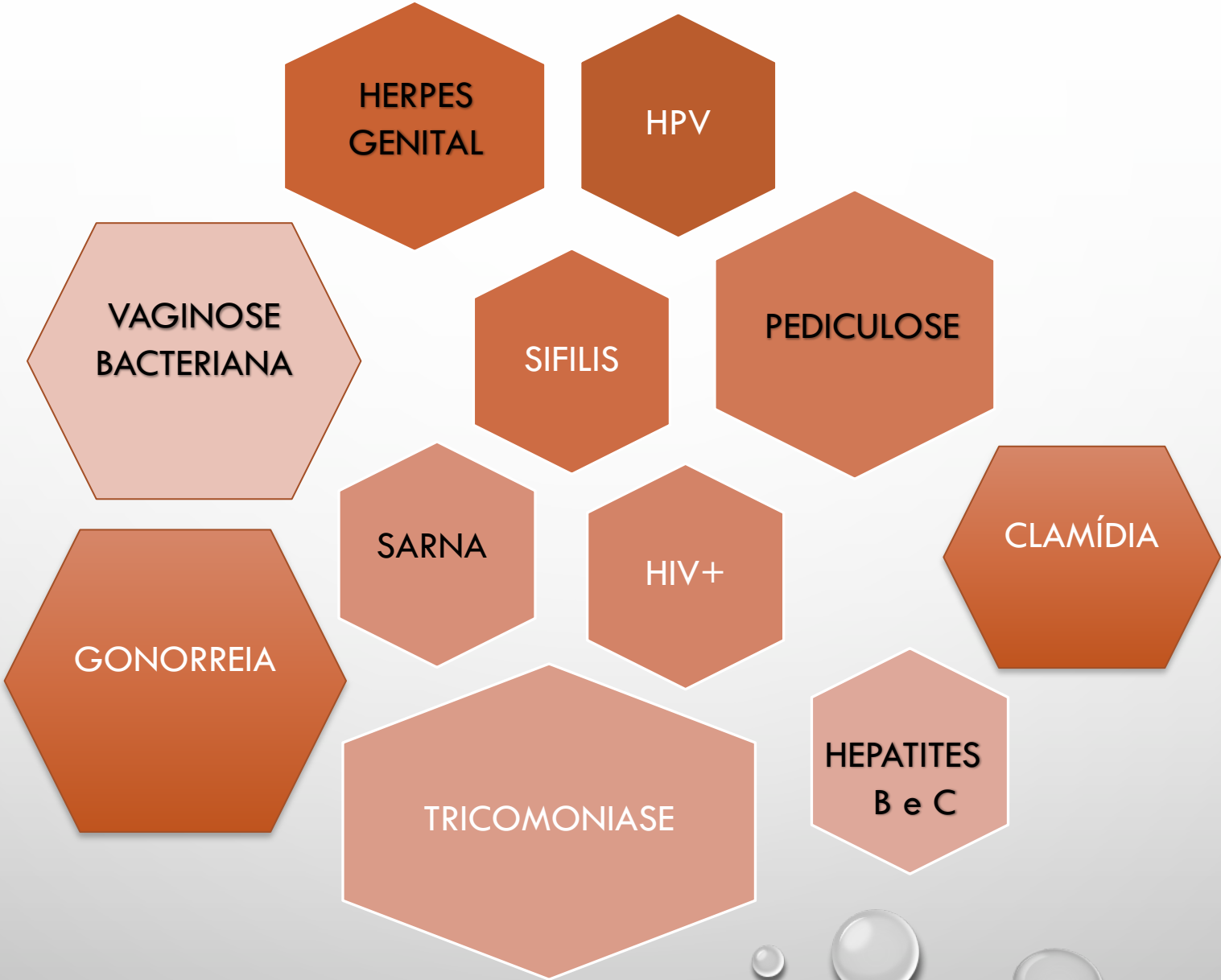
Prevenção



É o **único** método contraceptivo que previne as IST's.

