



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

**Parto em movimento: o conforto proporcionado pelo
Enfermeiro Obstetra**

Andreia Sofia Brito Grazina

**Lisboa
2020**



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

**Parto em movimento: o conforto proporcionado pelo
Enfermeiro Obstetra**

Andreia Sofia Brito Grazina



Professora Orientadora: Maria Helena Bertolo
Professora Coorientadora: Maria João Delgado



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções decorrentes da discussão pública

“Um parto é um mergulho dentro de si, um encontro inexorável com as questões mais íntimas e subjetivas nas águas revoltas e escuras do inconsciente. Todavia, é também um salto no oceano de palavras que nos circundam, nos envolvem e nos dão significado. Ambos os mergulhos produzem as suas revoluções, as suas agitações e voltas, mas do choque produzido por tais saltos emerge uma gigantesca onda, de cuja energia se produz a característica única e irrepetível de cada nascimento”.

(Balaskas, 2017)

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Maria João Delgado por ter recebido de braços abertos a temática do relatório. Obrigada pela motivação constante, apoio, disponibilidade e, essencialmente, pela paciência.

Ao Enf.^o Luís Miranda por me dar força em todos os momentos que pensei desistir. Obrigada pelo incentivo e compreensão.

Às Enfermeiras Irene Cristina e Vanda Pinto pela forma como me receberam e, pelo profissionalismo que demonstraram. Não tenho palavras para vos agradecer. Obrigada por todos os saberes partilhados e por me ouvirem nos momentos mais difíceis.

Aos meus colegas pelo apoio contante, por ouvirem os meus desabafos, e serem um dos pilares para continuar sempre em frente.

À minha mãe que me incentivou desde o primeiro dia, por nunca me ter deixado desistir, por todo o carinho, apoio e amor. Obrigada por me teres ensinado a nunca desistir dos meus objetivos. A nossa estrelinha deve estar orgulhosa.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhas pela compreensão das minhas ausências e por me incentivarem a realizar o meu sonho.

Aos meus sogros por todo o apoio desde o primeiro dia. Obrigada por estarem sempre presentes ao longo deste percurso.

Aos meus amigos por todos os momentos de descontração, por todas as palavras de carinho e essencialmente por estarem de braços sempre abertos à minha espera.

A ti meu amor, não tenho palavras para agradecer o apoio que me deste ao longo deste percurso. Foste o meu pilar! Obrigada do fundo do coração pela paciência.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardio-Fetais

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

Art. - Artigo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

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

CNA - Canadian Nurses Association

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensíno Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESBCO – Elton B. Stephens Company Publishing

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HTA – Hipertensão Arterial

ICM - International Confederation of Midwives

IO – Índice Obstétrico

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBÍ – Joanna Briggs Institute

LA – Líquido Amniótico

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

N.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCM - Royal College of Midwives

REBA – Rotura Espontânea da Bolsa de Águas

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – United Nations Children’s Fund

RESUMO

A humanização e a experiência de parto positiva têm-se vindo a tornar não só uma preocupação da mulher/família, como também dos profissionais de saúde, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Na atualidade, abordam-se temas como a não instrumentalização do parto, as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, a liberdade de movimentos e, há uma preocupação constante, na promoção do conforto da mulher/família.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é um profissional dotado de competências na assistência ao parto normal, tornando-se um elemento fulcral na capacitação da mulher/família e na promoção de medidas de conforto, nomeadamente com a utilização da liberdade de movimentos. A tomada de decisão partilhada promove a autonomia da mulher/família, devolvendo-lhe o protagonista do parto.

Concomitantemente com o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, desenvolvi como tema de interesse o conforto proporcionado pelo enfermeiro obstetra no parto, através do movimento. Partindo da questão de pesquisa “Qual a influência do movimento no conforto da mulher em trabalho de parto”? elaborei uma *Scoping Review*, de forma a mapear toda a literatura existente sobre a temática. A realização da mesma, permitiu delinear intervenções promotoras do conforto através da liberdade de movimentos (prática baseada na evidência), que posteriormente foram analisadas e refletidas (prática reflexiva), de acordo com a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

Os resultados demonstraram que a capacitação do enfermeiro especialista, no âmbito da promoção do movimento no trabalho de parto, é um fator determinante para o *empowerment* da mulher/família. O estabelecimento de uma boa relação, com base na empatia, confiança e escuta ativa, influencia a experiência de parto da mulher/família, podendo afetar o conforto no parto em movimento.

Palavras-chave: Conforto do Paciente; Movimento; Parto Normal

ABSTRACT

The humanization and positive labor experience have come to not be a worry to the woman/family as well as to the healthcare professionals, specially to the midwife. Nowadays, topics such as non-instrumentation of childbirth, non-pharmacological measures for pain relief, freedom of movements and, a constant concern to promote the comfort of woman/family are addressed.

The specialist nurse in Maternal and Obstetrics Healthcare Nursing is a professional with skills in the care of normal birth, becoming a key element in the empowerment of woman/family and the promotion of comfort measures, including the use of freedom of movement. Shared decision making promotes the autonomy of woman/family, giving them back the protagonist role on childbirth.

Concurrently with the development of common and specific skills of the specialist nurse in Maternal and Obstetrics Health, I developed as a subject of interest, the promotion of comfort given by the midwife during the labor through movement. Based on the research question “What is the influence of movement on the comfort of woman in labor”? I prepared a Scoping Review in order to map all existing literature on the topic. The realization of it, allowed to delineate comfort-promoting interventions through freedom of movement (evidence-based practice), which were later analysed and reflected (reflexive practice), according to Katherine Kolcaba's Theory of Comfort.

The results showed that the qualification of the specialist nurse, within the scope of the movement promotion in labor, is a determining factor for the empowerment of woman/family. The establishment of a good relationship, based on empathy, trust and active listening, influences the woman's/family's childbirth experience, which may affect the comfort of the moving childbirth.

Keywords: Patient Comfort; Movement; Normal Birth

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	16
1.1. A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba	16
1.2. A Assistência ao Parto Normal	20
1.3. O Movimento no Trabalho de Parto	21
2. METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	26
2.1. Prática Baseada na Evidência – <i>Scoping Review</i>	26
2.1.1. Objetivos e Questão de Pesquisa	27
2.1.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	28
2.1.3. Estratégia de Pesquisa	28
2.1.4. Resultados da Pesquisa	30
2.2. Prática Reflexiva	34
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA	36
3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e pós-natal	37
3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade que recorre ao SUOG	40
3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	44
3.3.1. Resultados da prática baseada na evidência: promoção do conforto da mulher em trabalho de parto através do movimento	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

ANEXOS

ANEXO I – Estratégia de Pesquisa na Base de Dados CINAHL

ANEXO II – Estratégia de Pesquisa na Base de Dados MEDLINE

ANEXO III – Estratégia de Pesquisa na Base de Dados COCHRANE

APÊNDICES

APÊNDICE I – Termos de Pesquisa CINAHL, MEDLINE e Cochrane Database Systemic Reviews

APÊNDICE II – Diagrama de Prisma

APÊNDICE III – Quadros de Extração de Dados da Revisão *Scoping*

APÊNDICE IV – Apresentação e Categorização dos Resultados

APÊNDICE V – Caracterização do local de EC

APÊNDICE VI – Plano de Sessão: Preparação para o Parto – O envolvimento do companheiro durante o trabalho de parto/parto

APÊNDICE VII – Guia Fotográfico

APÊNDICE VIII – Apresentação da Scoping: Conforto no parto em movimento: uma intervenção do Enfermeiro Obstetra

APÊNDICE IX – Grelha de Registo de Interação

APÊNDICE X – Poster “Conforto no Parto em Movimento: Uma Intervenção do Enfermeiro Obstetra – Revisão *Scoping*”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Mobilização da Teoria do Conforto de <i>Katherine Kolcaba</i>	24
Quadro 2 - Mnemónica PCC segundo <i>JBIR Reviewer's Manual 2017</i>	26

INTRODUÇÃO

O presente relatório contempla a análise, reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas ao longo da UC Estágio com Relatório, no âmbito da área de interesse escolhida, como também no desenvolvimento das competências preconizadas pela OE (2019) e ICM (2019). Após a elaboração e posterior discussão pública deste relatório pretende-se obter o título de EEESMO e o grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O relatório tem como finalidade expor, através de um processo reflexivo, dinâmico e contínuo, o percurso de aprendizagem desenvolvido com vista à aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO, de acordo com a OE (2019), e ainda das competências de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia discriminadas no Decreto-Lei nº.115/2013, de 7 de agosto de 2013. No que concerne às competências comuns, pretende-se desenvolver a **Competência A1** “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, a **Competência B2** “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” e a **Competência D2** “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Relativamente às competências específicas do EEESMO, pretende-se desenvolver as competências do Regulamento nº391/2019 de 03 de maio de 2019, e também as indicadas pela ICM (2019). De forma a obter o título de EEESMO foi necessário dar cumprimento às exigências mínimas de formação da Directiva 80/155/CEE, de 21 de janeiro de 1980, que regulamenta o acesso às atividades de parteira e o seu exercício, que também se encontram explanadas no Decreto-Lei nº.15/92, de 4 de fevereiro de 1992.

A filosofia dos cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica é descrita pelo cuidar centrado na mulher, dando prioridade aos seus desejos e necessidades e enfatizando a importância da escolha informada, da

continuidade de cuidados, do envolvimento das utentes, da eficácia clínica e ainda, da capacidade de resposta e acessibilidade (OE, 2015b).

O presente relatório irá também aprofundar a área de interesse, o conforto proporcionado pelo EEESMO no trabalho de parto, através do movimento. A hospitalização da mulher durante o trabalho de parto favoreceu a sua medicalização, deixando este de ser um processo natural, privado e familiar, e passando a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde, o que favoreceu a submissão da mulher (Moura, et al., 2007). Assim, a pertinência da área de interesse escolhida decorre da preocupação com o aumento substancial da aplicação de práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto. Este aumento da medicalização do trabalho de parto afeta negativamente a experiência de parto da mulher e a sua capacidade de dar à luz (OMS, 2018). A OMS (2018) realça que a escolha de posições de nascimento pode ter impacto positivo na experiência de parto, sendo fundamental que nenhuma posição seja imposta e que seja a mulher a escolher a posição que considera mais confortável. Neste sentido, considero que o EEESMO deve incluir a mulher na tomada de decisão sobre os seus cuidados de saúde, sendo fundamental para assegurar que tem uma experiência de parto positiva (OMS, 2018; Nieuwenhuijze et al., 2013; Jonge, Teunissen, Van Diem, Scheepers & Lagro-Jansen, 2008; Green, 2015; Roy, Moreno & Jimeno, 2014).

A liberdade de movimentos traduz-se em deambular, caminhar ou mover-se e mudar de posição. Todos estes movimentos facilitam o trabalho de parto, constituindo-se como uma excelente forma de distração dos desconfortos inerentes a este processo, permitindo o conforto da mulher, a sensação de controlo do próprio corpo e a interação com a pessoa significativa, o que torna o processo mais satisfatório (Ferrão & Zagão, 2017). A deambulação está intimamente ligada à liberdade de movimentos e à adoção da posição mais confortável para a mulher. Esta deve ser incentivada a encontrar a posição que lhe proporcione maior conforto, uma vez que pode influenciar a sensação de bem-estar e controlo relativamente a todo o processo de nascimento (Amaral & Martins, 2016). As posições convertem-se em atitudes, no sentido em que a mulher passa a ser ativa e não espetadora do seu parto (Calais-Germain &

Parés, 2007). Balaskas (2017) reforça que as vantagens de deambular e adotar posições verticais durante o trabalho de parto incluem, a maior intensidade das contrações uterinas, sendo estas mais regulares e frequentes; a dilatação do colo é mais eficiente; o relaxamento mais profundo entre as contrações; a maior pressão exercida pela cabeça fetal no colo durante o período de repouso; a menor duração do primeiro e segundo estádios do trabalho de parto; redução do *stress* e da dor; e a menor incidência de sofrimento fetal durante o parto. A promoção de posições verticais aumenta a eficácia e a frequência das contrações uterinas, o que promove a dilatação cervical e a descida do bebê, contribuindo para a progressão do trabalho de parto e prevenção de distócias (Roy et al., 2014 e Lawrence et al., 2013).

O referencial teórico orientador da minha prestação de cuidados foi a Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba*, que pressupõe uma visão holística de enfermagem, centrada no cliente, reconhecendo que toda a pessoa compreende uma vida mental, espiritual e emocional intimamente ligada com o seu corpo físico, sendo o conforto um *outcome* importante. Este é uma condição relaxada, saudável, tranquilizadora e individualizada, necessária à realização de tarefas especiais (Kolcaba, 2003). Assim, a autora apresenta como definição de conforto, a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos de experiência físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba 2003).

A fim de desenvolver competências no âmbito do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pretende-se aprofundar a capacidade de análise, pesquisa e mobilizar a evidência científica nos contextos da prática de cuidados. Neste sentido, a metodologia utilizada para o desenvolvimento de competências foi a prática baseada na evidência, através da realização da *Scoping Review* referente à temática em estudo, e a prática reflexiva, no sentido de analisar as estratégias implementadas e atividades desenvolvidas face aos resultados obtidos, de acordo com os objetivos e atividades traçados para a UC Estágio com Relatório.

Parto em Movimento:
O Conforto Proporcionado pelo Enfermeiro Obstetra

Os objetivos do presente documento são: descrever o percurso de aprendizagem realizado; refletir sobre as estratégias implementadas com vista à promoção do conforto no trabalho de parto em movimento e o seu contributo na prestação de cuidados de enfermagem especializados; demonstrar as competências adquiridas e/ou aprofundadas para a obtenção do título de EEESMO e do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Os resultados esperados inerentes à prática de cuidados e ao desenvolvimento da temática de interesse, assentam na aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO, espelhando uma prática promotora do parto normal, aliada à liberdade de movimentos e ao conforto.

No que concerne à estrutura, o relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro é relativo ao enquadramento teórico e concetual e tem três subcapítulos, sendo eles: A assistência ao parto normal; A importância do movimento no trabalho de parto e; Teoria do conforto de *Katherine Kolcaba*. O segundo capítulo diz respeito à metodologia utilizada e o terceiro capítulo à análise crítica do percurso desenvolvido e das competências adquiridas. Por fim, apresentam-se as considerações finais onde são revelados os contributos da realização deste relatório, refletindo sobre as limitações e perspetivando o desenvolvimento/continuidade do trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEITUAL

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de Nascer.”

Michel Odent

O cuidado de enfermagem é um processo intelectual e afetivo que procura promover e dignificar a vida humana. A promoção de uma experiência de parto positiva, através do conforto e da liberdade de movimentos, deve assumir-se como preocupação central da prestação de cuidados do EEESMO. Neste sentido, a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba foi o referencial teórico que sustentou o presente relatório, uma vez que assenta nos objetivos delineados e fundamenta os cuidados de enfermagem prestados ao longo deste percurso formativo para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, no sentido de capacitar a mulher para a importância do movimento no trabalho de parto como promotor de conforto, através da liberdade de movimentos.

1.1. A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

O conforto é um *outcome* importante, tornando-se essencial para a otimização do funcionamento dos clientes, do qual resulta um estado holístico que captura aspetos simultâneos e interligados de uma experiência humana positiva. Os conceitos da teoria têm um baixo nível de abstração, o que permite que a mesma possa ser adaptada a todos os cuidados de saúde, em qualquer faixa etária, prestado em qualquer local (hospital, domicílio, comunidade) (Kolcaba, 2003).

Para Kolcaba, citado por Oliveira (2013, p.5) o conforto é “o estado imediato de ser fortalecido por ter necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos”. Estes contextos englobam o conforto físico (fatores que afetam o estado físico do utente), o conforto psicoespiritual (combina as componentes mental, emocional e espiritual do eu), o conforto ambiental (relativo ao ambiente envolvente, condições e influências)

e o conforto sociocultural (relacionado com relações interpessoais, familiares e sociais) (Kolcaba, 2003).

Para Kolcaba, um dos principais objetivos da Enfermagem passa por ajudar o indivíduo a suportar o seu sofrimento, a obter conforto, consolidando o seu potencial no sentido de realizar o seu projeto de vida. O conforto é um antídoto contra os fatores de *stress* inerentes às situações de saúde atuais. Além disso, os enfermeiros sentem-se mais satisfeitos com os cuidados que prestam (Kolcaba, 2003).

O paradigma de enfermagem da teoria engloba os 4 conceitos, a Enfermagem, a Pessoa/homem/cliente, o Ambiente e a Saúde. A **Enfermagem** é descrita como um processo de avaliação das necessidades de conforto do doente, onde são realizadas medidas para satisfazer as suas necessidades de conforto e após a sua implementação serão reavaliadas e comparadas com a linha de base anterior. A **Pessoa/homem/cliente** inclui todos os indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde. O **Ambiente** refere-se ao que envolve o cliente, família ou comunidade e que pode ser alterado, de forma a obter ganhos em conforto. A **Saúde** diz respeito ao funcionamento ótimo do cliente, família ou comunidade facilitado pelo aumento de conforto (Kolcaba, 1994, 2003).

A autora define três tipos de conforto: o **Alívio**, definido como um estado em que uma necessidade específica foi satisfeita; a **Tranquilidade**, definida como um estado de calma e satisfação; e a **Transcendência**, definida como um estado onde se está em cima dos problemas ou da própria dor. O contexto onde se pode experienciar o conforto pode ser: **Físico**, que pertence às sensações do corpo; **Psicoespiritual**, que pertence ao conhecimento interno do eu, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o significado da vida e a relação com uma ordem divina ou superior (religião); **Ambiental**, relativo às condições do meio e influências externas; **Social**, que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais. As intervenções de conforto são intervenções projetadas por enfermeiros para estudar necessidades específicas de conforto dos recetores, tais como intervenções fisiológicas, sociais, culturais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas (Kolcaba 2003). Assim, a intervenção de

enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009).

Kolcaba (2003) afirma que a promoção do conforto, requer a administração de medidas de conforto, apoiando e reconhecendo as próprias tentativas do cliente para o alcançar. Concomitantemente, a promoção do conforto surge intimamente ligada ao tipo de cuidados fornecidos, uma vez que o cliente não vai estar confortável se o enfermeiro agir de forma indiferente. Assim, as necessidades de conforto estão associadas a expectativas e normas culturais, sendo expectável cuidados de saúde competentes, individualizados, culturalmente sensíveis e completos. No que respeita à área de interesse deste relatório, a autora refere que mulheres em posição vertical aparentavam mais conforto, sendo que estas também podem ter experimentado estados psicológicos benéficos durante o trabalho de parto e nascimento, como sentimentos de controlo e poder natural sobre o seu corpo (Kolcaba, 2003).

Kolkaba (2003) apresenta o cuidar como humanista, altruísta, individualizado e direcionado para um objetivo. Considera-o uma ferramenta interdisciplinar, capaz de corresponder aos princípios éticos e morais de diferentes disciplinas, uma vez que parte do princípio da beneficência e encoraja a autonomia dos clientes. Este cuidado de conforto é baseado nas necessidades dos clientes e nos seus *inputs* sobre essas necessidades, atuando como uma força motivadora para a tomada de decisão, de acordo com os seus próprios interesses (Kolcaba, 2003). Por último, importa referir a existência de intensificadores de dor, como a ansiedade, o medo, a fúria, a culpa, a solidão e o desamparo que podem ter maior impacto na experiência de dor do que qualquer outra prescrição, ilustrando a importância da enfermagem os reconhecer para ir ao encontro do conforto holístico do cliente (Kolcaba, 2003).

Em obstetrícia, especificamente na sala de partos, as intervenções promotoras de conforto no trabalho de parto, por exemplo a liberdade de movimentos, capacitam a mulher para uma atitude mais ativa no nascimento, uma vez que a mulher que experiencia um estado de conforto consegue centrar-se de uma forma mais equilibrada em todo o processo (Schuiling & Sampsel, 1999).

Parto em Movimento:
O Conforto Proporcionado pelo Enfermeiro Obstetra

Escolhi a teoria do conforto de Katherine Kolcaba, uma vez que ao ser holística permite olhar o cliente nos diferentes contextos que este pode experienciar o conforto. Este modelo teórico de enfermagem orientará a prestação de cuidados e o processo de reflexão sobre a prática. Desta forma, o seguinte quadro relaciona os pressupostos teóricos da teórica com a prática de cuidados.

Quadro 1 – Mobilização da Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba*

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE KOLCABA	TRANSPosição PARA A PRÁTICA
TIPOS DE CONFORTO	
Alívio	- Satisfação das necessidades da mulher/família/RN; - O EEESMO como elemento facilitador da liberdade de movimentos.
Tranquilidade	- Promover calma e satisfação.
Transcendência	- Controlo da dor associado à liberdade de movimentos.
CONTEXTOS DO CONFORTO	
Físico	- Manter a mulher/família informada sobre as modificações que ocorrem ao longo do trabalho de parto; - Proporcionar relaxamento, reforçando a autoconfiança, a sensação de conforto e segurança.
Psico-espiritual	- Promover confiança na capacidade da mulher, favorecendo o <i>empowerment</i> .
Ambiental	- Promover um ambiente calmo, tendo em atenção a cor, o ruído, a luz e a temperatura.

Social	- Proporcionar a relação precoce com a tríade e o envolvimento do casal ao longo do trabalho de parto; - Relação Terapêutica com os profissionais de saúde.
---------------	---

1.2. A Assistência ao Parto Normal

A assistência ao parto normal, ao longo dos anos, tem vindo a sofrer profundas alterações. Acontecimentos como, a investigação, a evolução tecnológica, a emancipação da mulher e a facilidade no acesso aos cuidados de saúde podem influenciar a forma como este processo é vivenciado pela mulher/família. Araujo (2014), afirma que “o aspeto emocional e social antes envolvido na atenção ao parto normal deu lugar a um modelo biomédico, hospitalocêntrico, medicalizado, que colocou o parto como uma patologia”. Torna-se assim fundamental a desconstrução da grávida como paciente que necessita de intervenções médicas (exceto em situação de risco), destacando-se a ideia da parturiente, isto é, a mulher que apenas vai parir o seu bebé (Araujo, 2014).

O parto normal é um processo fisiológico único com o qual a mulher termina a sua gestação de termo, na qual fatores psicológicos e socioculturais estão envolvidos. É de início espontâneo, desenvolve-se e termina sem complicações, culminando com o nascimento e, não envolve mais intervenções do que o apoio abrangente e respeitoso do mesmo (FAME, 2006). A OE & APEO (2012) no documento “Pelo Direito ao Parto Normal – uma visão partilhada”, com base na definição da OMS (1996), definem parto normal como aquele que acontece espontaneamente, de um feto em apresentação de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação, sendo de baixo risco no início e mantendo-se assim até ao nascimento, após o qual, a mãe e o bebé se apresentam em boa condição de saúde.

Atualmente, diversas entidades como a OMS e, especificamente no caso da enfermagem, a OE emitem recomendações no que respeita à forma de atuação dos profissionais que prestam assistência à mulher em trabalho de parto e na importância da adoção de um modelo assistencial que respeite os direitos das parturientes, nomeadamente o direito ao consentimento informado, à recusa do tratamento médico, à saúde, ao tratamento igualitário, à privacidade e à vida (OMS, 2018; OE, 2015b; OE & APEO, 2012; OMS, 1996).

A Confederação Internacional de Parteiras (ICM, 2017) define parteira como uma profissional responsável, autónoma, que trabalha em parceria com as mulheres para prestar apoio, cuidados e aconselhamento necessários durante a gravidez, parto e puerpério. Acompanhar os nascimentos é responsabilidade da parteira, assim como proporcionar cuidados ao RN. Este cuidado inclui medidas preventivas, promoção do parto normal, deteção de complicações na mãe e na criança, acesso a cuidados médicos ou outra assistência adequada e à execução de medidas de emergência. A parteira tem uma tarefa importante no aconselhamento e educação para a saúde, não só para as mulheres, mas também dentro de suas famílias e da comunidade. Este trabalho deve incluir educação pré-natal e preparação para a maternidade. Uma parteira pode praticar em qualquer local, incluindo domicílio, comunidade, hospitais, clínicas ou unidades de saúde (ICM, 2017).

A assistência ao parto normal não necessita de intervenção nem medicalização, mas sim de encorajamento, apoio e de um cuidado próximo e individualizado (OMS, 2018). Assim, e de acordo com a OE (2015b), o cuidado centrado na mulher descreve a filosofia de cuidados do EEESMO, onde este assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, com base num cuidado holístico.