Como usar um preservativo masculino





HERPES
GENITAL

HPV

VAGINOSE
BACTERIANA

SIFILIS

PEDICULOSE

SARNA

HIV+

CLAMÍDIA

GONORREIA

TRICOMONIASE

HEPATITES
B e C

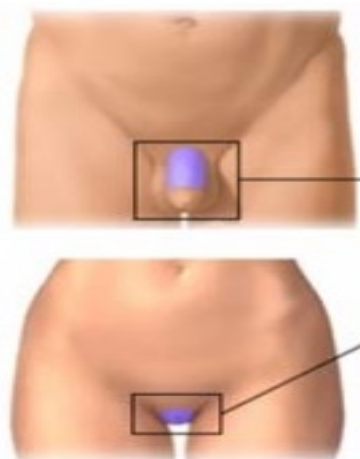
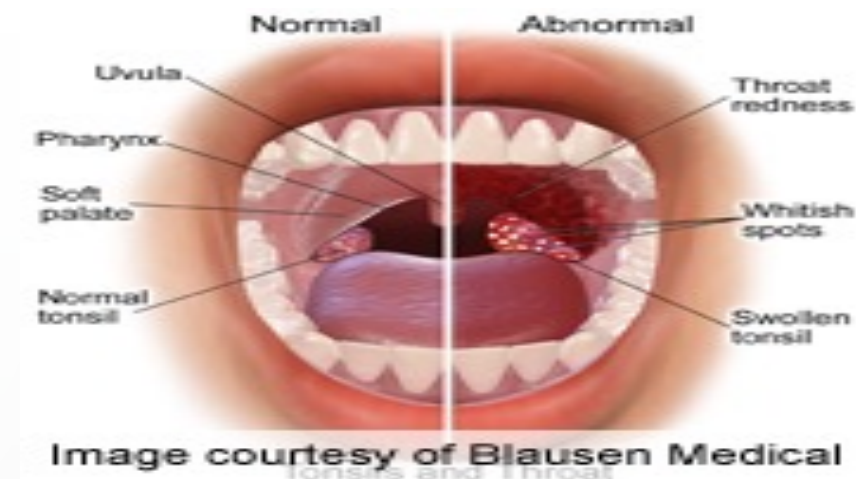
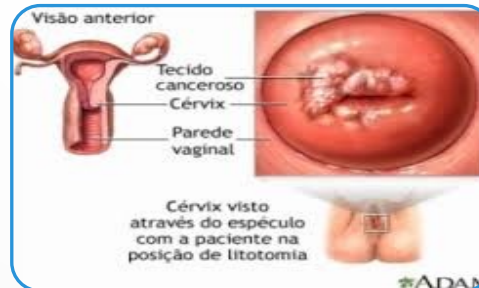
HPV

Os serotipos de HPV transmitidos sexualmente são cerca de 50, e dividem-se em dois grupos:

- **HPV de alto risco** – incluem os serotipos 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58, que são os responsáveis por cerca de 75% das lesões malignas (cancros) genitais.
- **HPV de baixo risco** – incluem os serotipos 6 e 11, responsáveis pela maioria das doenças benignas: condilomas acuminados ou verrugas genitais.

Na maioria dos casos, a infecção por HPV **não ocasiona qualquer manifestação** e o organismo elimina o vírus algum tempo após a infecção

HPV



Genital warts:
Found on shaft of penis (male),
vagina, vulva, cervix (female)
and around anus

Existem tratamentos para as lesões.
Os métodos podem variar entre a aplicação de
medicamentos nas lesões, crioterapia,
eletrocoagulação, laser ou excisão cirúrgica.

Todos estes tratamentos destroem as lesões mas **não
eliminam o HPV do organismo**

HPV

Vacinação- PNV Raparigas e Rapazes (10 anos)

- Vacina nonavalente contra 9 tipos de HPV de alto e baixo risco (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58)
- A vacina é exclusivamente preventiva (administrada preferencialmente antes do início da vida sexual).
- A vacinação contra o HPV reduz o risco de cancro do colo do útero, mas não o elimina (Deve efectuar o rastreio do colo do útero regularmente).