1.3. O Movimento no Trabalho de Parto

Em 1996, a OMS publicou recomendações, com base na evidência científica à data, onde desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, organizando-as em quatro categorias. A **Categoria**

A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, engloba as práticas que devem ser incentivadas e implementadas durante o trabalho de parto, no sentido de proporcionar uma assistência digna, segura, com qualidade e livre de riscos, garantindo os aspetos fisiológicos do parto. A liberdade de movimentos e as posições verticalizadas no 1º e 2º estádios do trabalho de parto são preconizadas como práticas eficientes para melhorar a evolução do mesmo (OMS, 1996). Em 2018, a OMS publica novamente recomendações relacionadas com os cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva. Recomenda-se encorajar a adoção de uma posição de parto à escolha da mulher, incluindo posições verticais, reforçando a importância de que qualquer posição em particular não seja imposta à mulher e que esta seja encorajada a adotar a posição que ela achar mais confortável (OMS, 2018).

As intervenções não-farmacológicas e não-invasivas, para aliviar a dor e garantir o conforto das mulheres durante o trabalho de parto, devem ser uma preocupação primordial dos profissionais de saúde, no sentido de fornecer orientações sobre práticas baseadas na evidência científica, a fim de garantir a segurança da mãe e do feto. Entre as numerosas práticas disponíveis, o movimento durante o parto tem recebido atenção especial, pois é uma intervenção simples, de baixo custo que permite uma grande variedade de posições, ajudando a aliviar a dor e a melhorar o conforto das mulheres durante o trabalho de parto (Miquelutti, Cecatti, Morais, & Makuch, 2009).

De acordo com a OE & APEO, é fundamental “facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários” e ainda “apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (OE & APEO, 2012, p. 11). Em 2015, a OE refere que na fase latente do trabalho de parto a mulher deve manter-se ativa e em movimento, preferencialmente em posições verticais (OE, 2015b). O movimento durante as contrações ou a mudança de posição entre as mesmas, muitas vezes aumenta o conforto e melhora o progresso do trabalho de parto. Caminhar, balançar e outros movimentos podem fazer parte do ritual rítmico para lidar com as contrações (Simkin, 2007).

Segundo o RCM (2012) as medidas de apoio e conforto físico durante o parto, incluem o incentivo de diferentes posições e mobilização. A APEO & FAME (2009) referem que as posições verticalizadas e o movimento na primeira fase do trabalho de parto reduzem a dor e permitem que o bebé tenha o máximo de espaço possível na pelve. O ICM (2019), no âmbito da promoção de um parto fisiológico, reforça a importância de incentivar a liberdade de movimentos e as posições verticais.

Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles (2013), referem que as posições verticais e a deambulação estão associadas à redução da duração do primeiro estágio do trabalho de parto, do uso de epidural como método de alívio da dor e do parto por cesariana.

Num estudo realizado sobre a influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto, concluiu-se que “o movimento e as orientações das posições verticais são eficazes para melhorar a evolução da fase ativa e favorecer o parto vaginal, quando comparado ao grupo de parturientes que permaneceram sem mobilidade e em posição horizontal (...) promovendo a humanização do parto e a autonomia da parturiente” (Bio, Bittar & Zugaib, 2006, p. 677).

As vantagens relativas às posições verticalizadas são por exemplo, os efeitos respiratórios (aumenta o relaxamento, a capacidade e a oxigenação da mãe e do bebé), os efeitos mecânicos (a força da gravidade favorece o encaixe e descida do feto através dos vários espaços e cavidades do canal de parto, com menos uso de oxitocina e menor risco de alterações do batimento cardíaco do feto), a diminuição da percentagem de episiotomias e efeitos psicoafetivos, como a redução da dor, sensação de liberdade, controlo, maior participação e protagonismo, maior satisfação durante e após o parto (Botell & Bermúdez, 2012).

A preparação do momento do parto inicia-se nas sessões de preparação para a parentalidade, onde se devem praticar várias posições e movimentos, uma vez que a mulher “quando experimentou várias e diversas posições e movimentos antes de entrar em trabalho de parto, terá maior confiança para as usar posteriormente durante o trabalho de parto” (Shilling et al., 2009). É

recomendado pela Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios do posicionamento vertical (Mayberry et al., 2000, citado por DiFranco et al., 2009). Mamede, Almeida & Clapis (2004) referem que é fundamental que a mulher experimente todas as posições para o momento do parto, de forma que esta não seja influenciada numa lógica que privilegia o conforto dos profissionais. Os mesmos autores acreditam na necessidade de resgatar a mulher como protagonista do seu parto. Assim, os profissionais de saúde devem ser treinados a realizar partos em outras posições além de litotomia, para que isso não se torne um fator inibidor para a parturiente quanto à escolha da posição (Mamede, Almeida & Clapis, 2004).

O Instituto **Lamaze** Internacional encoraja a mulher a permanecer ativa durante o trabalho de parto e refere que

andar, mover-se, e mudar de posição pode tornar o trabalho de parto mais fácil e seguro. Como muitas outras mulheres, pelo mundo, pode usar o movimento de forma a tornar o trabalho de parto mais confortável e as contrações mais eficientes. A sua liberdade de escolher a posição e ajustar-se à posição que lhe é mais confortável, permite que o trabalho de parto se desenvolva sem restrições artificiais (Shilling et al, 2009, p. 3).

As seis práticas saudáveis de nascimento escritas por **Lamaze** International afirmam que

andar, mexer-se e mudar de posições durante o trabalho de parto, facilita o parto do seu bebé. É a melhor forma de usar a gravidade para ajudar o bebé a descer e a aumentar o tamanho e forma da sua pélvis, facilitando a entrada e rotação do bebé na bacia. O movimento ajuda a lidar com o desconforto das contrações, e uma forma ativa e, encurta a duração do primeiro estágio do trabalho de parto (Shilling et al (2009), citando Lawrence et al, 2009, p. 1).

Balaskas (2017) refere que o movimento rítmico da pélvis durante as contrações pode facilitar a dilatação do colo do útero, a descida do bebé e ajudar a dissipar a dor. No período expulsivo, a descida do bebé será mais fácil se a parturiente permanecer em posições verticais, ativas, que favoreçam a força da gravidade (Balaskas, 2017). Nas horas que precedem o parto, a mobilidade da pélvis é aumentada pela presença de hormonas que fazem com que os ligamentos fiquem mais laxos. Desta forma, ao compreender que a pélvis se move e se transforma no seu interior torna-se um passo fundamental para não

Parto em Movimento:
O Conforto Proporcionado pelo Enfermeiro Obstetra

dificultar este movimento no momento do parto (Calais-Germain & Parés, 2007). Segundo os mesmos autores, os profissionais de saúde relatam, que muitas vezes observaram, que as mulheres adotam posições espontaneamente sem serem propostas. Instintivamente a mulher tenta adaptar-se às contrações uterinas e à passagem do seu bebê, começando a mover-se, colocando-se nessas posições de maneira íntima e silenciosa, com sons muito particulares, até o final da contração (Calais-Germain & Parés, 2007).

2. METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

“A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo”.

(OE, 2015b, p. 8)

O EEESMO, ao ser um profissional de enfermagem avançada, deve procurar consolidar as competências técnicas, científicas, éticas e relacionais com o raciocínio crítico, no sentido de prestar cuidados de excelência à mulher/família.

O desenvolvimento de competências, com vista à aquisição do título de EEESMO e do grau de mestre em Enfermagem, iniciou-se com a definição de objetivos e atividades a realizar, que foram delineados no “Projeto de Estágio com Relatório”, de forma a sustentar o percurso de aprendizagem. Este projeto iniciou-se no 2º semestre do 1º ano do CPLESMO, no âmbito da UC de Opção. Ao longo do tempo, o projeto foi sujeito a reformulações, de forma a adequar as estratégias à concretização dos objetivos, culminando no presente relatório.

Ao longo do desenvolvimento da UC de Estágio com Relatório, o desenvolvimento de competências pressupõe como metodologia, a prática baseada na evidência e a prática reflexiva.

2.1. Prática Baseada na Evidência – *Scoping Review*

Segundo a OE (2006), a prática de enfermagem baseada na evidência entende-se como a incorporação da melhor evidência científica existente aliada à experiência, opinião de peritos e aos valores e preferência dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis. De acordo com Pearson, Wiechula, Court e Lockwood (2010, p.123) os cuidados de saúde baseados na evidência “baseiam-

se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível, reconhecendo, contudo, a preferência do paciente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento clínico”.

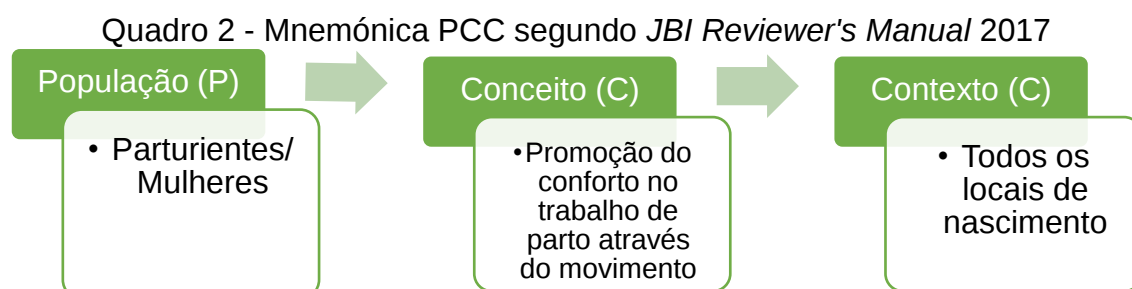
Uma das prioridades na prestação de cuidados do EEESMO é a excelência, sendo a mesma alcançada através do recurso a processos de formação contínua e procura da evidência científica mais atual. Neste sentido, e como o conhecimento é um processo evolutivo, as competências do EEESMO devem acompanhar esta evolução (OE, 2018).

De forma a conhecer e mapear a evidência científica existente relacionada com a temática de interesse, foi realizada uma primeira *Scoping Review* em julho de 2018, de acordo com o protocolo do JBI (2017). A realização da mesma permitiu identificar a influência da liberdade de movimentos na promoção do conforto no trabalho de parto para a mulher. No sentido de verificar se haveriam novos estudos, recorreu-se novamente à metodologia *Scoping Review*, em março de 2019 e em março de 2020.

2.1.1. Objetivos e Questão de Pesquisa

O **objetivo** da revisão *Scoping* é conhecer a influência do movimento no trabalho de parto, no conforto da mulher. Desta forma, a pesquisa focou-se na seguinte **questão de pesquisa**: “Qual a influência do movimento no conforto da mulher em trabalho de parto”?

A formulação da questão de pesquisa baseou-se na mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto), como é apresentado no quadro 2:



2.1.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão/exclusão afetam a estratégia de pesquisa e a seleção dos artigos a serem incluídos na *scoping review* (JBI, 2017). No que concerne aos **critérios de inclusão**, foram delineados os seguintes:

- **Tipos de participantes:** a revisão *Scoping* considerou todas as mulheres grávidas em trabalho de parto e puérperas, que foram alvo de cuidado pelo EEESMO durante o trabalho de parto e parto;
- **Tipos de estudos:** foram incluídos todos os tipos de estudos, redigidos em inglês, castelhano ou português, de forma a obter informação o mais abrangente possível;
- **Contexto:** foram considerados todos os contextos de nascimento, independentemente do país;
- Publicações desde 2014 até 2020.

Os **critérios de exclusão** incluem todos os estudos que não cumpram os critérios de inclusão, estudos repetidos que surgem nas bases de dados e estudos não disponíveis para consulta.

2.1.3. Estratégia de Pesquisa

A **estratégia de pesquisa** utilizada nesta revisão engloba três etapas, de acordo com o JBI (2017). Primeiramente, utilizando a plataforma EBSCO *host Integrated Search*, foi realizada uma pesquisa limitada nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *COCHRANE database of systematic reviews*, centrada na pergunta de investigação, de forma a analisar os termos de indexação utilizados para descrever os artigos. Numa segunda etapa, recorreu-se à pesquisa, através das palavras-chave e dos termos de indexação identificados. Por último, na terceira etapa, foram utilizadas as referências bibliográficas dos artigos identificados para pesquisa de estudos adicionais. Apenas foram incluídos os artigos publicados em inglês, castelhano e português, entre 2014 e 2020, disponíveis em *full text*.

A pesquisa foi realizada com base nos termos de pesquisa naturais e indexados tendo em conta a mnemónica PCC (ver apêndice I).

Na base de dados *MEDLINE Complete*, procedeu-se à pesquisa por cada um dos termos de indexação (*MeSH2017*) isoladamente como termos naturais. Os termos anteriores foram associados com os operadores booleanos OR e AND, como apresentado no Apêndice I, tendo resultado em 10 artigos.

Na base de dados *CINAHL Complete*, procedeu-se à pesquisa por cada um dos termos de indexação (*CINAHL Headings*) isoladamente como termos naturais. Os termos anteriores foram associados com os operadores booleanos OR e AND, como apresentado no Apêndice I, tendo resultado em 33 artigos.

Na base de dados *COCHRANE database of systematic reviews*, procedeu-se à pesquisa para cada um dos termos de indexação (*Indexes*) isoladamente como termos naturais. Os termos anteriores foram associados com os operadores booleanos OR e AND, como apresentado no Apêndice I, tendo resultado em 7 artigos.

A pesquisa realizada nas três bases de dados encontra-se no Anexo I, II e III.

Os 10 artigos que resultaram da pesquisa realizada na base de dados *MEDLINE* foram analisados, tendo em conta a relevância, e com base na informação fornecida pelo título e resumo foram selecionados 4 artigos. Os 33 artigos resultantes da pesquisa na base de dados *CINAHL* foram analisados da mesma forma, tendo sido selecionados 11 artigos. Os 7 artigos resultantes da base de dados *COCHRANE* foram também analisados da mesma forma, tendo sido selecionado 1 artigo. Sempre que surgiram dúvidas sobre a relevância de alguns estudos foram acedidos os artigos completos. Foi incluído nesta revisão um artigo proveniente da literatura cinzenta devido à pertinência para a questão de investigação, não disponibilizado nas bases de dados.

Assim, e como dois dos artigos eram repetidos, a pesquisa resultou num total de 15 artigos. A seleção dos artigos encontra-se no Apêndice II – Diagrama de Prisma.

2.1.4. Resultados da Pesquisa

No que concerne à **extração de dados**, estes foram extraídos dos artigos incluídos na *Scoping Review*, com base nas orientações metodológicas do JBI e recorrendo a um quadro de extração de dados formulado para o efeito (Peters, Godfrey, McInerney, Baldini, Khalil & Parker, 2017). Este quadro pretende expressar de forma organizada os resultados relevantes referentes à população, conceito e contexto, de acordo com a questão, objetivos e critérios de inclusão definidos. A extração de dados foi realizada por um revisor independente. Os quadros resultantes desta análise encontram-se no Apêndice III – Quadros de Extração de Dados da Revisão *Scoping*.

No sentido de sintetizar os **resultados obtidos** foi elaborado um quadro síntese dos artigos (Apêndice IV - Apresentação e Categorização dos Resultados), que esquematiza a questão e o objetivo da *Scoping Review*, de acordo com as orientações do JBI (2017), agrupando e categorizando os resultados. O mesmo encontra-se estruturado em duas categorias: Benefícios para a implementação do movimento na promoção do conforto durante o trabalho de parto e Limitações para a implementação do movimento na promoção do conforto durante o trabalho de parto. Esta estruturação decorreu da análise aprofundada dos artigos.

A maioria dos textos analisados demonstra que uma boa relação estabelecida entre as mulheres e os profissionais de saúde, durante o trabalho de parto, é um fator decisivo para a avaliação positiva dos cuidados recebidos.

O estudo desenvolvido por Baldisserotto, Filha & Gama (2016), analisou algumas boas práticas como por exemplo, a liberdade de posições e movimentos durante o trabalho de parto. No decorrer do mesmo não foi encontrada associação entre a avaliação de cuidados e as boas práticas, relacionadas com os aspetos objetivos do cuidado: analgesia ou utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor, nutrição livre, liberdade de movimentos, início da amamentação na sala de parto e contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento. Assim, os mesmos autores alertam para a necessidade de investir na formação de profissionais de saúde, desenvolvendo um cuidado guiado pelo

conceito de humanização, que respeita a dignidade, direitos e autonomia da mulher (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016).

Silva et al. (2016) reforçam que os procedimentos não farmacológicos e não invasivos são benéficos na evolução trabalho de parto, uma vez que favorecem a autonomia da mulher. Cada mulher deve ter liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está em trabalho de parto. Neste sentido, de acordo com Simkin (2017), a tomada de decisão partilhada requer educação e discussão entre o profissional de saúde e a mulher, devendo ser iniciada no período pré-natal. As medidas de conforto não farmacológicas têm sido estudadas e consideradas seguras, nomeadamente, o movimento, a deambulação, as mudanças de posição, o uso da bola de pilatos e bola de amendoim (Simkin, 2017).

As evidências apresentadas sugerem que as mulheres têm pouco acesso às informações relacionadas ao parto, durante o período pré-natal e, os profissionais ainda mantêm uma prática intervencionista, o que condiciona a mulher experienciar um parto fisiológico e fortalecedor da sua autonomia (Silva et al., 2016). Num estudo realizado na Tanzânia, concluiu-se que o uso da posição de litotomia durante o parto não foi uma decisão da mulher. As mulheres adotaram a posição de litotomia conforme indicação da enfermeira-parteira (Mselle & Eustace, 2020). Por outro lado, Green (2015) realizou uma revisão da literatura tendo concluído que, o aumento do uso de posições verticais foi associado a um modelo de escolha informada, onde as enfermeiras obstetras davam informações às mulheres sobre as vantagens e desvantagens de diferentes posições. A formação pré-natal foi associada com a preferência das mulheres para posições verticais e uma maior sensação de controlo durante o parto. Durante a gravidez, as mulheres têm manifestado uma forte necessidade de ser informadas sobre como se podem preparar fisicamente e mentalmente para o parto, incluindo o uso de posições de parto (Nieuwenhuijze et al, 2014). Neste sentido, as enfermeiras obstetras devem sensibilizar e informar as mulheres sobre as vantagens e desvantagens de diferentes posições. Esta consciência pode tornar as mulheres melhor informadas sobre as diferentes posições e, portanto, tomarem decisões conscientes. Além disso, essa

consciência pode ajudar a esclarecer equívocos que as mulheres têm sobre as diferentes posições (Zileni, Glover, Jones, Teoh, Zulen & Muller, 2016). As parteiras precisam integrar os princípios de cuidados respeitosos na maternidade durante o parto, para que as mulheres tenham a oportunidade de escolher a posição que achem mais adequada (Mselle & Eustace, 2020). Vila-Candel et al. (2015) afirmam que os elementos mais importantes identificados nos planos de parto que mostraram diferenças significativas após o programa de educação materna incluem: evitar a episiotomia, medidas de conforto como ingerir líquidos, ir à casa de banho sempre que quiserem, liberdade de movimentos, monitorização intermitente, posição de expulsão confortável e outras preferências, como a laqueação tardia do cordão, o contato pele-a-pele e a amamentação.

O conforto no trabalho de parto é transmitido através do olhar, da escuta sensível, da compreensão, da singularidade do momento do parto e da empatia do profissional com a parturiente, constituindo-se essencial para a sua segurança, autonomia e direito de escolha (Silva et al., 2016). O apoio físico inclui acalmar a mãe, satisfazendo a fome e sede, e ajudando-a a mudar de posições nos vários estádios do trabalho de parto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017).

O parto requer a escolha das posições ideais para cada mulher, nos diferentes estádios do trabalho de parto, de forma a melhorar a sua eficiência e a sua eficácia. O profissional deve promover a eficiência da mulher, diminuindo o seu esforço, a fadiga e a dor percebida e, por sua vez, aumentando o conforto (Desseauve, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016). Assim, os profissionais de saúde devem permitir que as mulheres explorem as suas preferências, no que respeita às posições de parto e identifiquem posições confortáveis e eficazes para apoiar o progresso (Nieuwenhuijze et al, 2014). De forma a garantir o conforto das mulheres, salvaguardar os seus direitos, e manter o seu orgulho realizou-se o parto na posição vertical. A abordagem para permitir que as mulheres preferem uma posição vertical no parto é uma forma segura, rápida, menos dolorosa e mais humana para realizar o parto. Isto não só aumenta a vontade da mulher para procurar os serviços de saúde, mas também é um passo significativo para

reduzir o risco de mortes maternas (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2017). As enfermeiras obstetras têm um grande poder de adaptar as posições verticalizadas, através da forma como utilizam o ambiente e o reorganizam para retirar o foco da cama. Quando as enfermeiras obstetras oferecem opções às parturientes estão a promover o *empowerment*, sendo fortalecida a autonomia da mulher. Os sentimentos de *empowerment* e autonomia podem levar a uma maior satisfação do parto e, quando, esta posição é escolhida pela mulher dá-lhe um sentimento de poder (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013). A posição vertical no segundo estágio do trabalho de parto faz com que, tanto os pais quanto as mulheres, se sintam mais envolvidos no processo de nascimento. As enfermeiras obstetras podem melhorar os sentimentos de envolvimento dos pais e a sua participação, através da interação e habilidades de comunicação (Johansson & Thies-Lagergren, 2015). A escolha preferencial de uma posição no trabalho de parto e período expulsivo e a presença contínua de uma pessoa significativa durante o segundo estágio do trabalho de parto, de forma a obter melhores resultados de saúde (Pervin, Aktar, Nu, Rahman & Rahman, 2018).

Em suma, a maioria dos artigos selecionados para a realização da *Scoping Review* colocam as enfermeiras obstetras como elemento central da promoção do movimento no trabalho de parto e, realçam a importância destas investirem na formação pré-natal e na partilha da sua experiência com as mulheres e/ou outros profissionais, de forma a serem asseguradas e respeitadas as alternativas escolhidas pela mulher para o seu conforto e bem-estar ao longo do processo de trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva (Baldiasserotto, Filha & Gama, 2016; Silva et al., 2016; Green, 2015; Desseauve, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016; Nieuwenhuijze et al., 2014; Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017; Zhang, H. et al., 2017, Ferrão & Zangão, 2017, Mselle & Eustace, 2020).

2.2. Prática Reflexiva

Benner (2005, p.14) afirma que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”, ou seja, a prática é mais que a execução de técnicas, uma vez que envolve a execução, o pensamento e a avaliação da ação. A prática reflexiva dos enfermeiros pressupõe a reflexão e discussão dos cuidados prestados, como forma de promover a melhoria da qualidade e a visibilidade da profissão (OE, 2006).

De acordo com a *Canadian Nurses Association*, a prática avançada em enfermagem descreve um nível avançado de prática clínica que maximiza a utilização da formação pós-graduada, os conhecimentos especializados em enfermagem, atendendo às necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações. Envolve a análise e síntese de conhecimento, compreensão, interpretação e aplicação da teoria de enfermagem e investigação, de forma a desenvolver o conhecimento de enfermagem e a profissão como um todo (CNA, 2008). Assim o EEESMO, sendo um enfermeiro com uma prática avançada, deve refletir criticamente sobre os cuidados prestados à mulher/família, no sentido de avaliar se os mesmos foram adequados e repensando em novas formas de atuação, se necessário. A Ordem dos Enfermeiros preconiza que o EEESMO

“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019, p. 13561).

Neste sentido, a prática de enfermagem avançada está interligada à prática reflexiva, refletindo e analisando as intervenções de enfermagem à mulher/família, baseada no desenvolvimento do pensamento crítico.

Com base nas competências definidas pela OE (2019) e pela ICM (2019), orientadoras do exercício profissional do EEESMO, e nas competências de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (Decreto-Lei

nº.115/2013, de 7 de agosto) foram definidos cinco objetivos para a UC Estágio com Relatório, centrados na aquisição e desenvolvimento de competências, com base num pensamento crítico e reflexivo:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **período pré-natal**, no sentido de promover o bem-estar materno-fetal.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **trabalho de parto**, efetuando o parto em ambiente seguro, de forma a otimizar a saúde da parturiente e do RN na adaptação à vida extrauterina;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **período pós-natal**, facilitando o processo de transição à parentalidade;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar **processos saúde/doença do foro ginecológico**;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade na **promoção do conforto no trabalho de parto**, através do movimento.

A elaboração do relatório aliado às experiências vivenciadas no decorrer dos contextos clínicos tornou-se a matriz de suporte para o meu crescimento pessoal e profissional, como também para a melhoria de conhecimentos e aquisição de competências. Assim, no capítulo seguinte será apresentada a descrição e reflexão crítica do percurso de aprendizagem realizado ao longo da UC Estágio com Relatório.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA

Este capítulo apresenta as atividades desenvolvidas com vista à aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 03 de maio, 2019) e das descritas no ICM (2019). A prestação de cuidados honrou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (OE, 2018), o Código Deontológico (Lei n.º 156/2015) e a prestação de cuidados baseou-se na evidência científica, mobilizando a Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba* (2003).

Durante o percurso formativo de investigação e aquisição de competências, os princípios éticos que regeram a investigação e a prática de cuidados foram: beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). Estes princípios aliam-se ainda ao direito de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo; direito de autodeterminação; direito à intimidade e direito ao anonimato e à confidencialidade (Nunes, 2013). Esta descrição e reflexão crítica do percurso de aprendizagem pretende associar-se a um processo reflexivo sobre as estratégias utilizadas na prestação de cuidados, se foram adequadas ou não às necessidades da mulher/família, as dificuldades sentidas, os resultados obtidos, no sentido de aperfeiçoar a prática de cuidados como futura EEESMO.

O percurso de aprendizagem desenvolveu-se ao longo dos contextos clínicos, o que permitiu não só o desenvolvimento, mas também o aprofundamento das competências comuns e específicas do EEESMO e competências do grau de mestre. Benner (2005) refere que a aprendizagem experiencial é imprescindível para a aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que contempla o conhecimento teórico com a prática profissional.

O presente capítulo encontra-se estruturado de acordo com as competências do EEESMO, subdivido em 3 capítulos, sendo eles: cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal e pós-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade que recorre ao SUOG; e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, onde serão apresentados os resultados sobre a promoção do conforto através da liberdade de movimentos.

3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e pós-natal

O período pré-natal caracteriza-se por alterações fisiológicas e psicológicas na mulher/casal/família, sendo um momento de grande transformação que exige uma reorganização e redefinição de novos papéis a um novo elemento familiar (Lowdermilk & Perry, 2008). O EEESMO tem um papel fundamental nesta transformação, na medida em que “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019, p. 13562).

O contexto clínico de cuidados de saúde primários realizou-se em duas etapas (unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e unidade de cuidados na comunidade (UCC)). No âmbito da UCSP o grande foco foram as consultas de vigilância pré-natal, onde procurei avaliar o bem-estar materno e fetal, detetar situações desviantes e identificar fatores de risco que possam vir a interferir no curso normal da gravidez, promover a educação para a saúde, preparar para o parto e parentalidade e informar sobre os deveres e direitos parentais (DGS, 2015b). No âmbito da UCC realizei uma visita domiciliária, sessões de preparação para o parto e parentalidade e uma sessão de educação para a saúde. A visita domiciliária será abordada seguidamente, uma vez que foi realizada em contexto pós-natal. As sessões de preparação para o parto e parentalidade foram um desafio, uma vez que além de abordar as temáticas

definidas em casa sessão, procurei dar a conhecer às grávidas/família o meu projeto e quais os seus objetivos, estando estas bastante recetivas à temática em estudo. A preparação pré-natal deve constituir-se como uma ferramenta favorecedora da transição para a parentalidade ao permitir a aquisição e reforço de conhecimentos do casal relativamente às alterações fisiológicas e psicossociais associadas à gravidez, parto e puerpério, mas também, o desenvolvimento de competências nos cuidados ao RN (Pereira, 2016). Relativamente à sessão de educação para a saúde, esta incluiu mulheres de diversas faixas etárias, tendo por isso sido abordadas diversas temáticas, como os métodos contraceptivos, consultas de planeamento familiar e vigilância da gravidez, menopausa e patologias do colo e mama. Foi muito gratificante a realização da mesma, uma vez que se criou um ambiente de confiança, onde as mulheres não tiveram receio de expor as suas dúvidas, o que ainda realçou mais a importância do EEESMO.

O contexto clínico de medicina materno-fetal, também se mostrou desafiante, uma vez que realizei o acompanhamento pré-natal de grávidas com patologia. Durante a gravidez, o esperado é que ocorra tudo de forma natural e sem intercorrências, assim o internamento hospitalar expõe a grávida/família a uma situação de vulnerabilidade e preocupação (Falavina, Oliveira, Melo, Varela & Mathias, 2017). Ao longo do mesmo procurei colocar em prática os conhecimentos desenvolvidos nas consultas de vigilância pré-natal, adequando-os a cada grávida, não descurando a parte emocional que estava muito evidente, promovendo a tranquilidade, de acordo com Kolcaba (2003). Neste contexto desenvolvi os critérios de avaliação **2.3.3.** “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” e **2.3.4.** “Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019, p. 13562). Assim, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMO previne complicações para a saúde do cliente relativamente aos processos de saúde/doença”, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos, como a gravidez (OE, 2018).

Relativamente ao período pós-natal, este é sem dúvida um período bastante desafiante, uma vez que a parentalidade pressupõe “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar” (ICN, 2016, p.71).

O contexto clínico puerpério foi realizado em contexto hospitalar, no serviço de puerpério, onde promovi a transição para a parentalidade, identificando as intervenções facilitadoras deste processo de transição. Durante o mesmo promovi o aleitamento materno; realizei sessões de educação para a saúde individualizadas a cada tríade sobre os cuidados relativos à puérpera e RN; prestei apoio ao cantinho de amamentação do serviço que se encontra disponível 24 horas/dia; prestei apoio à linha telefónica presente no serviço que permite que as puérperas telefonem até às 6 semanas pós-parto, de forma a esclarecer dúvidas; e participei ativamente num projeto inovador do serviço que é a consulta de enfermagem do puerpério, realizada 48 horas após a alta do serviço. Esta consulta é realizada por um EEESMO e tem como objetivo reavaliar a puérpera/RN/família, apoiar a amamentação, esclarecer dúvidas e despistar complicações.

No contexto clínico de cuidados de saúde primários tive oportunidade de realizar uma visita domiciliária no puerpério. A visita domiciliária durante este período constitui um importante instrumento de trabalho (DGS, 2015b). O EEESMO assume no puerpério o papel de prestar assistência integral, qualificada e humanizada à mãe e a criança, de modo a minimizar os anseios e medos da mulher. Desta forma, a visita domiciliária pretende não só avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, como também acompanhar o retorno das alterações do organismo materno às condições pré-gravídicas, promovendo a autoconfiança e o *empowerment* indispensável ao desempenho materno (Mazzo, Brito, & Santos, 2014). Considerei uma mais valia a realização da mesma, uma vez que o facto de ir a casa de uma família permite não só a individualização dos cuidados, como também o estabelecimento de uma relação terapêutica única.

3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade que recorre ao SUOG

A mulher/família recorre ao SUOG após efetuar ficha de urgência, sendo o primeiro contacto realizado pelo EEESMO, no momento da triagem. Durante o mesmo é realizada a avaliação inicial da mulher, de forma a apreciar a situação e a necessidade de cuidados. A triagem é realizada de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, de forma a priorizar o atendimento, com base nos sintomas identificados. A triagem é a primeira abordagem à mulher/família, assumindo-se por isso como um momento fundamental, uma vez que pode influenciar toda a experiência do cuidado. Neste sentido, compreendi também a importância e responsabilidade que o EEESMO tem no SUOG. Este é um serviço bastante desafiante, uma vez que abrange todas as áreas de cuidado do EEESMO e nunca sabemos o motivo de recorrer à urgência antes da mulher o verbalizar.

No SUOG tive oportunidade de realizar 15 triagens. Durante as mesmas procurei respeitar a privacidade da mulher, gerindo o ambiente; mostrar disponibilidade face à situação de saúde/doença que se encontrava a vivenciar; e reforçar a segurança, em concordância com a categoria “Tranquilidade” de Kolcaba (2003), promovendo a calma e a satisfação, no contexto de conforto “Ambiental” e o relaxamento no contexto de conforto “Físico”. No acolhimento procurei utilizar técnicas de comunicação facilitadoras do estabelecimento de uma relação terapêutica. Com recurso à entrevista, à consulta do BSG ou boletim de planeamento familiar, ao processo clínico informatizado e aos exames complementares de diagnóstico. Procurei realizar e/ou complementar a anamnese, nomeadamente, os antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos e ginecológicos, dados sociais e história da gravidez atual, se aplicável. No momento da triagem procurei compreender o impacto da situação de urgência obstétrica e ginecológica para a mulher/família. Efetuei registos de enfermagem no momento da triagem, abrangendo toda a sintomatologia

verbalizada pela mulher, pois são essenciais para a formulação de um diagnóstico.

Nas urgências do foro ginecológico contactei com utentes de diferentes faixas etárias, essencialmente com miomas uterinos, patologia do colo e infeções vaginais. Estes contactos permitiram-se consolidar a **Competência 6** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019). Relativamente às urgências obstétricas, vivenciei situações de APPT, RPM, diminuição da perceção dos movimentos fetais, hemorragia vaginal, infeções do trato urinário, ingurgitamento mamário, contratilidade dolorosa e situações de abortamento. Neste sentido, desenvolvi a **Competência 2** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019). Estas competências já tinham sido mobilizadas nos contextos clínicos de ginecologia, de cuidados de saúde primários e de medicina materno-fetal.

No que concerne ao desenvolvimento de intervenções autónomas do EEESMO, tive oportunidade de realizar a observação física, a avaliação dos sinais vitais, as manobras de *Leopold*, o exame vaginal, o tocograma e a avaliação do bem-estar fetal através da ABCF e CTG. Estas intervenções vão ao encontro ao critério de avaliação **2.2.6**. “Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019).

A realização das manobras de *Leopold* permitiu-me identificar a apresentação, situação, posição e atitude fetal, facilitando a localização do ponto de intensidade máxima da FCF, no abdómen materno (Lowdermilk & Perry, 2008). Relativamente ao exame vaginal, este permite avaliar as características do colo uterino (consistência, apagamento, extinção e dilatação), os diâmetros da pélvis materna e da apresentação fetal, a variedade fetal, a integridade das membranas e, em caso de rotura, as características do LA. O exame vaginal foi uma aprendizagem gradual e ao mesmo tempo desafiante. No contexto clínico de medicina materno-fetal, já tinha tido oportunidade de realizar o exame vaginal às grávidas em indução de trabalho de parto, porém apresentava muita

difficuldade na identificação de todas as características do colo. Na UC Estágio com Relatório tive mais oportunidades para realizar esta intervenção, o que permitiu aumentar a minha autonomia e segurança na realização da mesma. A realização do exame vaginal permitiu-me desenvolver o critério de avaliação **2.2.7. “Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto”** (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019).

A avaliação do bem-estar fetal foi realizada, como referido anteriormente, através da ABCF com Doppler, desde as 11 semanas, registando a tonalidade e ritmo (OE, 2015b). Em relação ao CTG, este foi realizado acima das 28 semanas de gestação sempre que houve necessidade. Segundo Graça (2017), o CTG permite registar, continuamente e em simultâneo, a FCF e a contratilidade uterina. Após a realização do CTG, estes foram sempre interpretados relacionando as características da FCF, com os movimentos fetais e a dinâmica uterina. A interpretação dos mesmos também foi um processo desafiante, uma vez que exigiu conhecimento de fenómenos fisiológicos e fisiopatológicos, de forma a relacioná-los com o traçado da FCF. Os traçados anormais e as situações que transcendessem o limite de atuação do EEESMO foram referenciadas à equipa médica, de acordo com o critério de avaliação **2.2.4 “Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”** (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019).

Relativamente ao desenvolvimento de intervenções interdependentes tive oportunidade de administrar terapêutica, realizar colheitas de sangue e urina, entre outros.

Ainda em contexto de SUOG tive oportunidade de prestar cuidados a uma grávida com IO 0020 e IG de 18 semanas, que recorreu duas vezes ao SUOG, após automedicação com misoprostol via vaginal, apresentando dor acentuada na região supra-púbica e perda hemática vaginal. Na primeira ida ao SUOG foi diagnosticado aborto em evolução, tendo tido alta. Na segunda ida ao SUOG, apresentava as mesmas queixas e após observação médica foi internada com o diagnóstico de aborto retido, tendo sido realizada curetagem. Esta situação marcou-me imenso, uma vez que não tinha a consciência que mesmo com a

possibilidade de interromper a gravidez por opção da mulher, estas ainda utilizavam os próprios meios para a sua realização. Ao longo dos contextos clínicos de ginecologia e cuidados de saúde primários tive oportunidade de conhecer o encaminhamento para a interrupção voluntária da gravidez e participar nas consultas de IVG. Neste sentido, desenvolvi o critério de avaliação **2.2.10.** “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019).

Neste contexto prestei cuidados a grávidas com situação de risco materno-fetal internadas no SUOG por cólica renal e pielonefrite, onde tive oportunidade de aprofundar a **Competência N.º 2** da ICM (2019), que está relacionada com a avaliação de saúde da mulher e do feto, a promoção da saúde e bem-estar e a deteção de problemas durante a gravidez. Esta competência já tinha também sido desenvolvida contextos clínicos de cuidados de saúde primários e medicina materno-fetal.

A relação terapêutica e a comunicação estabelecida entre o EEESMO e a mulher/família assumem-se como fulcrais, devendo o enfermeiro desenvolver uma prática clínica, com base nos princípios de proximidade e escuta ativa, de forma a reduzir os sentimentos de *stress* e ansiedade, tal como referido na categoria “Alivio” e no contexto “Social” de Kolcaba (2003). Neste sentido, procurei que a minha comunicação verbal fosse eficaz, assertiva e coerente com a comunicação não-verbal. Promovi a tomada de decisão da mulher e em vários momentos tive oportunidade de realizar educação para a saúde, relativamente a hábitos e estilos de vida saudáveis, desconfortos da gravidez, importância da vigilância da gravidez e sinais e sintomas que deve recorrer ao SUOG, de acordo com as indicações da DGS (2015b).

Por último, também tive oportunidade de prestar cuidados a puérperas com complicações do foro obstétrico, como hemorragia por atonia uterina, presença de restos placentares e abscesso mamário. Neste sentido, desenvolvi o critério de avaliação **4.3.4.** “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, 2019). Os cuidados de enfermagem prestados, em todas as

situações descritas neste objetivo, foram devidamente registados, tanto no processo clínico, como no boletim de saúde, de forma a promover a continuidade de cuidados.

3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O acompanhamento da mulher/família durante o trabalho de parto foi das experiências mais desafiantes e gratificantes que experienciei no CMESMO. Ao longo do contexto clínico de sala de partos, especificamente na prestação de cuidados durante o trabalho de parto desenvolvi a **Competência 3** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio 2019), a **Competência 3.a** “Promover o trabalho de parto e nascimento fisiológico” e a **Competência 3.b** “Gerir um parto vaginal espontâneo seguro e prevenir complicações” (ICM, 2019). No apêndice V – Caracterização do Contexto Clínico Sala de Partos, encontra-se a caracterização do local de EC, de forma a compreender o contexto do mesmo.

De forma a prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade durante o trabalho de parto, procurei que as minhas intervenções atendessem às expectativas da mulher/família, promovendo o conforto, privacidade e autonomia. De acordo com Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson, & Kvist (2013), quando as enfermeiras obstetras oferecem opções às parturientes estão a promover o *empowerment*, sendo fortalecida a autonomia da mulher. Os sentimentos de *empowerment* e autonomia podem levar a uma maior satisfação da mulher em trabalho de parto. A promoção da confiança na capacidade da mulher insere-se no contexto de conforto “Psico-espiritual” de Kolcaba (2003). De acordo com a OE (2018), o EEESMO procura permanentemente a excelência no exercício profissional, sendo “o respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto” um elemento importante para a satisfação do cliente.

O trabalho de parto define-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do

útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2017). Este divide-se em quatro estádios, sendo eles: o 1º estágio (dilatação) – decorre desde o início das contrações uterinas irregulares e termina com a dilatação completa do colo; o 2º estágio (período expulsivo) – começa na dilatação completa e termina na expulsão do feto; o 3º estágio (dequitação) – decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais; e o 4º estágio (puerpério imediato) – decorre nas duas horas após a dequitação (Lowdermilk e Perry, 2008; Graça, 2017). O trabalho de parto pode ser influenciado pelo passageiro (feto e placenta), pela passagem (canal de parto), pela posição materna e forças (contrações uterinas e esforços expulsivos da mãe) e pelas suas reações psicológicas (Lowdermilk e Perry, 2008).

O presente subcapítulo está organizado de acordo com os quatro estádios do trabalho de parto, de forma a permitir uma análise mais fácil das intervenções realizadas.

O início do contexto clínico de sala de partos foi muito intenso pela complexidade da prestação de cuidados nos vários setores. As primeiras semanas foram essencialmente de adaptação ao espaço físico, às rotinas, à perceção da filosofia e organização dos cuidados de enfermagem e à observação participante dos cuidados prestados pela enfermeira especialista e, ainda detetando a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos.

Depois de superado este período inicial, prestei cuidados de enfermagem especializados a 113 parturientes/famílias, no **primeiro estágio de trabalho de parto**.

A primeira abordagem à grávida/parturiente/família no BP é realizada na triagem, como abordado no objetivo anterior. Neste contexto clínico tive oportunidade de realizar vários acolhimentos, onde foi possível não só informar a grávida/parturiente/família acerca da organização e funcionamento do serviço, como também das intervenções que o serviço tem para oferecer. Nesta primeira abordagem procurei estabelecer uma relação empática, de forma a reduzir a ansiedade e o medo característicos desta fase. De acordo com a OMS (2018), é recomendada uma comunicação eficaz entre prestadores de cuidados e

mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis. É de igual forma recomendado que o atendimento à mulher seja respeitoso, no sentido de manter a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, possibilitando escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto (OMS, 2018). Na minha prática de cuidados, procurei atuar de acordo com a OE (2015a) e com o artigo 84.º do Código Deontológico, que afirmam que o enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem, de forma a respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Lei n.º 156/2015).

Tive oportunidade de realizar a avaliação inicial/anamnese, através da consulta do BSG, do processo clínico e da entrevista, de forma a validar as informações relativas à vigilância da gravidez, nomeadamente, as serologias maternas, o grupo sanguíneo, a pesquisa de estreptococos β hemolítico de grupo B, hemograma e coagulação atualizados e a ecografia do 3º trimestre. Neste momento, também validei com a mulher/família o seu plano de parto, de forma a conhecer as suas preferências e a desmistificar os seus medos e receios.

Na admissão é ainda proposta a aplicação de microclisters à grávida/parturiente, apesar de, a OE (2015b) e a OMS (2018) no documento *“Intrapartum care for a positive childbirth experience”* não recomendar esta prática, afirmando que é invasivo e associado a desconforto pelas mulheres. Durante o ER procurei saber a justificação junto da equipa para manter esta prática, tendo sido informada que a presença de fezes na ampola retal pode dificultar a descida da apresentação fetal ao longo do canal de parto. Também tive a perceção que quando as fezes são eliminadas no período expulsivo causam constrangimento à mulher. A tricotomia vaginal não é realizada, respeitando assim, as orientações da OMS (2018).

A avaliação do bem-estar materno-fetal foi realizada através dos sinais vitais maternos (pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura), Manobras de *Leopold*, ABCF e CTG. A OMS (2018), não recomenda a cardiotocografia contínua para avaliar o bem-estar materno-fetal em grávidas saudáveis e em trabalho de parto espontâneo, recomendando a auscultação intermitente da

frequência cardíaca fetal com doppler ou estetoscópio de *Pinard*. Porém, esta medida ainda gera divergência de opiniões. Graça (2017), refere que a monitorização contínua reduz a mortalidade fetal intraparto e neonatal, afirmando, no entanto, que a mesma pode favorecer a instrumentalização do parto. Por outro lado, a OE (2015b), considera que se deve optar pela auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais no trabalho de parto de baixo risco, devendo esta ser realizada de 15 em 15 minutos, durante um minuto, imediatamente a seguir a uma contração. Por outro lado, se for detetada uma anomalia da frequência cardíaca do feto, suspeita de comprometimento do bem-estar do feto ou aparecimento de mecónio no líquido amniótico deve ser iniciada monitorização contínua. Reforça ainda que a monitorização contínua está indicada na indução do trabalho de parto, aceleração do trabalho de parto com ocitocina e após a administração de analgesia epidural, reforçando a importância de registar a forma como a vigilância fetal está a ser conduzida (OE, 2015b). O Parecer MCEESMO 21/2017 recomenda que o rácio na assistência intraparto no primeiro estágio do trabalho de parto é de 1:2, o que não se verificou tendo em conta a dotação de enfermeiros por turno. Neste sentido, é sempre utilizada a monitorização contínua, mantendo a liberdade de movimentos da parturiente, uma vez que os fios são longos e permitem que a mulher deambule e/ou utilize a bola de pilatos. O local onde realizei o contexto clínico de sala de partos utiliza o programa Omniview-SisPorto®, que engloba uma central de monitorização. Esta encontra-se na sala de enfermagem e permite visualizar todos os CTG que estão a ser realizados nas diferentes salas de parto. A vantagem deste programa é a visualização rápida de todos os CTG, porém a sua análise não dispensa a análise de um profissional.

No que concerne ao exame vaginal para monitorização da evolução do trabalho de parto, a OMS (2018) recomenda o exame vaginal em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina do primeiro estágio ativo de trabalho de parto em mulheres de baixo risco. No serviço onde realizei o contexto clínico de sala de partos não existe nenhum protocolo, tendo sido realizado apenas quando considere necessário, nomeadamente quando ocorre alteração significativa da dinâmica uterina, a parturiente refere aumento das queixas dos desconfortos,

vontade de iniciar esforços expulsivos ou em situação de REBA. Antes do procedimento procurei explicar à parturiente o objetivo do mesmo, e apenas o executei após o seu consentimento, respeitando a sua privacidade, promovendo um ambiente calmo. Estes aspetos inserem-se no contexto de conforto “Físico” e “Ambiental”, uma vez que abordam a importância de informar a mulher sobre as modificações que ocorrem ao longo do trabalho de parto e a importância de gerir o ambiente.

No que respeita ao alívio da dor, procurei promover a utilização das medidas não farmacológicas como primeira linha de cuidados. O serviço tem implementado o projeto “Maternidade com Qualidade”, proporcionando a todas as parturientes a musicoterapia, a alternância de decúbitos, a deambulação e o uso da bola de pilatos. Na minha prestação de cuidados foi também reforçada a importância das técnicas de respiração e relaxamento/massagem, incentivando o envolvimento da pessoa significativa na sua realização, sempre que a parturiente/família mostrassem disponibilidade para tal. Foi sempre respeitada a decisão da parturiente/família, após o consentimento informado e o esclarecimento sobre as medidas não farmacológicas. As parturientes preferiram a musicoterapia, a bola de pilatos e os exercícios respiratórios. Senti que ainda há alguma renitência por parte das mulheres na utilização destas medidas, principalmente as que não frequentaram cursos de preparação para o nascimento. Neste contexto também tive a perceção que as mulheres, quando confrontadas com a dor, têm mais dificuldade em gerir o desconforto. Assim, necessita existir um maior investimento do EEESMO na educação pré-natal e na capacitação da mulher/família para os fenómenos que ocorrem ao longo do primeiro estágio do trabalho de parto. A OMS (2018) refere que as técnicas de relaxamento, incluindo o relaxamento muscular progressivo, a respiração e a música são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das suas preferências. Procurei intervir no alívio da dor, com base no tipo de conforto “Transcendência”, através da utilização de medidas não-farmacológicas, especificamente a liberdade de movimentos (Kolcaba, 2003).

A parturiente tem a possibilidade de ter a presença de um acompanhante à sua escolha, sendo uma das recomendações da OMS (2018). O acompanhante é um elemento chave na prestação de cuidados, estando envolvido nas intervenções à parturiente. Na maioria das situações verifiquei que a pessoa escolhida foi o companheiro, relacionando-se com o contexto “Social” de conforto, que pressupõe o envolvimento do casal ao longo do trabalho de parto (Kolcaba, 2003).