HERPES GENITAL



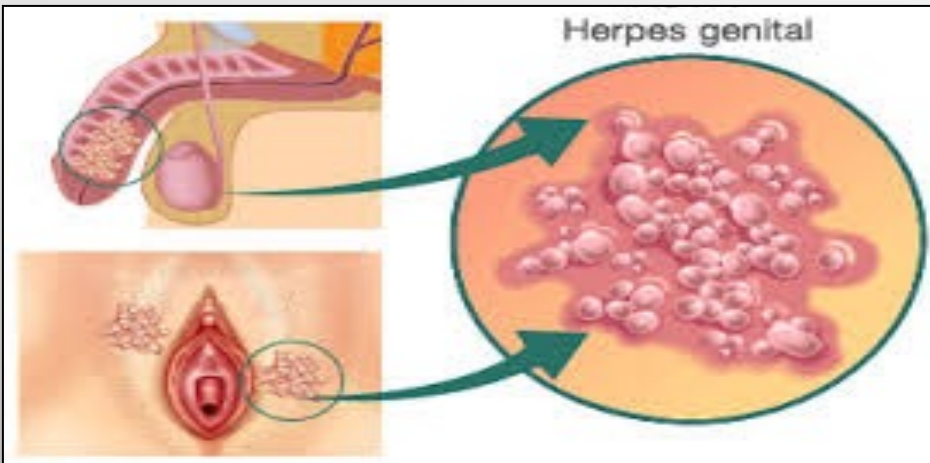
Provocada pelo vírus *Herpes simplex*.



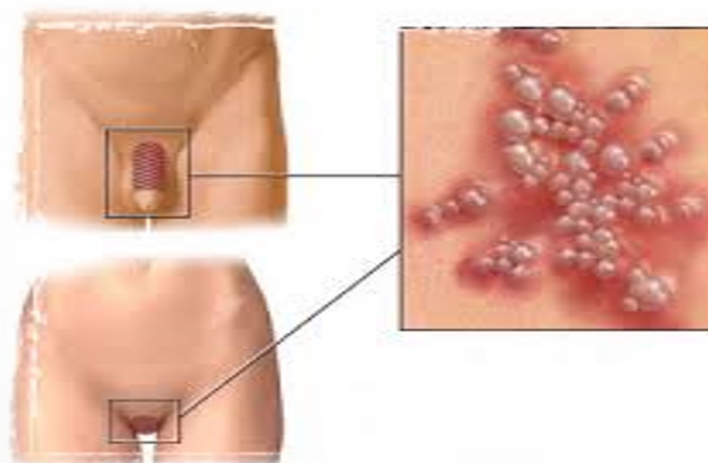
Comichão, sensação de queimadura e **pequenas bolhas preenchidas de líquido, que acabam por rebentar deixando feridas avermelhadas e dolorosas**



O objetivo do tratamento é diminuir a frequência dos surtos e **aliviar os sintomas.**



CLAMÍDIA



Provocada por uma bactéria designada **Chlamydia trachomatis**

Pode localizar-se na boca, pênis, vagina ou ânus.

Pode infetar homens e mulheres em qualquer idade

No caso dos homens pode causar infeção da uretra, nas mulheres infeção do colo do útero e em ambos os géneros infeção do reto.

CLAMÍDIA

Mulheres

Sintomas são raros

Corrimento vaginal
Dor abdominal
Dor no ato sexual
Dor ou sensação de ardo urinar
Náuseas
Febre.

Homens

Sintomas são mais frequentes

Dor ou sensação de ardência a urinar
Dor ou desconforto testicular
Inchaço do escroto
Sensação de comichão na uretra

SÍFILIS

Provocada pela bactéria
Treponema pallidum



O tratamento é feito
com **antibiótico**



A infecção pode provocar
complicações graves se
não for diagnosticada e
tratada a tempo.

SÍFILIS





GONORREIA



Provocada pela
bactéria **Neisseria
gonorrhoeae**



Pode infectar o
epitélio da uretra, o
colo do útero, o ânus
e a orofaringe



Período de
incubação: 2 a 5 dias.