A passagem da fase latente à fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, é descrita de forma diferente por vários autores. A OMS (2018) considera a fase ativa aos 5 cm, a (DGS 2015a) na orientação n.º 001/2015 relativa ao “Trabalho de Parto Estacionário” considera os 4 cm e a ACOG (2014) tem como referência os 6 cm. No local onde realizei a UC Estágio com relatório é utilizada a orientação de Friedman (1978), considerando a fase ativa aos 3 cm, o que pode levar a que muitas vezes sejam diagnosticados trabalhos de parto prolongados. Sempre que se diagnosticou a fase ativa do trabalho de parto foram iniciados os devidos registos no partograma, conforme protocolo do serviço, o que permitiu detetar precocemente desvios da progressão do trabalho de parto. Desta forma, foi-me possível desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente os critérios de avaliação **3.2.1.** “Identifica e monitoriza o trabalho de parto” e **3.2.3.** “Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, 2019). As situações que foram referenciadas à equipa médica prenderam-se essencialmente com paragem da progressão do trabalho de parto e alterações da FCF, nomeadamente desacelerações tardias, taquicardia e/ou bradicardia fetal.

A maioria das parturientes solicitou analgesia epidural, tendo colaborado na colocação de 32 cateteres para analgesia epidural, onde auxiliei a parturiente a manter o posicionamento correto, apoiando-a e transmitindo-lhe segurança. Foram sempre monitorizados os sinais vitais maternos e observado o CTG, de forma a detetar precocemente situações de hipotensão materna ou alterações da FCF, devido aos fármacos administrados. Após a colocação do cateter

epidural, o EEESMO tem autonomia na gestão da analgesia. Assim, desenvolveu o critério de avaliação **3.1.6** – “Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, 2019).

A administração de ocitocina, é uma prática comum utilizada no serviço, embora a OMS (2018) não recomende esta prática. Esta medida é justificada com o cumprimento da prescrição médica, no entanto, é uma intervenção que está, de facto, enraizada de forma transversal na equipa de profissionais de saúde.

O cateterismo vesical não é uma intervenção comum do serviço, sendo as parturientes incentivadas a ir ao WC. Após a analgesia epidural, a sensibilidade associada à bexiga cheia diminui. Mesmo assim, foi sempre estimulada a micção espontânea e, apenas quando se considerou necessário foi realizado esvaziamento vesical, de forma a promover a descida da apresentação fetal (Lowdermilk & Perry, 2008).

O contexto clínico de sala de partos também me permitiu acompanhar o trabalho de parto de parturientes com patologias concomitantes à gravidez, nomeadamente diabetes gestacional, HTA induzida pela gravidez, oligoâmnios, asma, hipotireoidismo e trombocitopenia. Estas experiências fizeram-me consolidar as competências adquiridas no contexto clínico de medicina materno-fetal, sendo bastante enriquecedoras.

A prestação de cuidados durante o primeiro estágio revelou-se tão desafiante como enriquecedora, permitindo-me o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, essenciais na capacitação da parturiente/família. De turno para turno procurei melhorar a minha prestação de cuidados, tendo sempre em atenção o ambiente envolvente. De acordo com, a OE (2015a), sendo o enfermeiro responsável pela humanização dos cuidados assume o dever de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

Relativamente ao **segundo estágio do trabalho de parto**, prestei cuidados a 45 parturientes, tendo assistido 41 partos eutócicos, com supervisão da enfermeira orientadora. Desta forma, cumpri o mínimo estipulado na Directiva

80/155/CEE, 21 de janeiro de 1980 e, de acordo com o critério de avaliação **3.2.6.** “Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica” (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, p. 13563). Na sala de partos não assisti nenhum parto vaginal de apresentação pélvica, mas estas competências foram desenvolvidas em contexto de prática simulada. Todos os partos que assisti eram gestações superiores a 37 semanas.

Em relação a partos distócicos participei em 21, sendo 3 ventosas, 1 fórceps e 17 cesarianas. Nestes casos, procurei estar junto da parturiente e pessoa significativa, de forma a manter a continuidade de cuidados, mantendo a relação de confiança e o suporte emocional, a fim de reduzir o *stress* associado à instrumentalização do parto, indo ao encontro do critério de avaliação **3.3.1.** “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, p. 13563). Prestei também cuidados imediatos ao RN, avaliando a sua adaptação à vida extrauterina, com base no critério de avaliação **3.2.7.** “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº391/2019 de 03 de maio, p. 13563) e na competência **3.c.** “Prestar cuidados imediatos ao recém-nascido após o nascimento” (ICM, 2019). Após o nascimento é fundamental a observação do RN, a avaliação do Índice de Apgar e a observação física, no sentido de determinar possíveis complicações (Lowdermilk & Perry, 2008).

Muitas vezes, a identificação do segundo estágio do trabalho de parto ocorreu por verbalização da parturiente, referindo vontade de fazer força. De acordo com a OE (2015b), “o reflexo de Ferguson instala-se (descida da apresentação pressiona os nervos recetores do pavimento pélvico) e a Mulher sente necessidade de expulsar”. Quando confirmada a dilatação completa, através do exame vaginal, informou-se a mulher que a duração deste estágio varia de mulher para mulher e que pode durar 3 horas numa primeira gravidez e 2 horas numa segunda gravidez, de acordo com a OMS (2018). Neste sentido, apenas se incentivou a mulher a realizar os esforços expulsivos quando esta

sentiu necessidade, tal como recomendado pela OMS (2018). De acordo com a OE (2015b), os esforços expulsivos dirigidos e/ou a manobra de Valsalva estão desaconselhados, devendo a mulher ser encorajada a agir instintivamente. A parturiente apenas foi orientada na realização adequada da respiração, quando eram evidentes sinais de fadiga, de forma a aumentar a eficácia dos esforços expulsivos. Este período pode ser extremamente desgastante para a parturiente, tendo sido incentivado o envolvimento da pessoa significativa no reforço positivo e na promoção de um ambiente calmo, facilitando assim o conforto. De acordo com a OE (2015b), é fundamental o apoio do acompanhante e que este lhe transmita confiança e coragem. Assim, estabeleceu-se o contexto de conforto “Psico-espiritual”, na promoção de confiança na capacidade da mulher, o contexto “Social” na promoção da relação terapêutica e o contexto “Ambiental”, na promoção de um ambiente calmo (Kolcaba, 2003).

No que concerne ao posicionamento do segundo estágio do trabalho de parto, todos os partos que assisti foram realizados com a parturiente na cama, em posição sentada. Compreendi que, em relação a este aspeto, ainda existe algum trabalho a fazer por parte da equipa multidisciplinar, uma vez que há alguma renitência, talvez por insegurança em assistir partos em posições verticalizadas. Isto torna-se contraditório, pois quando a mulher apresenta dilatação completa e a apresentação ainda está alta, a mesma é incentivada a deambular, uma vez que as posições verticais favorecem a descida da apresentação fetal pela ação da gravidade (OE, 2015b). Em todos os partos que assisti foram utilizadas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento, como a massagem perineal e a proteção do períneo com as mãos, tal como recomendado pela OMS (2018), indo ao encontro do conforto “Físico” (Kolcaba, 2003).

No decorrer do contexto clínico de sala de partos realizei 5 episiotomias, respeitando as recomendações da OMS (2018), uma vez que apenas foram realizadas quando estritamente necessário. Inicialmente, a ideia de ter que realizar uma episiotomia fazia-me sentir em pânico, porém ao longo do tempo tive a oportunidade de perceber as indicações para realizar esta técnica, o que me deixou com mais confiança na minha prática de cuidados.

Neste estágio, experienciei 15 situações de circulares cervicais, sendo 5 largas e 10 apertadas, onde se procedeu ao corte imediato do cordão umbilical. De acordo com Mercer & Erickson-Owens (2014), de forma a evitar o corte imediato do cordão umbilical, se a circular for larga, deve ser deslizada sobre a cabeça do RN, se for apertada, deverá ser realizada a manobra de *Somersault*. Não tive oportunidade de realizar esta manobra, não sendo uma prática da equipa de enfermagem, nalguns casos por desconhecimento desta possibilidade, noutros por receio de complicações. A clampagem tardia do cordão umbilical foi assegurada pela vontade da mãe e sempre que possível, até que o mesmo parasse de pulsar. A OMS (2018) não recomenda a clampagem do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, de forma a melhorar os resultados de nutrição e saúde materna e infantil. Procurei facilitar o corte do cordão umbilical pela parturiente ou pessoa significativa, sendo um momento bastante bem aceite e emotivo para ambos. Após a expulsão da cabeça e ombros, é encorajada a parturiente, se assim o desejar, a vir buscar o seu bebé com as suas mãos.

No **terceiro estágio do trabalho de parto** assisti 41 dequituduras. Antes da dequitudura e, sempre que necessário, foi colhido sangue do cordão para determinação do grupo sanguíneo e *fator Rhesus* do RN (mãe grupo de sangue 0 ou Rh-) e kit de células estaminais, juntamente com fragmento do cordão. Este último procedimento apenas foi realizado 2 vezes. Durante este estágio procurei visualizar os sinais de descolamento da placenta e, uma vez identificados, utilizei tração controlada do cordão e massagem uterina, tal como recomendado pela OMS (2018), de forma a prevenir a hemorragia pós-parto. A placenta foi sempre alvo de observação pormenorizada, verificando o cordão, as membranas e os cotilédones. Após a dequitudura, avaliei sempre a formação do globo de segurança de *Pinard* e as características dos lóquios. Foi administrada ocitocina conforme protocolo do serviço, sendo recomendada para a prevenção da hemorragia pós-parto, conforme explanado no documento da OMS (2018). Seguidamente, observei o canal de parto, de forma a verificar a sua integridade, tal como refere o critério de avaliação **3.3.4**. “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para

além da sua área de atuação” (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, 2019). Realizei 5 episiorrafias e 19 perineorrafias, de lacerações de grau I e II. A sutura perineal foi sempre realizada logo após a dequitação, de forma a reduzir a perda de sangue e o risco de exposição à infecção (OE, 2015b). O mesmo autor refere que, sempre que a mulher não esteja sob o efeito da analgesia epidural, se deve proceder a uma correta anestesia local do períneo, tendo sido efetuada em 4 situações, através de infiltração com lidocaína. A técnica da sutura exige uma enorme perícia, principalmente nas lacerações, tendo sido uma aprendizagem gradual e desafiante, na utilização dos instrumentos e na distinção das diferentes estruturas, de forma a reconstituir adequadamente o períneo.

O **quarto estágio do trabalho de parto**, também designado por puerpério imediato, é uma fase de grande adaptação da tríade, sendo por isso importante a promoção de um ambiente calmo e privado, no sentido de facilitar a recuperação materna e a adaptação do RN à vida extrauterina, promovendo a vinculação, tal como referido no contexto de conforto “Ambiental” de Kolcaba (2003). Neste estágio promovi o alojamento conjunto e a permanência da tríade, tendo-se verificado uma sensação de segurança e bem-estar da puérpera/família, como referido no contexto “Social” de conforto de Kolcaba (2003). O puerpério imediato revelou-se um momento privilegiado para a partilha de informação e capacitação da puérpera/família. Estas intervenções facilitaram a relação entre a mãe e o bebé e deram continuidade ao vínculo afetivo.

Tive oportunidade de prestar cuidados a 72 puérperas, onde avalei os sinais vitais, realizei a avaliação obstétrica (pele e mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, períneo, membros inferiores), vigiei a eliminação urinária, promovi os cuidados de higiene e a alimentação. Esta avaliação obstétrica é fundamental, no sentido de prevenir complicações, como por exemplo, a hemorragia pós-parto. Prestei ainda cuidados a 74 RN, realizando o exame físico e observando os seus reflexos, com base no critério de avaliação **4.2.3**. “Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do RN, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, 2019). Nesta fase, promovi ainda a amamentação na primeira hora de vida, identificando os sinais de boa pega e os reflexos do RN.

A APEO&FAME (2009) defendem que a amamentação na primeira hora de vida estimula a libertação de ocitocina, favorecendo a contratilidade uterina, o que diminui o risco de hemorragia; a “subida” de leite pode acontecer mais rapidamente, favorece o vínculo materno e transmite segurança à puérpera.

O contacto pele-a-pele foi realizado sempre que os pais mostraram receptividade. Após o nascimento, o RN ficou em contacto pele-a-pele, pelo menos uma hora, de forma a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação (OMS, 2018). Depois foram prestados cuidados ao mesmo, nomeadamente a colocação de pulseira de identificação, pulseira eletrónica (anti-rapto) e administração de vitamina K. O contacto pele-a-pele favorece a dequitação, estimula a libertação de ocitocina, promovendo a amamentação e favorece o vínculo (APEO&FAME, 2009). Em situações pontuais, quando as condições clínicas da mãe/RN não permitiram, não foi realizado contacto pele-a-pele. Após as 2 horas as puérperas são transferidas para o serviço de obstetrícia, sendo assegurada a transmissão da informação relativa aos 4 estádios do trabalho de parto. O puerpério imediato foi um momento privilegiado, uma vez que ao promover o alojamento conjunto, o aleitamento materno e o contacto pele-a-pele, facilita o processo de transição para a parentalidade.

As intervenções realizadas foram sempre registadas no processo clínico da puérpera e do RN e no BSG, de forma a promover a continuidade de cuidados, não só a nível hospital como na comunidade. Nos contextos clínicos puerpério e cuidados de saúde primários tive a perceção da importância do registo das intervenções realizadas nos quatro estádios do trabalho de parto. Neste sentido, os cuidados especializados prestados à puérpera/RN/família vão ao encontro da Competência N.º 4 da ICM (2019) “Competências específicas do cuidado contínuo das mulheres e recém-nascidos”, especificamente a **Competência 4.a** “Fornecer cuidados pós-natais à mulher saudável”, a **Competência 4.b** “Prestar cuidados ao recém-nascido saudável” e a **Competência 4.d** “Detetar, tratar e estabilizar as complicações pós-natais em mulheres e encaminhar conforme necessário”.

Uma das vantagens para o desenvolvimento desta competência, foi a oportunidade de acompanhar a maioria das mulheres/famílias ao longo dos

quatro estádios do trabalho de parto. Considero que não só aumentou a confiança estabelecida, como também promoveu a continuidade de cuidados.

3.3.1. Resultados da prática baseada na evidência: promoção do conforto da mulher em trabalho de parto através do movimento

No decorrer deste percurso formativo, procurei desenvolver competências no âmbito da temática da promoção do conforto no parto, através do movimento. Esta temática acompanhou todo o meu percurso formativo, tendo sido mobilizada ao longo da UC Estágio com Relatório, de forma a adquirir o maior número de experiências possível. A realização desta reflexão permitiu-me não só repensar sobre as estratégias utilizadas, como identificar novas, que possam ser aplicadas numa prática futura, de forma não só a promover o conforto no parto em movimento, como a capacitar a mulher/família e os profissionais de saúde.

O primeiro passo para o desenvolvimento da temática foi a realização da *Scoping Review*. A mesma permitiu-me mapear a literatura existente sobre o tema, dando-me ferramentas para o seu desenvolvimento.

Considerei pertinente realizar a formação “Parto Ativo” de Janet Balaskas. Esta formação permitiu-me validar a importância do *empowerment* da mulher, sendo ela livre para escolher as posições que quiser ao longo do trabalho de parto, de forma a ter um parto ativo e confortável. De acordo com Janet Balaskas (2017), as posições verticalizadas durante o trabalho de parto beneficiam da gravidade, beneficiam o bebé, o útero e a mãe, proporcionando um trabalho de parto mais eficaz, e por isso mais confortável e breve.

Posteriormente, de forma a adquirir e aprofundar os conhecimentos teóricos, frequentei o “Ciclo Parir en Movimiento” de Núria Vives, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora. Nesta formação foram reforçados conhecimento sobre: a dimensão da pélvis e dos seus diâmetros; a importância das assimetrias na passagem do feto no canal de parto; a importância de manter a pélvis livre durante o trabalho de parto; a importância da liberdade de movimentos e da alteração de posicionamento na cama na descida da

apresentação fetal; a respiração ao longo do trabalho de parto e no período expulsivo; a observação do períneo nas diversas posições de período expulsivo e a importância de dar tempo ao períneo para que este possa distender naturalmente. Todos estes conhecimentos facilitaram a implementação da temática ao longo da UC Estágio com Relatório, não só junto da mulher/família, como também dos profissionais de saúde.

No contexto clínico de puerpério, conheci a experiência de parto de 20 mulheres. Na prestação de cuidados percebi que 15 utilizaram a bola de pilatos, e que referiram melhoria na tolerância das contrações. Relativamente ao período expulsivo, 18 estiveram em posição de litotomia modificada, 1 em posição de 4 apoios e 1 em posição de cócoras. As puérperas que estiveram em posições verticalizadas referiram que o período expulsivo foi mais curto e menos doloroso, indo ao encontro do estudo de Roy et al. (2014).

No contexto clínico de cuidados de saúde primários, tive oportunidade de participar na preparação para o nascimento, onde planeei uma sessão para grávidas e pessoas significativas (Apêndice VI), sobre a importância do plano de parto e da liberdade de movimentos, capacitando-os para o trabalho de parto. Nesta sessão procurei informar sobre as vantagens dos vários tipos de posições, de forma que as grávidas as pudessem experienciar, utilizei a bola de pilatos e mostrei como a pessoa significativa pode ter um papel ativo ao longo do trabalho de parto. Foi importante ver a receptividade das grávidas para esta temática, fazendo inúmeras perguntas sobre as vantagens e desvantagens das diversas posições. No final da sessão foi fornecido um guia fotográfico (Apêndice VII), com as diversas posições abordadas durante a sessão. Este guia foi elaborado por mim e ficou disponível no serviço para ser utilizado nas sessões de preparação para o nascimento. Após realizar esta sessão tive a percepção da importância da capacitação da grávida/família para o seu parto, uma vez que ao dotá-las de conhecimento é promovido o *empowerment*. De acordo com a DGS (2015b), os cursos de preparação para o nascimento e parentalidade têm como “objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a

parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho (DGS, 2015b, p. 63).

No âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista, referentes à prática baseada na evidência e à produção e divulgação dos resultados da investigação, procurei divulgar aos profissionais de saúde (EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais) as aprendizagens decorrentes do projeto desenvolvido. Assim, elaborei uma sessão de formação em serviço, de forma a sensibilizar a equipa para a temática em estudo (Apêndice VIII).

No contexto clínico de medicina materno-fetal, acompanhei grávidas em indução de trabalho de parto. O ambiente do serviço não era muito facilitador, uma vez que as induções eram realizadas numa enfermaria com 3 camas. Porém, durante a indução e quando convidadas, as grávidas estiveram muito recetivas e deambulavam pelo serviço, apoiavam-se na cama e balançavam, movendo a pélvis. Algumas grávidas também solicitaram apoio, tendo sido realizada massagem e pressão na região sagrada. Quando questionadas a maioria referiu que a deambulação aumentava o conforto e favorecia a tolerância das contrações. A OMS (2018) recomenda a adoção de posições verticalizadas durante o trabalho de parto, devendo apoiar e informar a mulher na sua escolha.

As experiências referidas anteriormente, reforçaram a importância desta temática, uma vez que é transversal a muitas áreas de atuação do EEESMO.

No contexto clínico de sala de partos apliquei a liberdade de movimentos com vista ao conforto no trabalho de parto, realçando o investimento do EEESMO nesta temática. De forma a fundamentar a minha intervenção junto da mulher/família e equipa de cuidados, procurei desenvolver uma prática baseada na evidência, mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo do CPLEESMO.

No sentido de facilitar a reflexão sobre as situações de cuidados, foi elaborada uma grelha de registo de interação (Apêndice IX – Grelha de Registo de Interação), de forma a registar os momentos de prestação de cuidados e de interação com a parturiente/família, através da observação do comportamento evidenciado pela mesma e do questionamento direto do efeito das intervenções

implementadas. As medidas de conforto definidas na grelha foram aplicadas após o consentimento da parturiente. Estes dados foram registados na grelha de registo de interação, facilitando a análise e reflexão. O registo diz respeito às mulheres a quem assisti o parto, uma vez de acordo com o REPE, autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas qualificações profissionais (Decreto Lei nº161/96, 1996).

Em primeiro lugar, como já referi, considero fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/família e a promoção de um ambiente calmo, mantendo a dignidade e o respeito, de acordo com as recomendações da OMS (2018).

No contexto clínico de sala de partos prestei cuidados a 120 parturientes em diferentes estádios do trabalho de parto. Estas tinham entre os 15 e 43 anos, com idade gestacional entre as 34 e as 41 semanas, sendo 76 primíparas e 44 multíparas.

De forma a desenvolver esta competência específica, a minha prática de cuidados foi baseada na Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba*, uma teoria holística centrada no cliente que tem o conforto como *outcome* dos cuidados. As intervenções do EEESMO promotoras do conforto no parto, através do movimento foram organizadas com base nos pressupostos teóricos de *Katherine Kolcaba*. Assim, no âmbito dos tipos de conforto serão abordadas intervenções relativas ao alívio, tranquilidade e transcendência.

Relativamente ao alívio procurei facilitar a liberdade de movimentos e satisfazer as necessidades da mulher/família/RN ao longo do trabalho de parto. Neste sentido, procurei junto das mulheres conhecer o seu plano de parto. Das parturientes a quem prestei cuidados 110 tinham vigiado a gravidez com 6 ou mais consultas, como preconizado pela DGS (2015b), 62 realizaram o curso de preparação para o nascimento, de acordo com o método psicoprofilático e 25 tinham plano de parto. No plano de parto, as preferências mais comumente expressas foram: o uso da analgesia epidural, o uso da bola de pilatos, a deambulação, a musicoterapia, a ingestão de líquidos no trabalho de parto, a presença da pessoa significativa, a realização de episiotomia seletiva, o contacto

pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida. Os medos/receios expressos em 15 planos de parto foram, essencialmente, o medo/receio da dor, da episiotomia e não ser capaz de realizar os esforços expulsivos. A maioria das parturientes não tinha plano de parto, o que me fez consciencializar da importância da capacitação da mulher/família no período pré-natal. Neste caso, a mulher/casal que não tinha plano de parto era incentivada a referir os seus desejos e expectativas, capacitando-os para a tomada de decisão esclarecida acerca do trabalho de parto (OE, 2015b). O facto de mostrar interesse sobre o plano de parto da mulher, promove a relação empática e facilita a relação terapêutica. A relação entre os profissionais de saúde e a mulher tem um grande impacto na forma como esta vai experienciar o parto e o nascimento (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016). O cuidado deve ser guiado pelo conceito de humanização, que respeita a dignidade, direitos e autonomia da mulher (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016). Dada a realidade da população-alvo dos meus cuidados procurei mostrar disponibilidade à mulher/família, explicando de forma geral, o conceito de trabalho de parto e os acontecimentos que provocava na mulher e no feto, realçando as intervenções não farmacológicas que dispúnhamos no serviço. A presença do EEESMO junto da mulher/família é vista como um sentimento de segurança.

Ao longo do contexto de sala de partos acompanhei 5 parturientes que recusaram estar deitadas no primeiro estágio do trabalho de parto, tendo sido uma oportunidade e estímulo para o desenvolvimento da temática em estudo. Estas parturientes experienciaram diversas posições, deambularam e utilizaram a bola de pilatos. Foi com estas parturientes que consegui refletir plenamente sobre o impacto do movimento no conforto ao longo do trabalho de parto. Foi notória a relação entre o movimento e o alívio da dor, tendo as parturientes referido que a liberdade de movimentos lhes proporcionou conforto.

Todas as parturientes a quem prestei cuidados utilizaram a bola de pilatos e referiam alívio na sua utilização. A deambulação foi utilizada por 100 parturientes, aliada ao balancear, o que permite manter a pélvis livre, como referido ao longo do relatório. Relativamente ao duche, este foi sempre sugerido por mim, não estando as parturientes tão sensibilizadas para o mesmo, talvez

por acharem que não seria possível, uma vez que não existe casa de banho privativa. As 20 parturientes que aderiram ao duche, encontravam-se na fase latente do primeiro estágio do trabalho de parto e referiram que este é muito relaxante, uma vez que alivia o desconforto das contrações.

Como referido anteriormente, todas as parturientes tiveram monitorização cardiotetral contínua, sendo esta apenas retirada para irem à casa de banho. Não considere a monitorização contínua uma limitação à liberdade de movimentos, uma vez que a mulher pode deambular e permanecer na bola de pilatos. Foi dada preferência à monitorização contínua sem fios, quando possível.

Todas as parturientes aderiram ainda à ingestão de líquidos claros e à musicoterapia. Consegui ter a perceção da influência da gravidade na descida da apresentação fetal, através da liberdade de movimentos na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, uma vez que quando a apresentação fetal se encontrava alta, a parturiente era convidada a usar a bola de pilatos e/ou deambular.

O segundo estágio dos trabalhos de parto que assisti ocorreu na posição de litotomia modificada, tendo sido uma das limitações para o desenvolvimento de competências no âmbito da temática, porém nenhuma parturiente manifestou vontade de realizar o período expulsivo noutra posição. No contexto de sala de partos procurei sensibilizar a equipa para a adoção de diferentes posições no período expulsivo, porém sem sucesso. Segundo Silva et al (2016), a adoção de posições verticais durante o período expulsivo permite o nascimento com menor índice de complicações maternas e fetais, resultando em recém-nascidos mais saudáveis, mas ainda existe dificuldade em mobilizar os profissionais de saúde a adotar medidas que permitam a prática da adoção de diversas posições de parto na assistência hospitalar (Silva et al., 2016).

A tranquilidade encontra-se aliada à intervenção alívio, uma vez que ao satisfazer as necessidades da mulher/família, é promovida a calma e a satisfação. Neste sentido, procurei manter um ambiente tranquilo, solicitando consentimento à mulher/família sobre todos os procedimentos. A presença de um acompanhante também transmite tranquilidade e conforto à parturiente. Compreendi que ao respeitar o plano de parto e as expectativas da mulher/família

promovo confiança, e por sua vez, tranquilidade. A enfermeira obstetra é um elemento fundamental na promoção da tranquilidade, uma vez que a sua postura também pode afetar a tranquilidade da parturiente. O apoio durante o parto representa uma forma efetiva na redução de consequências adversas, como o medo e a angústia, associadas a um trabalho de parto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017).

No que concerne à transcendência, as intervenções relativas ao controlo da dor favorecem a dilatação, uma vez que promovem o relaxamento. Tive oportunidade de acompanhar 5 parturientes que não realizaram analgesia epidural, tendo adotado diversas estratégias não farmacológicas, entre elas a liberdade de movimentos, referindo que lhes proporcionou conforto. A principal diferença entre as mulheres que não realizaram analgesia epidural e as que realizaram, relaciona-se com o facto de as mulheres ouvirem o corpo e saberem exatamente que posição adotar. Quando as mulheres se sentem participantes na tomada de decisão, a dor pode desempenhar um papel menor na sua experiência global do parto (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013).

No âmbito dos contextos do conforto serão abordadas intervenções relativas ao contexto físico, contexto psico-espiritual, contexto ambiental e contexto social.

O contexto físico pressupõe manter a mulher/família informada sobre as modificações que ocorrem ao longo do trabalho de parto, o que reduz a ansiedade e aumenta a confiança na equipa. Todas as intervenções foram realizadas após o consentimento da mulher. As mulheres sentiram maior controlo quando as decisões sobre a posição de nascimento foram feitas em conjunto com os outros, em vez de forma independente (Green, 2015).

O contexto psico-espiritual pressupõe a promoção da confiança na capacidade da mulher. O facto da maioria das mulheres não ter realizado preparação para o nascimento, pode condicionar o papel do EEESMO na sala de partos. Neste sentido, procurei promover a confiança na capacidade da mulher, através do reforço positivo, mostrando-lhe que é capaz. Assim, torna-se “fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de

saúde e a grávida/casal de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos” (DGS, 2015b, p. 34).

O contexto ambiental está ligado à promoção de um ambiente calmo. No local onde desenvolvi o contexto de sala de partos, dei primazia à ocupação das salas de parto com luz natural, não só por este motivo, mas também por serem maiores. Todas as salas de parto têm uma cama de parto, um cardiotocógrafo, um ressuscitador, um lavatório, um móvel onde está o material, uma televisão, um rádio e uma bola de pilatos. Considerei pertinente o facto de todas as salas de parto terem uma bola de pilatos, uma vez que a mulher ao ver que tem a bola disponível, solicita mais a sua utilização. A televisão e a música ambiente tornam o ambiente mais acolhedor e promovem o movimento. Como limitação do ambiente, aponto as salas de parto que não têm luz natural, não só por este aspeto, mas também por serem mais pequenas, ficando tudo mais condicionado, sendo difícil retirar o enfoque da cama (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013). Após o parto, a mulher e o RN são transferidos para o recobro do serviço, onde permanecem durante 2 horas. Considero este aspeto como um ponto negativo, uma vez que pode afetar a privacidade da mulher/família, pois podem estar mais mulheres no recobro.

O contexto social pressupõe proporcionar a relação precoce com a díade/tríade, o envolvimento do casal ao longo do trabalho de parto e a relação terapêutica com os profissionais de saúde. A pessoa significativa deve ser qualquer pessoa escolhida pela mulher para lhe fornecer apoio contínuo durante o trabalho de parto (OMS, 2018). No que concerne ao envolvimento do casal no trabalho de parto, 82 parturientes estavam acompanhadas pelo companheiro. No acolhimento à mulher/família são reforçadas as vantagens e incentivada a presença da pessoa significativa ao longo do trabalho de parto. Na prestação de cuidados procurei que fossem elementos facilitadores da temática em estudo, por exemplo, quando a mulher se encontrava na bola de pilatos foi solicitado o apoio da pessoa significativa. Após o nascimento, sempre que possível, o RN foi colocado sobre a mãe, realizando contacto pele-a-pele. Neste momento também foi sempre solicitado à pessoa significativa se queria realizar o corte do cordão umbilical, sendo um momento vivenciado com muita emoção. Relativamente à

relação terapêutica com os profissionais de saúde, esta inicia-se no momento da triagem e permanece ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto. A mesma tem um enorme impacto na experiência da mulher (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016). O ideal seria que fosse o mesmo profissional a acompanhar todo o processo, desde a admissão ao puerpério imediato.

Em suma, os resultados descritos ao longo deste subcapítulo demonstraram a satisfação das parturientes/família, face à implementação das estratégias mencionadas, considerando que as mesmas promoveram o conforto no seu parto. A bola de pilatos foi o instrumento mais solicitado pelas parturientes, para promover a mobilidade. A analgesia epidural continua a ser um elemento importante para as parturientes, porém considero que a implementação deste projeto sensibilizou as mulheres para a utilização de medidas não farmacológicas, uma vez que as que experimentaram tiveram resultados positivos. Ao longo do trabalho de parto as mulheres/família aderiram à liberdade de movimentos, porém no período expulsivo nenhuma solicitou outra posição senão a de litotomia, não sendo possível analisar o conforto nas diferentes posições. As medidas anteriormente referidas, foram justificadas com base na evidência científica. Os resultados obtidos estão consonantes com os da *Scoping Review*. As medidas que foram implementadas estão descritas nos padrões de qualidade da OE (2001), nomeadamente no que se refere à satisfação do cliente, à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e à promoção da saúde, contribuindo para a visibilidade da profissão.

A temática foi divulgada junto da equipa, com base na reflexão e partilha de experiências, o que foi bastante enriquecedor para a realização deste relatório. Da reflexão realizada decorre a necessidade de efetuar formação à equipa multidisciplinar sobre a temática em estudo, de forma a uniformizar os cuidados. Neste sentido, após a entrega deste relatório será atualizado o projeto já existente no serviço sobre a deambulação no trabalho de parto. Após a UC Estágio com Relatório foi também elaborado um *poster* para um congresso, com os dados da *scoping review*, de forma a divulgar os resultados da evidência e dos cuidados implementados (Apêndice X – *Poster “Conforto no Parto em Movimento: Uma Intervenção do Enfermeiro Obstetra – Revisão Scoping”*).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, existe um grande investimento na promoção do parto normal, estando inerente todos os fatores que favorecem o conforto no parto. O *empowerment* da mulher/família e do EEESMO são destacados pela evidência científica, no sentido de promover a experiência de conforto no parto.

A capacitação do EEESMO, no âmbito da promoção do movimento no trabalho de parto, é um fator determinante para o *empowerment* da mulher/família. O estabelecimento de uma boa relação, com base na empatia, confiança e escuta ativa influencia a experiência de parto da mulher/família, podendo afetar o conforto no parto em movimento.

O relatório cumpre o objetivo delineado de mapear a literatura existente, com base na evidência científica referente à temática em estudo. A prática de cuidados permitiu-me desenvolver uma prática baseada na evidência na implementação da liberdade de movimentos como medida de conforto. A reflexão acerca dos resultados obtidos comprova a importância que a liberdade de movimentos tem na promoção do conforto no parto, facilitando uma experiência de parto positiva, contribuindo para uma sensação de alívio, tranquilidade e transcendência.

O Estágio com Relatório revelou-se muito trabalhoso, cheio de desafios e experiências que facilitaram a aquisição de conhecimentos e competências no cuidado especializado à mulher/família. O percurso realizado contribuiu muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Considero que ao longo do mesmo desenvolvi as competências comuns e específicas do EEESMO, na prestação de cuidados especializados à mulher ao longo do ciclo de vida, e competências inerentes ao 2º ciclo de estudos do grau de mestre, através da reflexão crítica e integração da prática baseada na evidência.

No que concerne a aspetos positivos, o número de semanas do contexto clínico de sala de partos e o facto de serem contínuas permitiu o desenvolvimento gradual de competências, aumentando a minha autonomia ao longo do mesmo. A realização de todos os contextos clínicos na mesma área geográfica facilitou a continuidade de cuidados e tornou-se gratificante

Parto em Movimento: O Conforto Proporcionado pelo Enfermeiro Obstetra

acompanhar a mulher/família desde o período pré-natal até ao pós-natal. Este aspeto facilitou a prestação de cuidados centrados na mulher/família, uma vez que já tinha uma relação prévia estabelecida com algumas delas.

Por outro lado, como limitação do contexto clínico de sala de partos refiro o facto de ter experiências mínimas, nomeadamente a realização de 40 partos eutócicos, de acordo com a Directiva 80/155/CEE, 21 de janeiro de 1980. Isto faz com que o foco central do ER seja o cuidado a mulheres em trabalho de parto e, pessoalmente, gostava de ter tido mais oportunidades no SUOG, nomeadamente estar mais tempo na triagem. A gestão de tempo entre os turnos como profissional, os turnos como aluna e a realização do relatório foi dos aspetos mais difíceis de gerir neste percurso.

A implementação das estratégias apresentadas despoletou interesse na equipa, indo ao encontro de um dos grandes projetos do serviço, dentro do grande Projeto maternidade com qualidade da Ordem dos Enfermeiros. Após a realização deste relatório pretendo continuar a sensibilizar a equipa para a temática. Pretendo ainda atualizar e dinamizar o projeto já existente no serviço “Mover para melhor nascer”. Futuramente, gostaria de participar no curso de preparação para o nascimento, de forma a dar enfoque à temática, promovendo o *empowerment* da mulher/família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Safe prevention of the primary cesarean delivery*. ACOG. Obstetric Care Consensus, N.º1. Acedido a 5 de junho de 2019. Disponível em <https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1>
- Amaral, A. P. & Martins, C. (2016). *Manutenção das necessidades da parturiente*. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.400 – 406). Lisboa: Lidel.
- APEO & FAME. (2009). *Iniciativa parto normal - documento de consenso*. Camarate: Lusociência.
- Apóstolo, J. (2009). *O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos*. *Revista Referência*, II (nº9), p. 61-67. Acedido a 2 de maio de 2018. Disponível em https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=262&codigo
- Araujo, A. (2014). *O uso das boas práticas no parto institucionalizado: saberes intrínsecos das enfermeiras obstétricas para a naturalização da assistência ao nascimento*. Salvador. Acedido a 20 de abril de 2020. Disponível em <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EOB/EOB10/ARAUJO-adnelma.pdf>
- Balaskas, J. (2017). *Parto ativo - guia prático para o parto natural*. São Pedro do Estoril: 4Estações. ISBN: 978-989-8761-19-4.
- Baldisserotto, M. L., Filha, M. M., & Gama, S. G. (2016). *Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012*. Rio de Janeiro. *Reproductive Health*, 13(Suppl 3):124.

- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-052-5.
- Bio, E., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2006). *Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto*. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, p. 671-679.
- Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K. & Cuthbert A. (2017). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Botell, M. L., Bermúdez, M. R. (2012). *El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura*. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012;38(1); p.134-145.
- Canadian Nurse Association. (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. CNA. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Decreto-Lei nº. 15/92. (1992). *Diário da República* nº29/1992 Série I-A de 1992-02-04, p. 713-714.
- Decreto-Lei nº.161/96. (1996). REPE- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República* nº205/1996 Série I-A de 1996-09-04, p. 2959 - 2962.
- Decreto-Lei nº.115/2013. (de 7 de agosto de 2013). Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª série - Nº151. Acedido a 13 de abril de 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/498487>
- Desseauve D., Fradet L., Lacouture P. & Pierre F. (2016). *Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives*. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>

- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Orientação N.º 001/2015 - *Trabalho de Parto Estacionário*. Acedido a 5 de junho de 2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. Acedido em 28 de maio de 2019. Disponível em www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx
- DiFranco J., RN, BSN, LCCE, FACCE (2009). Práticas de nascimento saudáveis de Lamaze® International: #5: *Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força*.
- Directiva 80/155/CEE. (21 de janeiro de 1980). do Conselho Europeu. Acedido a 5 de março de 2019. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31980L0155>
- FAME. (2006). *Iniciativa parto normal*. Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Falavina, L. P., Oliveira, R. R., Melo E. C., Varela P. L. R. & Mathias T. A. F. *Hospitalization during pregnancy according to childbirth financial coverage: a population-based study*. Rev Esc Enferm USP. 2018; 52:e03317. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017032403317>
- Ferrão, A., & Zangão, M. (2017). *Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto*. Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento, 3(1), p. 886-900.
- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. 5ª edição. Lisboa: Lidel.
- Green, T. (2015). *Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature*. Evidence Based Midwifery. 13(4). 132-137.
- International Condeferation of Midwives. (2017). *Definición de matrona*. Acedido a 10 de julho de 2019. Disponível em

https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

International Condeferation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice* 2019, Update 2018. Acedido a 16 de maio de 2019. Disponível em

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-en-screens.pdf>

International Council of Nurses. (2016). *CIPE versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute reviewer's manual - methodology for JBI scoping reviews*. Australia: The Joana Briggs Institute.

Johansson, M. & Thies-Lagergren L. (2015). *Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study*. Women and Birth 28, p. e140-e147. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519215000566?via%3Dihub>

Jonge, A.; Teunissen, D.; Van Diem, M.; Scheepers, P.; & Lagro-Janssen (2008). *Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives*. Journal of Advanced Nursing. 63(4). 347-356. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x

Kolcaba, K. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. Advances in Nursing Science, 19 (6), 1178-1184.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G. J., Styles C. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.

- Lei n.º 156/2015 (2015). Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado a 16 de setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1
- Mamede, F., Almeida, A., & Clapis, M. J. (2004). *Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão*. Acta Scientiarum. Health Sciences, p. 295-302.
- Mazzo, M. H., Brito, R. S., & Santos, F. A. (set/out de 2014). *Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto*. Revista enfermagem UERJ, pp. 663-667.
- Mercer, J.S., Erickson-Owens, D.A. (2014). *Is it time to rethink cord management when resuscitation is needed?* Journal of Midwifery & Womens' Health. 59 (6), 635-644.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S., & Makuch, M. Y. (2009). *The vertical position during labor: pain and satisfaction*. Rev. Bras. Saúde Materna Infantil, 393-398.
- Moura, F., Crizostomo, C., Nery, I., Mendonça, R., Araújo, O., & Rocha, S. (2007). *A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal*. Revista Brasileira de Enfermagem (60), 452-455.
- Mselle, L. & 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. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korttjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2013) *Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 33(1). 25-31. DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428
- Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). *The role of maternity care providers in promoting shared decision making*

regarding birthing positions during the second stage of labor. Journal of Midwifery & Women's Health, 277-285.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem.* Departamento de Enfermagem ESS/IPS: Setúbal. ISBN 978-989-98206-1-6.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos.* Acedido a 12 de junho de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem - tomada de posição.* Acedido a 6 de maio de 2019. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto da MCEESMO-OE maternidade com qualidade: influência na posição de parto na mãe e no recém-nascido.* Acedido a 23 de maio de 2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem.* Acedido a 07 de junho de 2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de bolso - enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras.* Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- OE & APEO. (2012). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, C. (2013). *Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem*. Pensar em Enfermagem. 17(2), 2-8. Acedido a 2 de maio de 2018. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *The prevention and elimination of disrespect during facility-based childbirth*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 1-200. Genebra: WHO. Acedido a 3 de maio de 2019. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C2FA05863F7D2AF971F60FA640EECCBF?sequence=1>
- Parecer Nº 21/2017. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2017). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- Parés, N. & Calais-Germain, B. (2009). *Parir en Movimiento: la movilidad de la pélvis en el parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2010). *O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do instituto joanna briggs*. Referência – Revista de Enfermagem, volume II, número 12, p. 123-133. Acedido a 16 de maio de 2019. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959006.pdf>
- Pereira, M. (2016). *Preparação para o Nascimento e Parentalidade*. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 152- 157). Lidel.

- Pervin, J., Aktar, S., Nu, U., Rahman, M., Rahman, A. (2018). *Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh*. Midwifery, volume 66, p. 30-35. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.010>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H & Parker D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido a 16 de maio de 2019. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Royal College of Midwives. (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour*. Supporting Women in Labour.
- Royal College of Midwives. (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour care of the perineum*. United Kingdom. Royal College of Midwives. Acedido a 19 de março de 2018. Disponível em <http://rcm.redactive.co.uk/college/policy-practice/evidence-basedguidelines/>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*: 2ª série (Nº 85 de 06 de fevereiro). Acedido a 16 de maio de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº391/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*: 2ª série (Nº 85 de 03 de maio). Acedido a 16 de maio de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

- Roy M., Moreno A., & Jimeno J. (2014). *Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones*. Medicina Naturista, volume 8 – N.º 1, p. 23-30.
- Schuiling, K. D. & Sampsel, C. M. (1999). *Comfort in labor and midwifery art*. Journal of Nursing Scholarship, 31(1), 77-81. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00425.x
- Shilling, T., MS, CD (DONA), IBCLC, LCCE, FACCE (2009). *Práticas de Nascimento Saudáveis de Lamaze® International: #2: Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto*.
- Shrivastava S. R., Shrivastava P. S. & Ramasamy J. (2017). *Encouraging pregnant women to deliver in upright position: United Nations Population Fund*. Ann Trop Med Public Health 2017;10:1421-2.
- Silva, L., Leão, D., Cruz, A., Alves, V., Rodrigues, D. & Pinto, C. (2016). *Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar*. Revista de Enfermagem UFPE Online, p. 3531-3536. DOI:10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604
- Simkin, P. (2007). Disponível em Web site de Childbirth Connection: <http://www.childbirthconnection.org>
- Simkin P. (2017). *Should ACOG support childbirth education as another means to improve obstetric outcomes? Response to ACOG Committee Opinion # 687: Approaches to limit intervention during labor and birth*. While Periodicals, Inc. Birth; 44; 293-297.
- Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. (2013). *Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial*. Women and Birth 26, e99-e104.
- Vila-Candel, R., Mateu-Ciscar, C., Bellvis-Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marín, M. & Gómez-Sánchez, M. (2015). *Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera*. Matronas Prof; 16(1): 28-36.

- Zhang, H. et al (2017). *A randomized controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China*. Midwifery, volume 50, p. 117-124. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>
- Zileni, B., Glover, P., Jones, M., Teoh, K., Zileni, C. & Muller, A. (2016). *Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross sectional descriptive survey*. Women and Birth, volume 30, p. e1-e8. Acedido a 6 de março de 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003>

ANEXOS

ANEXO I – Estratégia de Pesquisa na Base de Dados CINAHL



Tuesday, March 17, 2020 6:44:06 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S6	((Parturient OR Woman in labor OR woman) AND (S1 AND S2 AND S3)) AND (S1 AND S2 AND S3)	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33
S5	((Parturient OR Woman in labor OR woman) AND (S1 AND S2 AND S3)) AND (S1 AND S2 AND S3)	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	35
S4	((Parturient OR Woman in labor OR woman) AND (S1 AND S2 AND S3)) AND (S1 AND S2 AND S3)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	116
S3	Parturient OR Woman in labor OR woman	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	392,192
S2	MM Delivery room OR Obstetric room OR Childbirth OR Maternity OR Home birth OR MM Home childbirth OR	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	478,257

	Midwifery service OR MM Nurse-midwifery service OR Hospital		Base de dados - CINAHL Complete	
S1	Movement in labor OR Freedom of movement OR Active Birth OR Comfort in labor OR MM Comfort OR Birth Position OR MM Birthing positions OR MM Movement	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,928

ANEXO II – Estratégia de Pesquisa na Base de Dados MEDLINE



Tuesday, March 17, 2020 7:38:43 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S7	(Movement in labor OR Comfort in labor OR Birth Position OR Birthing Positions OR MM First labor stage OR MM Second labor stage) AND (S1 AND S2 AND S3)	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101- 20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10
S6	(Movement in labor OR Comfort in labor OR Birth Position OR Birthing Positions OR MM First labor stage OR MM Second labor stage) AND (S1 AND S2 AND S3)	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20140101- 20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10
S5	(Movement in labor OR Comfort in labor OR Birth Position OR Birthing Positions OR MM First labor stage OR MM Second labor stage) AND (S1 AND S2 AND S3)	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	12
S4	(Movement in labor OR Comfort in labor OR Birth Position OR Birthing Positions OR MM First labor stage OR MM Second labor stage) AND (S1 AND S2 AND S3)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	18
S3	Movement in labor OR Comfort in labor OR Birth Position OR Birthing Positions OR	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	167

	MM First labor stage OR MM Second labor stage		Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	Delivery room OR Obstetric room OR Childbirth OR Maternity OR Hospital OR Home Birth OR MM Home childbirth OR Midwifery service OR Nurse- midwifery service OR MM Birthing centers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,870,195
S1	Parturient OR Woman in labor OR woman	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	251,457

ANEXO III – Estratégia de Pesquisa na Base de Dados COCHRANE



Tuesday, March 17, 2020 11:43:51 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	((Pregnancy OR female OR parturient) AND (S1 AND S2 AND S3)) AND (S1 AND S2 AND S3)	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	7
S4	((Pregnancy OR female OR parturient) AND (S1 AND S2 AND S3)) AND (S1 AND S2 AND S3)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	7
S3	Pregnancy OR female OR parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	2,061
S2	Movement in labor OR Freedom of movement OR Active Birth OR Comfort in labor OR MM Patient Satisfaction OR Birth Position OR Birthing positions OR MM Relaxation Therapy methods	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	14
S1	Delivery room OR Obstetric room OR Childbirth OR Maternity OR Hospital OR Home birth OR Home childbirth OR Midwifery service OR Nurse-midwifery service OR MM birthing centers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	7,347