GONORREIA

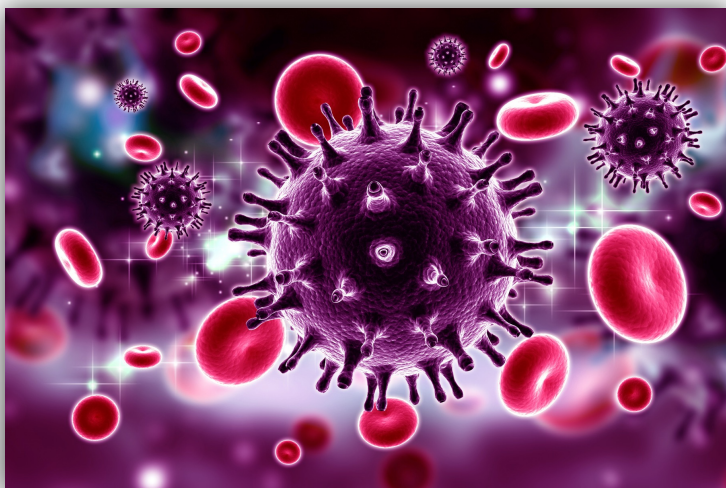
As mulheres são maioritariamente assintomáticas, no entanto pode apresentar os seguintes sintomas:

- Corrimento vaginal, por vezes abundante, de cor diferente do habitual e com algum cheiro
- Dor e ardor ao urinar,
- Sangramento fora dos períodos menstruais,
- Dor nas relações sexuais.

Nos homens os sintomas são mais comuns:

- Corrimento uretral, amarelo esverdeado, por vezes abundante e com cheiro.
- Dor e ardor ao urinar.
- Dor nos testículos.

HIV



Infeção por HIV (Vírus da
Imunodeficiência Humana)

Encontra-se no sangue, no sêmen,
no líquido pré-ejaculatório, nos
fluidos vaginais e no leite materno.

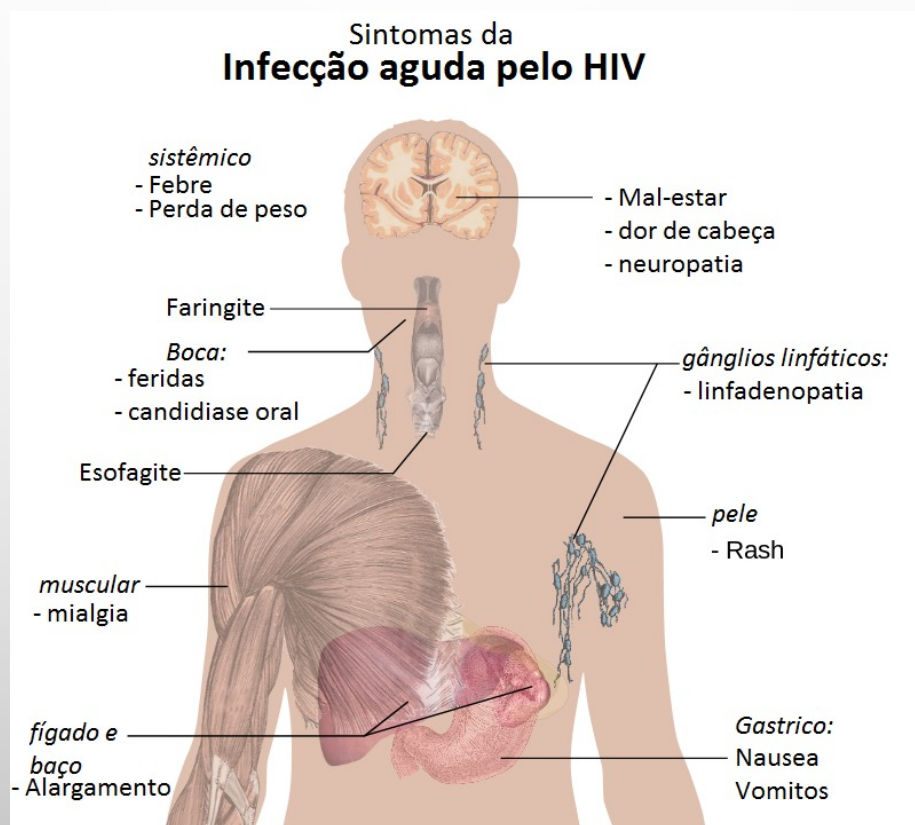
Provoca destruição do sistema
imunitário



O tratamento com **antirretrovirais** diminui a
multiplicação do vírus, reduz a carga viral e evita o
desenvolvimento da SIDA

HIV

A **SIDA** (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença que resulta da infecção causada pelo HIV e está relacionada com a degradação progressiva do sistema imunitário, podendo surgir anos após a infecção.