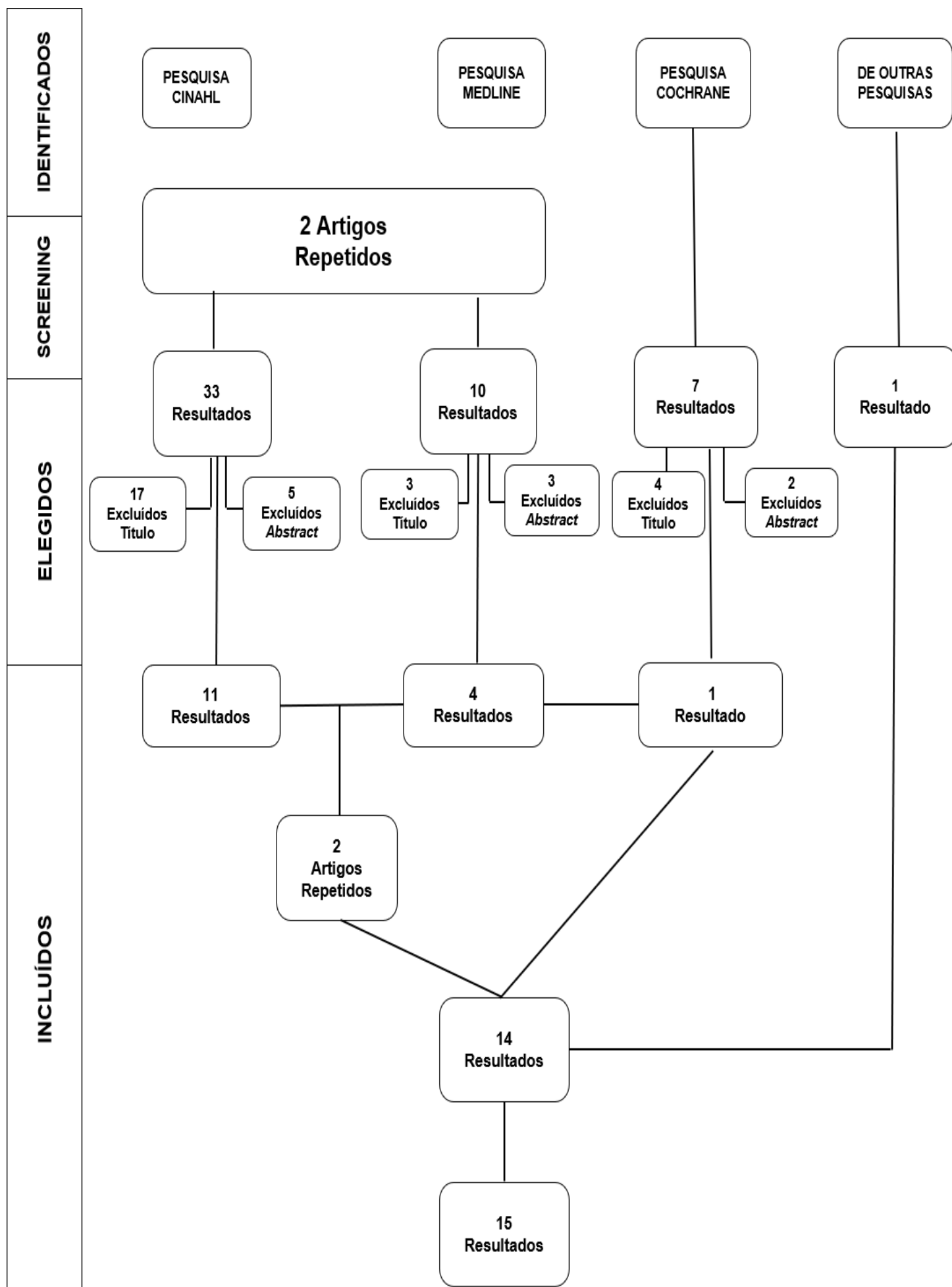
APÊNDICES

**APÊNDICE I – Termos de Pesquisa CINAHL, MEDLINE e Cochrane
Database Systemic Reviews**

Questão de Pesquisa	Descrição dos Componentes	Plataforma EBSCO host		
		Termos de Indexação (MEDLINE)	Termos de Indexação (CINAHL)	Termos de Indexação (COCHRANE)
P (População)	Parturientes/Mulheres	<i>Parturient OR Woman in labor OR Woman</i>	<i>Parturient OR Woman in labor OR Woman</i>	<i>Pregnancy OR Female OR Parturient</i>
C (Conceito)	Promoção do Conforto no Parto através do Movimento	<i>Movement in labor OR Birth Position OR Birthing Positions OR First Labor Stage (MM) OR Second Labor Stage (MM)</i>	<i>Movement in labor OR Freedom of movement OR Active birth OR Comfort in labor OR Comfort (MM) OR Birth Positions OR Birthing positions (MM) OR Movement (MM)</i>	<i>Movement in labor OR Freedom of movement OR Active birth OR Comfort in labor OR Patient Satisfaction (MM) OR Birth Position OR Birthing positions OR Relaxation Therapy methods (MM)</i>
C (Contexto)	Todos os locais de nascimento	<i>Delivery room OR Obstetric room OR Childbirth OR Maternity OR Hospital OR Home birth OR</i>	<i>Delivery room (MM) OR Obstetric room OR Childbirth OR Maternity OR Home birth OR Home</i>	<i>Delivery room OR Obstetric room OR Childbirth OR Maternity OR Home birth OR Home childbirth</i>

		<i>Home childbirth (MM) OR Midwifery service OR Nurse- midwifery service OR Birthing centers (MM)</i>	<i>childbirth (MM) OR Midwifery service OR Nurse- midwifery service (MM) OR Hospital</i>	<i>OR Midwifery service OR Nurse- midwifery service OR Hospital OR Birthing centers (MM)</i>
--	--	---	--	--

APÊNDICE II – Diagrama de Prisma



APÊNDICE III – Quadros de Extração de Dados da Revisão
Scoping

Quadro 1 - Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012 (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Baldisserotto, M. L., Filha, M. M., & Gama, S. G. (2016). <i>Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012</i> . Rio de Janeiro. Reproductive Health, 13(Suppl 3):124
Título do artigo	Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012
Autor	Marcia Leonardi Baldisserotto, Mariza Miranda Theme Filha e Silvana Granado Nogueira da Gama
Ano de publicação	2016
País de Origem	Brasil
Objetivo do estudo	Avaliar a associação entre a adoção de boas práticas, de acordo com a recomendação da WHO, para um parto normal e nascimento e avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos.
População em estudo	4102 puérperas classificadas com gravidez de baixo risco e que o parto tenha sido espontâneo ou induzido, na região Sudeste do Brasil.
Método do estudo	Para estudar a associação entre a avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante o parto (variável dependente) e as boas práticas, de acordo com a recomendação da WHO, durante um parto normal e o nascimento (variável independente), foi realizada uma análise de regressão logística multinomial e o rácio de probabilidades ajustado e calculado com os intervalos de confiança de 95%.
Tipo de Intervenção	Entrevistas, dados clínicos.

Duração da Intervenção	Recolha de dados decorreu de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.
Resultados	O estudo demonstrou que uma boa relação estabelecida entre as mulheres e os profissionais de saúde, durante o trabalho de parto, é um fator decisivo para a avaliação positiva do atendimento recebido. As variáveis independentes analisadas no estudo foram as boas práticas nos cuidados durante o parto normal e nascimento recomendados pela WHO (categoria A). O estudo analisou algumas boas práticas como por exemplo, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. Após a análise de resultados conclui-se que as práticas recomendadas pela WHO (nutrição livre, liberdade de movimentos, analgesia não farmacológica, amamentação na sala de partos, contato pele-a-pele após o nascimento, e livre escolha de um companheiro) não tiveram associação estatística com o resultado. O estudo não encontrou associação entre avaliação de cuidados e boas práticas relacionadas com os aspetos objetivos do cuidado: analgesia não farmacológica, nutrição livre, liberdade de movimentos, início da amamentação na sala de partos e contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento. Os autores referem que este aspeto pode ser justificado pela falta de informação e baixas expectativas para o trabalho de parto e parto. No entanto, não ignoram a possibilidade de que talvez os aspetos subjetivos da assistência ao parto têm mais relevância para as mulheres, de acordo com os resultados do estudo e os de outras pesquisas.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	A relação entre os profissionais de saúde e a mulher tem um grande impacto na forma como esta vai experienciar o processo de parto e nascimento. Este estudo alerta para a necessidade de investir na formação de profissionais de saúde, de modo a melhorar estas qualidades e habilidades, com o objetivo de desenvolver um cuidado guiado pelo conceito de humanização, que respeita a dignidade, direitos e autonomia da mulher.

Quadro 2 - Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Silva, L., Leão, D., Cruz, A., Alves, V., Rodrigues, D. & Pinto, C. (2016). <i>Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar</i> . <i>Revista de Enfermagem UFPE Online</i> , p. 3531-3536. DOI:10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604
Título do artigo	Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar
Autor	Lorena Sabbadini da Silva, Diva Cristina Morett Romano Leão, Amanda Fernandes do Nascimento da Cruz, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Carina Bulcão Pinto
Ano de publicação	2016
País de Origem	Brasil
Objetivo do estudo	Análise do significado do conhecimento das mulheres, no que respeita à opção de uma posição alternativa para o parto.
População em estudo	10 grávidas inscritas no programa pré-natal de uma Policlínica de Niterói/RJ, Brasil.
Método do estudo	Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.
Tipo de Intervenção	Entrevistas
Duração da Intervenção	Recolha de dados decorreu de setembro a outubro de 2014.
Resultados	Os procedimentos não farmacológicos e não invasivos são benéficos para uma melhor evolução do trabalho de parto e parto, promovendo a autonomia do parto para a mulher. Um fator negativo constitui o excesso de medicalização do parto, o que ocasiona a perda do protagonismo da mulher no trabalho de parto. Devolver o protagonismo do parto à mulher é uma das várias alternativas de humanizar o atendimento na assistência ao parto. A atenção humanizada envolve conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, iniciando-se no período pré-natal. Cada mulher deve ter

	liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está em trabalho de parto. Porém, apesar das evidências científicas relacionadas aos benefícios da escolha da posição adotada pela parturiente, na prática ainda é predominante a adoção da posição dorsal durante a segunda fase do trabalho de parto. Evidencia-se uma distância significativa entre o que é preconizado como prática e a realidade nos serviços de saúde. Ao colocar a mulher em posição horizontal, o profissional contribui para a limitação da atuação desta mulher durante o seu trabalho de parto. Assim, os partos realizados nas diversas formas de posições verticais estão relacionados ao tempo reduzido do período expulsivo quando comparados aos partos em posição horizontal. As evidências demonstram que as mulheres têm pouco acesso às informações relacionadas ao parto durante o pré-natal e os profissionais ainda mantêm uma prática intervencionista, o que condiciona a mulher experienciar um parto fisiológico e fortalecedor da sua autonomia. O conforto no trabalho de parto é transmitido através do olhar, da escuta sensível, da compreensão, da singularidade do momento do parto e da empatia do profissional com a parturiente.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	O conhecimento reduzido das grávidas sobre os seus direitos no processo do trabalho de parto/parto, o desconhecimento sobre a possibilidade de se adotar os planos de parto, a aceitação reduzida pelos profissionais em relação aos planos de parto e a configuração de muitas salas de parto não permitirem a adoção das variadas posições no período expulsivo, sendo estes indicativos claros que subentende a prevalência da posição horizontal durante o período expulsivo do parto. O conhecimento das mulheres face às posições alternativas no trabalho de parto torna-se importante para promover a autonomia da mulher frente às suas escolhas. Assim, o conforto das mulheres perante o trabalho de parto constitui-se como essencial para a sua segurança, autonomia e direito de escolha.

	A gravidade exercida pelas posições verticais no parto auxilia no processo de expulsão fetal e no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. As contrações uterinas também são beneficiadas pelas posições verticais. Assim, a adoção de posições verticais durante o período expulsivo permite o nascimento com menor índice de complicações maternas e fetais, resultando em recém-nascidos mais saudáveis. Existe a dificuldade de sensibilizar os profissionais de saúde a adotar medidas que permitam a prática da adoção de diversas posições de parto na assistência hospitalar. Evidencia-se a necessidade de uma abordagem mais ampla, que contemple questões relativas à posição no parto, bem como uma reformulação na assistência pré-natal, de forma que o programa possa capacitar as gestantes para a escolha informada das posições que podem ser adotadas no período expulsivo do parto.
--	--

Quadro 3 - Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Green T. (2015) <i>Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature</i> . Evidence Based Midwifery 13(4) : 132-137
Título do artigo	Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature
Autor	Tamsyn JN Green
Ano de publicação	2015
País de Origem	Inglaterra
Objetivo do estudo	Os objetivos desta revisão são: - Resumir a evidência atual sobre como os conhecimentos, valores e atitudes das parteiras que sustentam a sua prática, em relação à posição de nascimento das mulheres;

	- Compreender o papel que a parteira desempenha na escolha da posição de parto pela mulher.
População em estudo	Não aplicável
Método do estudo	Revisão da Literatura com recurso a bases de dados, incluído todos os artigos publicados e revistos em Inglês entre 2004-2015.
Tipo de Intervenção	Não Aplicável
Duração da Intervenção	Informação não disponibilizada
Resultados	A influência das parteiras no conhecimento das mulheres sobre posição de nascimento pode ter um efeito profundo sobre a prática. O aumento do uso de posições verticais foi associado com um modelo de escolha informada, onde as parteiras davam informações às mulheres sobre as vantagens e desvantagens de diferentes posições. Assim, as mulheres poderiam fazer a sua própria escolha, encorajando-as ao uso de posições verticais e evitando intervenções desnecessárias. A formação pré-natal foi associada com a preferência das mulheres para posições verticais e uma maior sensação de controlo durante o parto. A literatura indica que as posições de nascimento verticais são mais propensas a ser utilizadas quando as parteiras têm uma abordagem flexível para trabalhar com as mulheres. As orientações práticas sobre como usar o equipamento de nascimento também promoveu posições de parto verticalizadas. As parteiras devem facilitar posições ideais de nascimento, improvisando com equipamentos e serem criativas no ambiente de nascimento.

Achados-chave que respondem à questão da scoping	Estes resultados sugerem que as parteiras são flexíveis para atender às necessidades das mulheres e promover posições de parto verticalizadas. As parteiras poderiam reduzir as lacunas da pesquisa ao transmitirem o que sabem sobre as posições de nascimento, promovendo a mudança através da linguagem e formação. As mulheres sentiram maior controlo quando as decisões sobre a posição de nascimento foram feitas em conjunto com os outros, em vez de forma independente. Mais pesquisas são necessárias para investigar posição de nascimento no atendimento de alto risco.
--	---

Quadro 4 - Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Vila-Candel, R., Mateu-Ciscar, C., Bellvis-Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marín, M. & Gómez-Sánchez, M. (2015). <i>Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera</i>. <i>Matronas Prof</i>; 16(1): 28-36.
Título do artigo	Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera
Autor	Rafael Vila-Candel, Cristina Mateu-Ciscar, Erica Bellvis-Vázquez, Encarnación Planells-López, Marta Requena-Marín, M^a José Gómez-Sánchez
Ano de publicação	2015
País de Origem	Espanha

Objetivo do estudo	Observar se existem diferenças nas preferências que as mulheres grávidas refletem no plano de parto antes e depois de receber o programa de educação materna.
População em estudo	249 mulheres grávidas
Método do estudo	Estudo epidemiológico, multicêntrico, observacional, longitudinal e prospectivo, onde são controladas as variáveis do estudo antes e depois de receber as informações incluídas no plano de parto das mesmas grávidas que frequentam as sessões do programa de educação materna.
Tipo de Intervenção	Análise Estatística
Duração da Intervenção	Janeiro a Outubro de 2012
Resultados	Existem características intrínsecas nos profissionais que podem influenciar a transmissão de informações: as diferentes atitudes em relação à estratégia do parto normal e as diferentes habilidades de cada um, como a comunicação, a capacidade de síntese, a empatia, ou seja, tudo intimamente relacionado a um perfil de ensino. O plano de parto é um documento escrito, onde a grávida registra os seus desejos e expectativas para o momento do parto. Antes do seu preenchimento, a grávida deve ter sido aconselhada pela parteira.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	Os elementos mais importantes identificados nos planos de parto que mostraram diferenças significativas após o programa de educação materna incluem: evitar a episiotomia, medidas de conforto como ingerir líquidos, ir à casa de banho sempre que quiserem, liberdade de movimentos, monitorização intermitente, posição de expulsão confortável e

	outras preferências, como a laqueação tardia do cordão, o contato pele-a-pele e a amamentação.
--	--

Quadro 5 - Should ACOG support childbirth education as another means to improve obstetric outcomes? Response to ACOG Committee Opinion # 687: Approaches to limit intervention during labor and birth (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Simkin P. (2017). <i>Should ACOG support childbirth education as another means to improve obstetric outcomes? Response to ACOG Committee Opinion # 687: Approaches to limit intervention during labor and birth</i> . While Periodicals, Inc. Birth; 44; 293-297.
Título do artigo	Should ACOG support childbirth education as another means to improve obstetric outcomes? Response to ACOG Committee Opinion # 687: Approaches to limit intervention during labor and birth
Autor	Penny Simkin
Ano de publicação	2017
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo do estudo	Analisar as abordagens para limitar a intervenção durante o parto e nascimento.
População em estudo	Não aplicável
Método do estudo	Comentário
Tipo de Intervenção	Não Aplicável

Duração da Intervenção	Não aplicável
Resultados	O desejo de evitar intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto é compartilhada por prestadores de cuidados de saúde e mulheres grávidas. A ACOG recomenda a tomada de decisão partilhada, mas é complicado para implementar, uma vez que a maioria das mulheres não têm uma ideia clara do que muitas intervenções são, se são suscetíveis de serem prejudiciais ou benéficas. Não sabendo os possíveis riscos, muitos estariam satisfeitos por induzir o trabalho de parto, devido aos desconfortos no final da gravidez; outros podem solicitar ou aceitar uma cesariana programada. Outros, é claro, podem simplesmente confiar e depender dos profissionais de saúde para tomar decisões de cuidados. Um estudo realizado constatou que: a maioria das mulheres confia nos profissionais de saúde para terem um bom atendimento; os profissionais de saúde muitas vezes dão informações incompletas; as mulheres costumam seguir a recomendação do profissional de saúde, mas sentem que fizeram suas próprias decisões; as mulheres estão mal informadas, em geral. A tomada de decisão partilhada requer educação e discussão entre o profissional de saúde e a mulher, devendo ser iniciada no período pré-natal. As medidas de conforto não farmacológicas têm sido estudadas e consideradas seguras, como por exemplo: massagem; imersão em água; movimento, deambulação, mudanças de posição; bola de pilatos e bola de amendoim; injeções de água destilada; acupressão; acupuntura; estimulação nervosa elétrica transcutânea; relaxamento; ritmos de respiração; meditação/yoga; hipnose; música; e aromaterapia.

Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	Um papel ativo dos pais no trabalho de parto e preparação para o nascimento que os capacite para este processo, incluindo abordagens não farmacológicas como o controle da dor e a progressão do trabalho de parto. A sua participação ativa nos novos paradigmas de cuidados pode ditar de que modo os novos cuidados na maternidade serão introduzidos na prática. O conhecimento, valores e habilidades acerca do nascimento que os pais trazem de si mesmos são únicas contribuições que podem melhorar os resultados.
--	--

Quadro 6 - Encouraging pregnant women to deliver in upright position:

United Nations Population Fund (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Shrivastava S. R., Shrivastava P. S. & Ramasamy J. (2017). <i>Encouraging pregnant women to deliver in upright position: United Nations Population Fund</i> . Ann Trop Med Public Health 2017;10:1421-2.
Título do artigo	Encouraging pregnant women to deliver in upright position: United Nations Population Fund
Autor	Shrivastava S. R., Shrivastava P. S., Ramasamy J.
Ano de publicação	2017
País de Origem	Índia
Objetivo do estudo	Encorajar as mulheres para um parto em posição vertical
População em estudo	Mulheres Indianas
Método do estudo	Revisão da Literatura
Tipo de Intervenção	Não aplicável

Duração da Intervenção	Informação não disponibilizada
Resultados	Existem diferentes razões identificadas que impedem uma mulher grávida de usufruir de cuidados especializados numa unidade de saúde, tais como a ignorância, o conhecimento limitado sobre os serviços oferecidos, a acessibilidade, as restrições financeiras, a ausência de profissionais de saúde treinados, má atitude dos profissionais de saúde, logística ou falta de equipamentos, horários estabelecimentos e atributos socioculturais (não sendo dada a oportunidade de optar pelas suas preferências para o trabalho de parto). A fim de lidar com a questão, o Fundo de População das Nações Unidas, em colaboração com o Ministério da Saúde do Peru e um grupo de mulheres estão a colaborar para garantir um parto seguro e culturalmente sensível. A decisão de realizar o parto na posição vertical foi tomada para garantir o conforto das mulheres, salvaguardar os seus direitos, e manter o seu orgulho. Além disso, foi declarado que as mulheres grávidas podem decidir a posição de parto, tendo os médicos sido treinados para compreender e executar partos na posição vertical. As mulheres têm sido incentivadas a ter uma pessoa significativa durante o trabalho de parto para apoiá-las em todo o processo. As parteiras da região receberam a responsabilidade de informar as mulheres grávidas sobre a mudança de abordagem e, portanto, incentivá-las a realizar o parto nas unidades locais de saúde.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	A posição vertical no parto é uma forma segura, rápida, menos dolorosa e mais humana para realizar o parto. Isto não só aumenta a vontade da mulher para aproveitar os serviços de saúde, mas também é um passo significativo para reduzir o risco de mortes maternas.

Quadro 7 - Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross sectional descriptive survey (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Zileni, B., Glover, P., Jones, M., Teoh, K., Zileni, C. & Muller, A. (2016). <i>Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross sectional descriptive survey</i> . Women and Birth 30, e1-e8. Disponível em http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003
Título do artigo	Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross sectional descriptive survey
Autor	Barbara Debra Zileni, Pauline Glover, Meril Jones, Kung-Keat Teoh, Chisomo WaaZileni Zileni, Amanda Muller
Ano de publicação	2016
País de Origem	Malawi
Objetivo do estudo	Avaliar o conhecimento e a utilização de diferentes posições das mulheres durante o trabalho de parto.
População em estudo	373 Puérperas de baixo risco na maternidade de Malawi
Método do estudo	Pesquisa descritivo transversal
Tipo de Intervenção	Entrevistas com questionário estruturado
Duração da Intervenção	Julho de 2012 a Outubro 2013
Resultados	Apesar das evidências científicas que suportam o uso de posições verticalizadas, a literatura atual mostra que a maioria das mulheres em países desenvolvidos e em desenvolvimento têm um parto na posição supina. Além disso, pouco se sabe sobre o conhecimento das mulheres sobre as diferentes posições. A evidência da pesquisa mostra que a deambulação e uso de posições verticais durante o trabalho de parto está associada a resultados favoráveis, em comparação com a posição supina. Neste estudo, a grande

	maioria das mulheres tinham conhecimento de pelo menos uma ou mais posições utilizadas durante o trabalho de parto (96,5%) e parto (99,2%). A maioria dessas mulheres conheciam a posição de pé (66,4%), as posições laterais (60,6%) no trabalho de parto, e quase todas as mulheres sabiam sobre a posição supina no parto (99,2%). Em contraste, apenas um pequeno número de mulheres sabia sobre a posição de cócoras (1,1%), de joelhos (1,1%) e de quatro apoios (0,3%) como posições de parto. O estudo também revela que os profissionais de saúde encorajam as mulheres a assumir a posição supina durante o parto. Apesar disto, o presente estudo constatou que as mulheres têm conhecimento sobre a deambulação e as posições laterais, embora não as considerem posições de nascimento. Até recentemente, os profissionais de saúde têm sugerido a utilização da posição supina durante o trabalho de parto, pela facilidade na assistência da mulher. Neste sentido, a maioria das mulheres considera que a posição supina é a posição apropriada para o parto. Portanto, os profissionais de saúde devem educar as mulheres sobre as diferentes posições no trabalho de parto. As parteiras são a maior fonte de informação sobre as diferentes posições a adotar no trabalho de parto e a maioria das mulheres relata que aprenderam as diferentes posições com as parteiras. Neste estudo, a maioria das mulheres sabem que as posições verticalizadas durante o trabalho de parto promovem a dilatação e a descida do feto. Apesar disto, o mesmo revela que algumas mulheres resistem a deambular durante o trabalho de parto, para prevenir o nascimento da criança durante a deambulação. Isto deve-se, possivelmente, a influências dos profissionais de saúde, que não permitem a deambulação durante o trabalho de parto. Este estudo também concluiu que as mulheres sabem que as posições verticalizadas reduzem a dor durante o trabalho de parto.
Achados-chave que respondem à	A evidência científica mostra resultados favoráveis de partos associados a posições verticalizadas. Neste sentido, as parteiras devem participar em campanhas de sensibilização e informar as

questão da scoping	mulheres sobre as vantagens e desvantagens de diferentes posições. Esta consciência pode tornar as mulheres mais bem informadas sobre as diferentes posições e, portanto, tomarem decisões conscientes. Além disso, essa consciência pode ajudar a esclarecer equívocos que as mulheres têm sobre as diferentes posições.
---------------------------	---

Quadro 8 – A randomized controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Zhang, H. et al (2017). <i>A randomized controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China</i> . Midwifery, volume 50, p. 117-124. Disponível em http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022
Título do artigo	A randomized controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China
Autor	Hongyu Zhang, Shurong Huang, Xiaolan Guo, Ningning Zhao, Yujing Lu, Min Chen, Yingxia Li, Junqin Wu, Lihua Huang, Fenglan Ma, Yuhong Yang, Xiaoli Zhang, Xiaoyu Zhou, Renfei Guo, Wenzhi Cai
Ano de publicação	2017
País de Origem	China
Objetivo do estudo	Avaliar as diferenças entre os resultados maternos e neonatais em parturientes de baixo risco que realizaram o trabalho de parto tanto na posição de 4 apoios como na posição supina.
População em estudo	886 – 446 para o grupo experimental (posição de 4 apoios) e 440 para o grupo de controlo (posição supina)
Método do estudo	Análise Estatística

Tipo de Intervenção	Questionário
Duração da Intervenção	Maio de 2012 a Dezembro de 2012
Resultados	Em comparação com o grupo de controlo, o grupo experimental apresenta taxas baixas de episiotomia e lacerações no períneo de segundo grau, e taxas elevadas de períneo intacto e laceração do períneo de primeiro grau, com uma duração do segundo estágio de parto mais longa. Não foram identificadas diferenças significativas na quantidade de hemorragias pós-parto, distocia dos ombros, asfixia neonatal e no índice de Apgar neonatal no minuto 1 e no minuto 5. Ajustado para a idade da mãe, idade gestacional, paridade, duração do segundo estágio do trabalho de parto e peso do feto, a posição de 4 apoios reduz a necessidade de episiotomia.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	O estudo demonstra que as mulheres que realizaram o parto na posição de 4 apoios obtiveram uma taxa estatística significativamente inferior de episiotomia e uma taxa elevada de períneo intacto, uma taxa baixa de cesariana de emergência, nenhum aumento na taxa de asfixia neonatal, distocia dos ombros ou na quantidade de hemorragias pós-parto.

Quadro 9 – Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study (CINAHL)

Referência Bibliográfica	Johansson, M. & Thies-Lagergren L. (2015). <i>Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study</i> . Women and Birth 28, p. e140-e147. Disponível em http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.06.001
Título do artigo	Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study
Autor	Margareta Johansson, Li Thies-Lagergren
Ano de publicação	2015
País de Origem	Suécia

Objetivo do estudo	Investigar como a posição materna no segundo estágio do trabalho de parto pode influenciar a experiência do companheiro
População em estudo	221 pais suecos
Método do estudo	Estudo Qualitativo e Quantitativo
Tipo de Intervenção	Questionário e Entrevista
Duração da Intervenção	2010 a 2012
Resultados	Relativamente à capacidade de as parteiras serem profissionais, os pais acharam importante receber informações sobre o trabalho de parto, afirmando ter melhorado o apoio à mulher. Quando estes conseguiram informações suficientes e adequadas, eles eram mais capazes para lidar com a situação em torno do nascimento. No que respeita à competência dos profissionais, os pais referem que quando faltavam competências obstétricas aos profissionais, estes sentiam que tinham que ser persistentes, sentindo-se inseguros. Em relação à organização de cuidados de obstetrícia, os pais foram críticos no que concerne à mudança da equipa durante o trabalho de parto, expressando sentimentos de insegurança pelo facto de não ter tempo suficiente para construir um sentimento de confiança para com a parteira que entrou na sala para ajudar no 2º estágio do trabalho de parto. Os pais que assistiram a um parto em posição verticalizada foram significativamente mais propensos a ter uma experiência de parto positiva, comparativamente com os que assistiram à posição supina. A posição materna mais comum durante um parto vaginal espontâneo foi no banco de parto, tendo os pais considerado muito positiva esta posição. Os pais referiram que quando as mulheres

	estão em posições verticalizadas são mais propensos a sentirem-se confortáveis e empoderados.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	Os resultados deste estudo revelaram que oito em cada dez pais tiveram uma experiência global positiva. Estar na posição vertical no segundo estágio do trabalho de parto faz com que, tanto os pais quanto as mulheres, se sintam mais envolvidos no processo de nascimento. As parteiras podem melhorar os sentimentos de envolvimento dos pais e a sua participação, através da interação e habilidades de comunicação.

Quadro 10 – Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives (CINAHL/MEDLINE)

Referência Bibliográfica	Desseauve D., Fradet L., Lacouture P. & Pierre F. (2016). <i>Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives</i> . European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006
Título do artigo	Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives
Autor	David Desseauve, Laetitia Fradet, Patrick Lacouture, Fabrice Pierre
Ano de publicação	2016
País de Origem	França
Objetivo do estudo	Analisar como a posição do parto afeta os resultados maternos, fetais e neonatais.
População em estudo	Não aplicável
Método do estudo	Revisão da Literatura

Tipo de Intervenção	Não Aplicável
Duração da Intervenção	Informação não disponibilizada
Resultados	A posição de litotomia tem efeito no trabalho de parto e no conforto das mulheres. Os principais dados que descrevem as vantagens das posições verticalizadas envolvem três tipos de resultados: obstétrico (duração do trabalho de parto, parto vaginal ou cesariana operatório), fetal (anomalias da frequência cardíaca fetal) e materna (laceração perineal, episiotomia, hemorragia pós-parto e dor). Vários estudos demonstram que o uso de posições verticais pode diminuir a duração do trabalho de parto. As posições das mulheres não parecem a priori afetar a estrutura ou a posição do colo do útero como um obstáculo para o passageiro. No entanto, as posições verticais, encurtam o primeiro estágio de trabalho e, portanto, a fase da dilatação cervical. Atualmente não está estudada qualquer influência na posição de parto e as propriedades do períneo.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	O bem-estar durante o parto pressupõe o nascimento da forma mais fisiológica possível. O papel do profissional envolve o aumento da eficiência da mulher, diminuindo o seu esforço, a fadiga e a dor percebida. Este deve garantir como principal objetivo: o bem-estar da mãe e da criança. Todos os fatores que desempenham um papel importante durante o parto devem ser estudados com o propósito de otimizar a posição de nascimento. O parto requer a escolha das posições ideais para cada mulher, nos diferentes estádios do trabalho de parto, de forma a melhorar a sua eficiência e a sua eficácia.

Quadro 11 – The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor (CINAHL/MEDLINE)

Referência Bibliográfica	Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). <i>The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor</i> . Journal of Midwifery & Women's Health, 277-285.
Título do artigo	The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor.
Autor	Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T.
Ano de publicação	2014
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo do estudo	Explorar como os profissionais de obstetrícia comunicam com as mulheres durante o segundo estágio do trabalho de parto relativamente à posição do parto.
População em estudo	41 mulheres grávidas
Método do estudo	Investigação qualitativa e exploratória
Tipo de Intervenção	Análise da comunicação entre as mulheres e os profissionais de obstetrícia relativamente às posições de trabalho de parto, durante o segundo estágio do trabalho de parto, com base em gravações áudio.
Duração da Intervenção	Entre 2000 e 2006

Resultados	Através do uso de uma variedade de posições de parto durante o segundo estágio do trabalho de parto, uma mulher pode aumentar o progresso, melhorar os resultados e ter uma experiência de parto positiva. No segundo estágio do trabalho de parto é importante compreender como as mulheres e os profissionais abordam as decisões relativas à posição no parto. A capacidade de mudar de posições e a capacidade das mulheres para determinar quais as posições usadas afetam a sua satisfação com a experiência do parto. Atualmente, não há evidências de que uma posição específica é a ideal. Quando os profissionais de saúde estão atentos ao processo dinâmico de nascimento e suscetíveis a alterar a posição durante o trabalho de parto, apresenta um efeito mais benéfico do que usar apenas uma posição. As mulheres não têm acesso igual ao uso de diferentes posições no parto e ao envolvimento nas decisões sobre a posição a usar. Os profissionais de saúde devem permitir que as mulheres explorem as suas preferências, no que respeita às posições de parto e identifiquem posições confortáveis e eficazes para apoiar o progresso. As razões mais comuns citadas para a mudança de posição foram conforto da mulher e a progressão do trabalho de parto. O sofrimento fetal foi apenas ocasionalmente, uma razão para a mudança de posição. Várias vezes, as posições foram alteradas para atender à solicitação da mulher. Quando as mulheres solicitaram uma posição específica de parto foi principalmente uma posição vertical. Durante a gravidez, as mulheres também têm manifestado uma forte necessidade de ser informadas sobre como se podem preparar fisicamente e mentalmente para o parto, incluindo o uso de posições de parto.
--------------------------	---

Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	Profissionais de saúde oferecerem uma gama de respostas para apoiar as mulheres na escolha de posições de parto no segundo estágio do trabalho de parto. A estrutura que inclui ouvir as mulheres, incentivar, dar informações, oferecer escolhas, empatia, estilo de suporte, e interação oferece uma abordagem para análise da comunicação do profissional de saúde e tomada de decisão compartilhada durante o processo de parto e nascimento.
--	---

Quadro 12 – Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania (MEDLINE)

Referência Bibliográfica	Mselle, L. & Eustace, L. (2020). <i>Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania</i> . BMC Pregnancy and Childbirth. Disponível em https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4
Título do artigo	Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania
Autor	Lilian Teddy Mselle, Lucia Eustace
Ano de publicação	2020
País de Origem	Tanzania
Objetivo do estudo	Explorar as percepções e experiências de mães e enfermeiras obstétricas em relação ao uso da posição supina durante o trabalho de parto e parto.
População em estudo	Mães pós-parto e enfermeiras-parteiras
Método do estudo	Estudo qualitativo descritivo

Tipo de Intervenção	7 entrevistas semiestruturadas e 2 discussões em grupos focais
Duração da Intervenção	Informação não disponibilizada
Resultados	O uso da posição supina durante o parto não foi uma decisão da mulher. As mulheres adotaram a posição supina conforme indicação da enfermeira-parteira. Vários estudos relatam as vantagens para a mãe e bebê de usar posições alternativas no parto, porém não era comum que informações sobre essas posições de parto fossem incluídas na educação de saúde pré-natal, apesar de algumas mães pós-natais as conhecerem. Algumas mães pensaram que as posições alternativas para o parto não eram boas. Também foi aprendido com este estudo que as mães que tiveram oportunidade de usar posições alternativas de parto tiveram uma experiência muito positiva. Vários fatores podem influenciar as mulheres na tomada de decisão durante o parto, nomeadamente fatores sociodemográficos, ambiente de nascimento, normas culturais, cultura ocidental, tipo de profissional de saúde, nível de educação e idade da mulher. Foi aprendido neste estudo que a decisão sobre a posição que as mulheres deveriam assumir no parto era comumente tomada pelas enfermeiras-parteiras, com base nos seus conhecimentos e experiência. As enfermeiras obstétricas acreditavam ter conhecimento e competência nas práticas de parto, incluindo na escolha das posições de nascimento, achando que não faria sentido deixar as mulheres escolherem a sua posição de parto preferida. Aprendeu-se ainda que as enfermeiras-parteiras não ajudavam nem aconselhavam as mulheres a usar posições alternativas de parto, porque elas mesmas não conheciam essas posições. Além de acreditarem que a posição supina é a posição mais segura para o parto, as enfermeiras-parteiras deste estudo também pensaram que permitia à parteira a capacidade de ajudar a mulher durante o

	parto com mais eficiência. Apesar da posição supina ser percebida como a melhor posição, as enfermeiras obstétricas também destacaram as desvantagens associadas à posição supina, nomeadamente prolapso do cordão umbilical, sofrimento fetal, dor intensa na mulher e sofrimento materno.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	No futuro, as parteiras precisam integrar os princípios de cuidados respeitosos na maternidade durante o parto, para que as mulheres tenham a oportunidade de escolher uma posição que achem adequada para elas. Pesquisas futuras necessitam examinar os fatores que permitiriam às mulheres fazer escolhas em relação à sua experiência de nascimento e assumir o controlo do seu parto.

Quadro 13 – Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh (MEDLINE)

Referência Bibliográfica	Pervin, J., Aktar, S., Nu, U., Rahman, M. & Rahman, A. (2018). <i>Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh</i> . Midwifery, volume 66, p. 30-35. Disponível em https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.010
Título do artigo	Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh
Autor	Jesmin Pervin, Shaki Aktar, U Tin Nu, Monjur Rahman, Anisur Rahman
Ano de publicação	2018
País de Origem	Bangladesh
Objetivo do estudo	Avaliar a eficácia do cuidado no segundo estágio do trabalho de parto.
População em estudo	1051 parturientes que compareceram ao hospital por dar à luz no primeiro estágio do trabalho de parto antes da dilatação total do colo do útero e com apresentação cefálica.

Método do estudo	Estudo de coorte
Tipo de Intervenção	Questionário
Duração da Intervenção	2014-2015
Resultados	O presente estudo baseou-se em dados recolhidos prospectivamente de duas coortes - antes e depois do início de uma tentativa para melhorar o atendimento com um pacote de intervenções que incluía: ➔ Manter a posição de parto de acordo com a escolha da mulher; ➔ Adotar uma posição espontânea no período expulsivo; ➔ Ter a pessoa significativa durante o nascimento. A adoção destas intervenções proporcionou benefícios na redução de complicações maternas e neonatais. No período pré-intervenção, a maioria das mulheres realizava a posição semi-sentada. Após a implementação das intervenções acima referidas, as posições mais comuns foram agachamento, lateral ou semi-sentado. A frequência de adoção de uma posição vertical ou lateral no período pós-intervenção aumentou. No período pós-intervenção, a pessoa significativa estava mais encorajada em confortar os participantes do estudo, em comparação com o envolvimento das pessoas de apoio no período anterior à intervenção. Cerca de 85% das mulheres receberam massagem nas costas e 64% foram auxiliadas na mudança de posição.
Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	Em geral, o estudo mostrou um impacto benéfico na redução de resultados indesejados para a saúde materna e neonatal. No entanto, é necessário um teste rigoroso da intervenção antes da sua recomendação. A escolha preferencial de uma posição no trabalho de parto e período expulsivo e a presença contínua de uma pessoa

	significativa durante o segundo estágio do trabalho de parto, de forma a obter melhores resultados de saúde.
--	--

Quadro 14 – Continuous support for women during childbirth (COCHRANE)

Referência Bibliográfica	Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K. & Cuthbert A. (2017). <i>Continuous support for women during childbirth</i> . Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
Título do artigo	Continuous support for women during childbirth.
Autor	Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A.
Ano de publicação	2017
País de Origem	Suíça
Objetivo do estudo	Objetivo principal: Avaliar os efeitos do suporte intraparto contínuo comparado com o cuidado usual, prestado às grávidas. Objetivos secundários: Determinar se os efeitos de suporte contínuo são influenciados por: 1. Práticas e políticas de rotina no ambiente do parto que podem afetar a autonomia da mulher, a liberdade de movimento e a capacidade de lidar com o parto, incluindo: políticas sobre a presença de pessoas de apoio da própria escolha da mulher; analgesia epidural; monitorização fetal contínua. 2. O relacionamento do cuidador com a mulher e com a instituição: funcionário do estabelecimento (tem lealdade ou responsabilidade adicionais); não é membro da equipa e não faz parte da rede social da mulher (presente apenas com o objetivo de fornecer suporte contínuo); ou uma pessoa escolhida pela mulher entre familiares e amigos; 3. Tempo de reação (mais cedo ou mais tarde no trabalho de parto);

	4. Modelo de suporte (apoio fornecido apenas na altura do parto ou estendido para incluir apoio durante os períodos pré e pós-parto); 5. Nível de salário do país (Salário alto em comparação com salário baixo e mediano).
População em estudo	15 858 mulheres grávidas, em trabalho de parto
Método do estudo	Ensaio controlado de forma randomizada; análise estatística
Tipo de Intervenção	Comparação de ambos os tipos de apoio, recorrendo a avaliação presencial contínua e do apoio durante o parto e o nascimento.
Duração da Intervenção	Informação não disponibilizada
Resultados	- As mulheres sujeitas a apoio contínuo por parte do cuidador são mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo e menos propensas a ter alguma analgesia intraparto ou a relatar avaliações negativas ou sentimentos negativos sobre a experiência do parto. Estas mulheres que apresentaram trabalhos de parto curtos são menos propensas a realizarem cesarianas, nascimento vaginal com recurso a instrumentos, analgesia regional ou um bebé com índice de apgar com score inferior aos cinco minutos. - A consistência de padrões sugere que a eficácia do apoio contínuo intraparto pode ser aumentada ou reduzida dependendo das políticas e práticas no contexto do parto e pela natureza da relação entre o cuidador e a mulher em trabalho de parto. - O apoio durante o parto representa uma forma efetiva na redução de consequências adversas, como o medo e a angústia, associadas a um trabalho de parto, onde a grávida se encontra sozinha e num ambiente estranho. - O ambiente obstétrico influencia tanto os profissionais de saúde como as mulheres em trabalho de parto.
Achados-chave que respondem à	Efeitos contínuos do apoio durante o parto podem variar dependendo das características do cuidador. Tanto as lealdades divididas, os deveres adicionais para além do apoio no parto, as

questão da scoping	decisões pessoais e os constrangimentos relativos às políticas institucionais e práticas de rotina podem ter um papel na eficácia aparentemente limitada dos membros da equipa hospitalar. O apoio físico inclui acalmar a mãe, satisfazendo a fome e sede, e ajudando-a a mudar de posições nos vários estádios do trabalho de parto.
-------------------------------	--

Quadro 15 – Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

Referência Bibliográfica	Ferrão, A., & Zangão, M. (2017). <i>Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto</i> . Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento, 3(1), 886-900.
Título do artigo	Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto
Autor	Ana Ferrão, Maria Otília Zangão
Ano de publicação	2017
País de Origem	Não aplicável
Objetivo do estudo	Analisar na literatura publicada, entre janeiro de 2007 e fevereiro de 2016, as evidências científicas sobre os benefícios da liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto.
População em estudo	Não aplicável
Método do estudo	Revisão da Literatura
Tipo de Intervenção	Amostra constituída por 15 estudos
Duração da Intervenção	Janeiro de 2007 e fevereiro de 2016
	A deambulação associada às posições verticais tem influência em determinadas variáveis, comparativamente com a posição dorsal,

Resultados	nomeadamente: duração do primeiro estágio do trabalho de parto; uso de manobras para acelerar o trabalho de parto; dor; recurso a analgesia epidural ou a opiáceos; rotação espontânea da cabeça fetal; tipo de parto; realização de episiotomia/ocorrência de traumatismo perineal; satisfação materna e bem-estar fetal/neonatal. As mulheres que deambularam uma distância maior nas primeiras três horas da fase ativa tiveram uma redução no tempo de duração da mesma. Em relação ao tipo de parto, destacou-se que a maioria das mulheres teve um parto eutócico. Os resultados neonatais, após avaliação ao 5º minuto de vida, obtiveram valores de Índice de Apgar superiores ou iguais a 7, representando boas condições de vitalidade. Houve diminuição do nível de dor e maior grau de satisfação materna, associado à adoção de posições verticais. As mulheres em posição vertical, apresentando uma maior tolerância à dor desencadeada pelas contrações uterinas, foram menos propensas a realizar analgesia epidural do que as mulheres que se mantiveram em posição supina, bem como à administração de narcóticos para alívio da dor, o que trouxe benefícios aos resultados neonatais. Nas mulheres sem analgesia epidural e que adotaram diferentes posições verticais houve uma diminuição da duração do primeiro estágio do trabalho de parto, menor taxa de cesarianas e de complicações fetais/neonatais. Alguns dos estudos analisados indicaram ainda que determinados fatores podem facilitar ou inibir a promoção da deambulação e a adoção de posições verticais, nomeadamente: o ambiente em que decorre o trabalho de parto; a assistência assegurada pelas parteiras; o conhecimento da mulher acerca dos benefícios destas práticas e a sua capacidade para decidir de forma informada, sobre determinadas intervenções a que é sujeita de forma rotineira e que interferem com a sua liberdade de movimentos e posicionamentos.
--------------------------	---

Achados-chave que respondem à questão da <i>scoping</i>	As mulheres devem perceber que têm permissão para se movimentarem e escolherem a posição ou posições que desejem adotar, sem que existam provedores a limitarem as suas opções. A filosofia de cuidados deve assentar num processo de tomada de decisão informada e compartilhada entre os intervenientes, o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e a parturiente, avaliando-se as vantagens e/ou implicações da deambulação e das posições verticais <i>versus</i> posições supinas e sendo asseguradas e respeitadas as alternativas escolhidas pela mulher para o seu conforto e bem-estar ao longo do processo de trabalho de parto.
---	---

APÊNDICE IV – Apresentação e Categorização dos Resultados

Benefícios para a implementação do movimento na promoção do conforto durante o trabalho de parto	OBSTÉTRICOS	- Os procedimentos não farmacológicos e não invasivos são benéficos para a evolução do trabalho de parto e parto, promovendo a autonomia e conforto da mulher, como por exemplo: massagem; imersão em água; movimento, deambulação, mudanças de posição; bola de pilatos e bola de amendoim; injeções de água destilada; acupressão; acupuntura; estimulação nervosa elétrica transcutânea; relaxamento; ritmos de respiração; meditação/yoga; hipnose; música; e aromaterapia (Simkin, 2017). - O conforto no trabalho de parto é transmitido através do olhar, da escuta sensível, da compreensão, da singularidade do momento do parto e da empatia do profissional com a parturiente (Silva et al., 2016). - As posições de nascimento verticais são mais propensas a ser utilizadas, quando as parteiras têm uma abordagem flexível para trabalhar com as mulheres (Green, 2015). - As parteiras devem facilitar posições ideais de nascimento, improvisando com equipamentos, sendo criativas no ambiente de nascimento (Green, 2015). - A gravidade realizada em posições verticais no parto facilita o processo de expulsão fetal e o aumento dos diâmetros pélvicos maternos. As contrações uterinas também são beneficiadas pelas posições verticais (Silva et al., 2016). - As posições verticalizadas apresentam vantagens no âmbito da duração do trabalho de parto e do parto vaginal (Desseauve, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016). - As parteiras devem incentivar a escolha preferencial de uma posição no trabalho de parto e período expulsivo e a presença contínua de uma pessoa significativa durante o segundo estágio do trabalho de parto, de forma a obter
--	---------------------------	--

		melhores resultados de saúde (Pervin, Aktar, Nu, Rahman & Rahman, 2018). - Num dos estudos, as mulheres que realizaram o parto na posição de 4 apoios obtiveram uma taxa estatística significativamente inferior de episiotomia e uma taxa elevada de períneo intacto (Zhang, 2017).
	MATERNOS	- Boa relação entre as mulheres e os profissionais de saúde (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016). - A liberdade de movimentos é um elemento importante identificado no plano de parto da mulher (Vila-Candel et al., 2015). - O conhecimento das mulheres face às posições alternativas no trabalho de parto (Ferrão & Zangão, 2017; Zileni, Glover, Jones, Teoh, Zulen & Muller, 2016). - O conforto das mulheres perante o trabalho de parto constitui-se como essencial para a sua segurança, autonomia e direito de escolha (Silva et al., 2016). - As mulheres sentiram maior controlo quando as decisões sobre a posição de nascimento foram feitas em conjunto com os outros, em vez de forma independente (Green, 2015). - As posições verticalizadas apresentam vantagens no âmbito da laceração perineal, episiotomia, hemorragia pós-parto e dor (Desseauve, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016). - Um papel ativo dos pais no trabalho de parto e preparação para o nascimento que os capacite para este processo, incluindo abordagens não farmacológicas como o controlo da dor e a progressão do trabalho de parto (Simkin, 2017). - A posição vertical no segundo estágio do trabalho de parto facilita o envolvimento dos pais e das mulheres no processo de nascimento (Johansson & Thies-Lagergren, 2015).