HEPATITE B

- Infecção viral que ataca o fígado pode causar doença aguda ou crónica
- O vírus transmite-se através do sangue e de fluidos orgânicos com a pessoa infetada.
- Não existe tratamento. Tratam-se os sintomas e as complicações
- A vacina preventiva da hepatite B tem eficácia de 95%.
- Plano Nacional de Vacinação - VHB (nascimento, 2 e 6 meses)
- Em 90% dos casos a Hepatite B é a pessoa não apresenta sintomas
- Os portadores podem desenvolver lesões hepáticas graves, como a cirrose e o cancro no fígado.

TRICOMONÍASE

Parasita
Protozoário
Unicelular
Trichomonas
Vaginalis

Tratamento
com antibiótico

Corrimento
vaginal
amarelado e
cheiro fétido

Urinar com
frequência e
dor

PEDICOLOSE PÚBLICA



Provocada pelo parasita
Phthirus pubis



Infeta os pelos da púbis e coxas

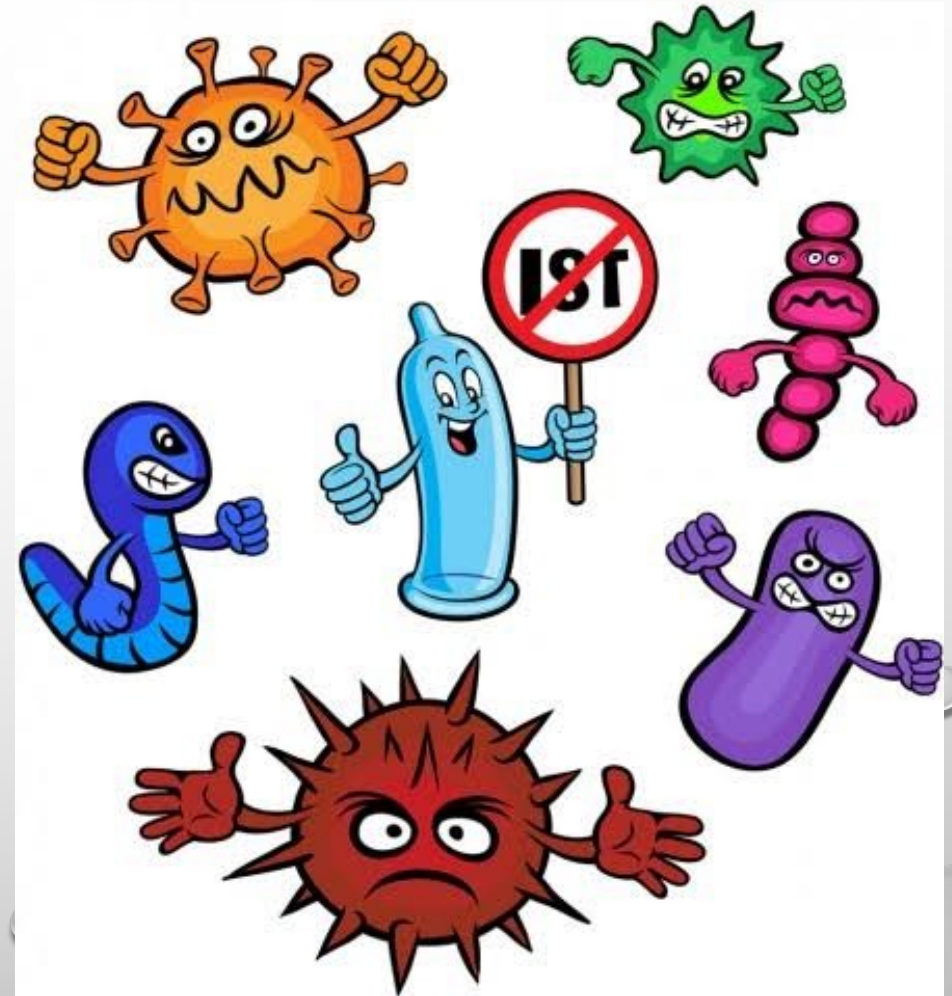


Contágio resulta do contacto direto
com pelos púbicos dos/as
parceiros/as



Principal sintoma: Comichão

COMO NOS PROTEGEMOS DAS IST's?



**OBRIGADA
PELA VOSSA
ATENÇÃO!**