		- A abordagem para permitir que as mulheres preferem uma posição vertical no parto é uma forma segura, rápida, menos dolorosa e mais humana para realizar o parto. Isto não só aumenta a vontade da mulher para recorrer aos serviços de saúde, mas também é um passo significativo para reduzir o risco de mortes maternas (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2017). - Quando as mulheres participam na tomada de decisão, a dor pode desempenhar um papel menor na sua experiência global do parto (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013; Nieuwenhuijze, Low, Korstjens, & Lagro-Janssen, 2014). - As mulheres devem perceber que têm permissão para se movimentarem e escolherem a posição ou posições que desejem adotar (Ferrão & Zangão, 2017). - A adoção da posição de parto de acordo com a escolha da mulher proporciona benefício na redução de complicações maternas e neonatais (Pervin, Aktar, Nu, Rahman & Rahman, 2018).
	FETAIS	- As posições verticalizadas apresentam vantagens no âmbito das anomalias da frequência cardíaca fetal (Desseauve, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016).
Limitações para a implementação do movimento na promoção do conforto durante o trabalho de parto	OBSTÉTRICOS	- A colocação da mulher numa posição horizontal por parte do profissional, limita a atuação da mulher durante o trabalho de parto e influencia o seu conforto (Silva et al., 2016). - Falta de aceitação por parte dos profissionais em relação aos planos de parto (Silva et al., 2016). - Configuração de muitas salas de parto que limitam a adoção das variadas posições no período expulsivo (Silva et al., 2016). - Dificuldade por parte dos profissionais de saúde na sensibilização das grávidas na adoção de diversas

		posições no trabalho de parto (Zileni, Glover, Jones, Teoh, Zulenl & Muller, 2016). - Falta nos princípios de cuidados respeitosos na maternidade durante o parto, para que as mulheres tenham a oportunidade de escolher uma posição que achem adequada para elas (Mselle & Eustace, 2020).
	MATERNOS	- Excesso de medicalização do parto, o que causa a perda do protagonismo da mulher no trabalho de parto; - Falta de informação/formação acerca de todo processo do trabalho de parto e parto (Silva et al., 2016). - Baixa expectativa relativamente a todo o processo associado ao parto (Vila-Candel et al., 2015). - As mulheres têm acesso desigual ao uso de diferentes posições no parto e ao envolvimento nas decisões sobre a posição a usar (Nieuwenhuijze, Low, Korstjens, & Lagro-Janssen, 2014).

APÊNDICE V – Caracterização do Contexto Clínico Sala de Partos

O contexto clínico de sala de partos foi realizado no SUOG de um HAP da região de LVT. O Hospital engloba quatro concelhos e serve uma população de mais de 213 mil habitantes.

Em 2012, o Hospital foi reconhecido como Hospital Amigo dos Bebés por cumprir as dez medidas para um aleitamento materno de sucesso, definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tendo a certificação sido renovada em 2016 e em 2019.

O SUOG engloba quatro áreas funcionais, sendo elas: a admissão (inclui 1 sala de triagem, 1 sala de exames complementares de diagnóstico (CTG e ecografia) e 2 gabinetes médicos); as salas de partos (inclui 7 quartos individuais); o recobro (inclui 2 camas e 2 berços); e o bloco operatório (inclui 2 salas operatórias e 1 sala de reanimação do RN).

O serviço presta assistência às mulheres abrangidas pela área de influência do Hospital, e ainda, a mulheres que residam noutras áreas geográficas e que optem por esta unidade hospitalar para o seu parto. A população que o hospital abrange é distinta pela multiculturalidade e pela gravidez nos extremos da idade reprodutiva, representando um verdadeiro desafio para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

A equipa multidisciplinar é constituída por EEESMO's, obstetras, pediatras, um médico anestesista de urgência e assistentes operacionais.

No âmbito da minha área de interesse, considerei pertinente o serviço ter aderido ao projeto “Maternidade com Qualidade” desenvolvido pela OE, em 2013, uma vez que preconiza o uso da bola de pilatos e as posições não supinas no trabalho de parto e parto. O mesmo ainda tem como indicadores de evidência a hidratação/ingesta em trabalho de parto, medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto (musicoterapia, hidroterapia, massagem), analgesia epidural, episiotomia seletiva, amamentação e contacto pele-a-pele na primeira hora de vida. A filosofia de cuidados centra-se na promoção do parto normal. A mulher tem a possibilidade de ter uma pessoa significativa ao seu lado durante o trabalho de parto e parto, bem como o alojamento conjunto com o RN, promovendo o vínculo da maternidade/paternidade e incentivando o aleitamento materno.

Neste sentido, e com a implementação destes projetos, o desenvolvimento da minha área de interesse e prática de cuidados tornou-se facilitada, uma vez que a deambulação, o uso da bola de pilatos e adoção de posições não supinas no trabalho de parto são práticas atuais da instituição.

**APÊNDICE VI – Plano de Sessão: Preparação para o Parto – O
envolvimento do companheiro durante o trabalho de parto/parto**



PLANO DE SESSÃO

Tema da Sessão: Preparação para o Parto – O envolvimento do companheiro durante o trabalho de parto/parto

Local: Futebol Clube Quinta da Lomba - Barreiro

Data: 12/11/2018 das 16h30 às 18h00

Duração: 90 minutos

População-Alvo: Casais Grávidos

Formadora: Andreia Grazina

Objetivo Geral:

- Contribuir para o envolvimento do companheiro durante o trabalho de parto/parto

Objetivos Específicos:

- Instruir sobre:
 - Sinais e Etapas do trabalho de parto
 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor;
 - Liberdade de Movimentos no trabalho de parto;
- Realizar exercícios práticos de técnicas de respiração, uso da bola de pilatos, com o auxílio do companheiro;
- Treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente;
- Esclarecer dúvidas;

Justificação da Temática:

A preparação do momento do parto inicia-se nas sessões de preparação para o parto, onde se devem praticar várias posições e movimentos, uma vez que a mulher "quando experimentou várias e diversas posições e movimentos antes de entrar em trabalho de parto, terá maior confiança para as usar posteriormente durante o trabalho de parto" (Shilling et al., 2009). É recomendado pela Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios do posicionamento vertical (Mayberry et al., 2000, citado por DiFranco et al., 2009).



De forma a aumentar o conforto da mulher e a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e apoiar um parto natural, saudável e seguro, a monitorização fetal contínua e perfusões endovenosas apenas devem ser usadas quando existam complicações Roberts, Algert, & Olive, 2004, citado por Shilling et al, 2009). Nas horas que precedem o parto, a mobilidade da bacia é aumentada pela presença de hormonas que fazem com que os ligamentos fiquem mais laxos. Desta forma, ao compreender que a bacia se move e se transforma no seu interior torna-se um passo fundamental para não dificultar este movimento no momento do parto (Calais-Germain & Parés, 2007).

O instituto Lamaze Internacional encoraja a mulher a permanecer ativa durante o trabalho de parto e refere que

andar, mover-se, e mudar de posição pode tornar o trabalho de parto mais fácil e seguro. Como muitas outras mulheres, pelo mundo, pode usar o movimento de forma a tornar o trabalho de parto mais confortável e as contrações mais eficientes. A sua liberdade de escolher a posição e ajustar-se à posição que lhe é mais confortável, permite que o trabalho de parto se desenvolva sem restrições artificiais (Shilling et al, 2009).

As seis práticas saudáveis de nascimento escritas por Lamaze International afirmam que

andar, mexer-se e mudar de posições durante o trabalho de parto, facilita o parto do seu bebé. É a melhor forma de usar a gravidade para ajudar o bebé a descer e a aumentar o tamanho e forma da sua pélvis, facilitando a entrada e rotação do bebé na bacia. O movimento ajuda a lidar com o desconforto das contrações de uma forma activa e encurta a duração do primeiro estadio do trabalho de parto (Shilling et al (2009), citando Lawrence et al, 2009).

Balaskas (2014) reforça que as vantagens de se deambular e permanecer em posições verticais durante o trabalho de parto incluem, a maior intensidade das contrações uterinas, sendo estas mais regulares e frequentes; a dilatação do colo é mais eficiente; o relaxamento mais profundo entre as contrações; a maior pressão exercida pela cabeça fetal no colo durante o período de repouso; a menor duração do primeiro e segundo estádios do trabalho de parto; redução do *stress* e da dor; e a menor incidência de sofrimento fetal durante o parto.

Shilling et al. (2009) reforçam a importância do movimento durante as contrações ou da mudança de posição entre as mesmas, concluindo que aumenta o conforto e melhora o progresso do trabalho de parto. Movimentos como andar, balançar e outros movimentos podem ajudar a lidar com



contrações. Neste seguimento é ainda reforçado que a mulher deve estar confiante e escolher as posições para o parto que sejam mais confortáveis para si (DiFranco et al., 2009). Se durante o trabalho de parto a mulher se cansar e necessitar de descansar numa posição mais cómoda, esta deve poder descansar numa cadeira de baloiço, numa bola, ou numa banheira com água (Shilling et al, 2009).

Storton (2007), citado por Shilling et al (2009), reforçam que a atividade durante o trabalho de parto constitui uma forma de libertar a tensão muscular, uma vez que a distrai a mulher do desconforto e proporciona um sentimento de maior liberdade pessoal, resultando num método de alívio da dor. A mudança frequente de posição mobiliza os ossos da bacia para ajudar o bebé a encontrar a melhor posição, as posições verticais usam a gravidade para ajudar na descida do bebé através do canal de parto (Simkin & Ancheta, 2005, citado por Shilling et al, 2009).

Restringir os movimentos à mulher pode resultar em partos com piores resultados, podendo diminuir a satisfação da mulher com a sua experiência de parto. (Storton, 2007, citando por Shilling et al 2009). O Instituto Lamaze Internacional recomenda que a mulher "deve estar confiante de que respondendo ao que sente, ou seja, ao que o seu corpo solicita vai tomar o parto mais fácil e seguro para si e para o seu bebé" (Difranco et al., 2009).

A participação paterna no parto humanizado traz benefícios à mulher, ao recém-nascido, ao pai e, no geral, a toda a família e contribui para um trabalho de parto e pós-parto mais seguros, com consequente melhoria dos indicadores de saúde da mulher e recém-nascido (Longo, Andraus e Barbosa, 2010 & Motta e Crepaldi, 2005). A participação paterna aumenta o grau de satisfação do casal (Carvalho, 2003). O facto de o pai participar permite-lhe estar informado acerca do que se passa exatamente, assim como observar os procedimentos técnicos realizados (Motta e Crepaldi, 2005).

O apoio emocional prestado pelo pai é de grande importância, assim como o contacto visual, o contacto físico, através do estabelecimento do toque, informar continuamente a mulher acerca dos procedimentos, elogiá-la e incentivá-la e encorajá-la durante o período expulsivo e em atividades como a deambulação, a mudança de posicionamento e o descanso entre as contrações



(Longo, Andraus e Barbosa, 2010 & Motta e Crepaldi, 2005). A literatura mostra, ainda, que o pai pode participar de forma efetiva através da realização de massagens à mulher, ajudando na respiração e na realização dos cuidados, como a higiene, alimentação, eliminação, ingestão de líquidos e no banho (Motta e Crepaldi, 2005). Assim, o pai pode e deve ser o advogado do casal, garantindo que as suas necessidades são satisfeitas, assim como o seu intérprete, assegurando que a comunicação entre o casal e a equipa de saúde é mantida eficazmente.

Em suma, as posições convertem-se em atitudes, no sentido em que o casal passa a ser ativo e não espectador do seu parto (Calais-Germain & Parés, 2007). O EEESMO desempenha um papel fundamental não só no apoio às mulheres, como na adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto, sendo essencial promover uma escolha informada (Nieuwenhuijze et al., 2013, Jonge, Teunissen, Van Diem, Scheepers & Lagro-Jansen 2008; Green, 2015).

Conteúdos da Aprendizagem

- O que é que o companheiro pode fazer para aliviar o desconforto durante o trabalho de parto? – Atividade 1 (Jogo com palavras dentro de envelopes e cada casal tira as palavras que acha que lhe vão proporcionar conforto durante o trabalho de parto);
- Plano de Parto e sua importância;
- Liberdade de Movimentos no trabalho de parto – entrega de guia fotográfico ao casal com a demonstração de várias posições;
- Período Expulsivo – simulação do momento e o que o companheiro pode fazer para ajudar a parturiente;
- Técnicas de Respiração – Atividade 2 (o casal dá as mãos e companheiro simula a contração apertando as mãos da grávida);
- O papel ativo do companheiro no trabalho de parto;

Metodologias e Estratégias

Os métodos que serão utilizados na apresentação são:

- Método Expositivo/Participativo;
- Exercícios Práticos;



Recursos Didáticos

Os recursos didáticos que serão utilizados são:

- Colchões;
- Bolas de Pilatos;
- Computador;

Avaliação da Formação

No final da sessão será entregue um questionário de satisfação da formação.



Referências Bibliográficas

- Balaskas, J. (2014). Parto Ativo: Guia Prático para o Parto Natural. São Paulo: Ground LDТА.
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. [em linha]. In: Cadernos de Saúde Pública. Vol. 19, suplemento 2 (2003). Pp. 389-398. Acedido a 5 de Novembro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>. ISSN 0102-311X.
- DiFranco J., RN, BSN, LCCE, FACCE (2009). Práticas de Nascimento Saudáveis de *Lamaze® International*: #5: Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força.
- Green, T. (2015). Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature. *Evidence Based Midwifery*. 13(4). 132-137.
- Jonge, A.; Teunissen, D.; Van Diem, M.; Scheepers, P.; & Lagro-Janssen (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 63(4). 347-356. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x
- Longo; Andraus & Barbosa (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipa de saúde. [em linha]. In: Revista Eletrónica de Enfermagem. Vol. 12, nº 12, Pp. 386-391. Acedido a 05 de Novembro de 2018. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf>.
- Motta, C. & Crepaldi, M., (2005) - O pai no Parto e o Apoio Emocional: a perspectiva da parturiente. Ribeirão Preto. Paidéia Cadernos de psicologia e Educação, vol.15, nº30, pp. 105-118. ISSN 0103-863X.
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korttjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2013) Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 33(1). 25-31. DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428
- Parés, N. & Calais-Germain, B. (2009). Parir en Movimiento: la movilidad de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo



- Shilling, T., MS, CD (DONA), IBCLC, LCCE, FACCE (2009). Práticas de Nascimento Saudáveis de *Lamaze® International*. #2: Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.
- World Health Organization (2018) - Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA

Preparação para o Parto – O envolvimento do companheiro durante o trabalho de parto/parto

1. Considera que a sessão foi de encontro às suas dúvidas sobre o papel do companheiro no trabalho de parto/parto?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

2. Considera que a sessão foi clara relativamente aos temas abordados?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

3. A linguagem utilizada foi clara e elucidativa?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

4. Considera que os materiais utilizados foram adequados?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

5. Os espaços de debate/esclarecimento de dúvidas foram pertinentes?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

6. Considera que a formação lhe permite tomar decisões de forma mais consciente?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

7. Voltaria a participar numa formação semelhante?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

Obrigada pela Colaboração!!

Andreia Grazina

APÊNDICE VII – Guia Fotográfico



<http://www.brazil.gov.br/colaboracao/portal/2017/08/16/du-acompanhantes-gratuitos-que-ajudam-as-gravistas-durante-o-parto>

Para mudar o mundo primeiro
é preciso mudar a forma de
Nascer (Michel Odent)

Guia Fotográfico



<https://www.melhoresdicas.com.br/mais-ideias-para-ter-um-parto-2>

Para um trabalho de parto cheio de movimento!

- 1 Intervenções não-farmacológicas de alívio da dor no Trabalho de Parto
- 2 Posições de Parto
- 3 Técnicas de Respiração
- 4 O Companheiro no Trabalho de Parto
- 5 Plano de Parto

Intervenções não-farmacológicas de alívio da dor

1

Massagem Contrapressão



A massagem pode diminuir o tempo de trabalho de parto porque mantém o corpo relaxado

Intervenções não-farmacológicas de alívio
da dor no trabalho de parto

Aromoterapia Musicoterapia



<https://www.terapias.com.br/mais-ideias-para-ter-um-parto-2/>
<https://www.terapias.com.br/mais-ideias-para-ter-um-parto-2/>

A aromoterapia e a musicoterapia ajudam a criar um ambiente calmo propício ao trabalho de parto

Intervenções não-farmacológicas de alívio
da dor no trabalho de parto

<http://www.elsevier.com/locate/jmb>

<http://bit.ly/1vz9w3h> (blogging at work) <http://bit.ly/1vz9w3h> (blogging at work) <http://bit.ly/1vz9w3h> (blogging at work) <http://bit.ly/1vz9w3h> (blogging at work) <http://bit.ly/1vz9w3h> (blogging at work)

Journal: *National Archives*, Manuscript Group 9000.70-1116

2

Source: Authors' survey of 100 firms, 1998. Note: use of at least one variable for the dependent variable.



J. J. G. van der Wal

Posições de Parto

Apoio Unipedal e Inclinação anterior



Alivia as dores das contrações ao inclinar-se para a frente durante a mesma. Ajuda o bebê a descer e a rodar a posição para nascer

Posições de Parto

Balanceio Apoiado com Bola de Pilatos



Relaxa e alivia as dores nas costas, para as contrações irregulares e para o trabalho de parto demorado. O companheiro pode fazer massagens nas costas.

Posições de Parto

Gatas



Alivia as dores nas costas devido ao peso exercido do bebê. Ajuda o bebê a rodar e a posicionar-se melhor para o parto. Melhora a oxigenação do seu bebê. Diminui os traumas do períneo

Posições de Parto

Semi-sentada



Melhora a abertura do canal de parto

Posições de Parto

Agachamento



Facilita abertura do canal de parto. Permite esforços expulsivos sobre a lei da gravidade. Pode aumentar os traumas do períneo

Posições de Parto

Técnicas de Respiração

3

Inspirar pelo nariz e soprar pela boca

Inspirem sempre pelo nariz e soltem o ar pela boca.

Como se estivessem a **cheirar uma flor** e depois a **soprar uma vela**, mas mais lentamente.

Enchendo bem o peito de ar e depois deitar fora.

Técnicas de Respiração

Soprar

Quando estamos numa fase mais adiantada da dilatação, podemos precisar de usar um tipo respiratório mais rápido.

Soprando fazendo bochechas...

E aumentar a frequência, conforme aumenta a contração.

Técnicas de Respiração

Acompanhante

Ajuda preciosa durante o trabalho de parto. Se o acompanhante fizer a respiração da mesma maneira que a grávida, será de certo fácil para a futura mãe seguir, tornando-se também um momento de partilha.

CONCENTRAÇÃO
é a palavra de ordem, seja na própria respiração ou na de quem a acompanha.

A respiração deve ser trabalhada durante toda a gravidez.

Técnicas de Respiração

O Companheiro no Trabalho de Parto

4

Nas posições ...



O Companheiro no Trabalho de Parto

Na respiração...



O companheiro é fundamental para ajudar a grávida a manter a calma, incentivando as técnicas de respiração

O Companheiro no Trabalho de Parto

Na massagem...



A massagem permite não só o relaxamento da mulher, como favorece a intimidade do casal

O Companheiro no Trabalho de Parto

No período expulsivo...



Além de apoiar a mulher nos esforços expulsivos, o companheiro pode ajudar o seu bebê a nascer e cortar o cordão umbilical.

O Companheiro no Trabalho de Parto

Plano de Parto

5

Plano de Parto

O parto não é da parteira ou do obstetra,

O PARTO É SEU!!!

Por isso é fundamental que faça o seu plano de parto e coloque as suas preferências para que o seu parto seja um momento único.



<https://www.mamawecia.com.br/plano-de-parto-voce-ja-fez-o-seu/>

Elaborado por: Andreia Grazina

Orientadora: Sandra Pereira

Docente: Mário Cardoso

Aluna do 9º Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica

NOVEMBRO 2018



APÊNDICE VIII – Apresentação da Scoping: Conforto no parto em movimento: uma intervenção do Enfermeiro Obstetra

CONFORTO NO PARTO EM MOVIMENTO: UMA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTEIRA



9º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ensin. Clínico Estágio com Relatório



Trabalho elaborado por:
Andreia Graça, nº2724
Orientadora do Projeto:
Marta João Delgado
Orientadora Clínica:
EESMO Irene Cristina/EESMO
Vanda Pinto

OBJETIVOS

De acordo com a temática em estudo, as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro de 2019; Regulamento n.º 391/2019 de 03 de maio de 2019) e o ICM (2019), definiu como objetivos:

GERAL: "Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica, tendo como enfoque o efeito do movimento no conforto durante o trabalho de parto".

ESPECÍFICOS:

→ Identificar a evidência científica no âmbito da promoção do conforto no parto através do movimento, através da realização de uma Scoping Review;

→ Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/feto/família em situação de urgência obstétrica e ginecológica, com vista à promoção da saúde;

→ Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família durante os quatro estádios do trabalho de parto;

→ Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto no parto através do movimento.

ESCOLHA DA TEMÁTICA

PROFISSIONALMENTE

• O aumento substancial da aplicação de práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar os resultados para mulheres e recém-nascidos. Este aumento da medicalização dos processos de parto afeta negativamente a experiência de parto da mulher e a sua capacidade de dar à luz (OMS, 2018).

PESSOALMENTE

• Ambição de ter um parto normal, confortável e com liberdade de movimentos;

• Interesse pela área.

ESCOLHA DA TEMÁTICA

PROFISSIONALMENTE

• O aumento substancial da aplicação de práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar os resultados para mulheres e recém-nascidos. Este aumento da medicalização dos processos de parto afeta negativamente a experiência de parto da mulher e a sua capacidade de dar à luz (OMS, 2018).

PESSOALMENTE

O EESMO deve incluir a mulher na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde a que vai ser sujeita, sendo fundamental para assegurar que tem uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1

Informar as mulheres sobre o parto e o plano de nascimento, de forma a que estas possam tomar decisões sobre as práticas que se realizam no seu próprio corpo (empowerment) (OE, 2013).

2

Respeitar os desejos de uma mulher e o seu envolvimento na tomada de decisões é essencial para os cuidados da gravidez e trabalho de parto (Royal College of Midwives, 2012).

3

Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se encorajar a adoção de uma posição de parto à escolha da mulher, incluindo posições verticais, reforçando a importância que qualquer posição particular não seja imposta à mulher e que esta seja encorajada a adotar qualquer posição que ela achar mais confortável (OMS, 2018).

4

Nas horas que precedem o parto, a mobilidade da bacia é aumentada pela presença de hormonas que fazem com que os ligamentos fiquem mais flosos. Desta forma, ao compreender que a bacia se move e se transforma no seu interior torna-se um passo fundamental para não dificultar este movimento no momento do parto (Lecourt-Guennin & Paris, 2007).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

5

As intervenções não-farmacológicas e não-invasivas para aliviar a dor e garantir o conforto das mulheres durante o parto devem ser uma preocupação primordial dos profissionais de saúde (Miquelutti, Cecatti, Moras, & Makuch, 2009).

6

É fundamental "apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical" (OE & APEC, 2012, p. 11).

7

De acordo com RCM (2012) as medidas de apoio e conforto físico durante o parto, incluem o controlo ambiental, o incentivo de diferentes posições e mobilização o toque, a massagem, a aplicação de compressas quentes e frias, entre outros.

8

Os profissionais de saúde devem ser treinados a realizar partos em outras posições além da supina, para que isso não se torne um fator inibidor para a parturiente quanto à escolha da posição (Mamede, Almeida, & Claps, 2004).

QUESTÃO DE PESQUISA

QUAL A INFLUÊNCIA DO MOVIMENTO NO PARTO NO CONFORTO DA MULHER?

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

A formulação da questão de pesquisa baseou-se na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto)

PALAVRAS-CHAVE

ENFERMEIRO OBSTEIRA

PARTO EM MOVIMENTO

POSIÇÕES DE PARTO

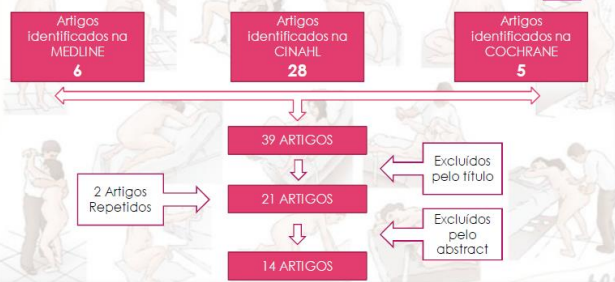
LIBERDADE DE MOVIMENTOS

CONFORTO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Todas as mulheres grávidas, em trabalho de parto e em ambiente de sala de partos, ou puérperas que foram alvo de cuidado pelo EESIMO durante o trabalho de parto/parto;
- Todos os tipos de estudos, de forma a obter a maior informação possível;
- Todos os locais de nascimento, independentemente do país;
- Língua inglesa, portuguesa e espanhola;
- Artigos publicados entre 2013 e 2018.

RESULTADOS



RESULTADOS

BENEFÍCIOS ASSOCIADOS AO MOVIMENTO QUE PROMOVEM O CONFORTO DURANTE TRABALHO DE PARTO

OBSTÉRICOS

- Os procedimentos não farmacológicos e não invasivos são benéficos para uma melhor evolução do trabalho de parto e parto, promovendo a autonomia do parto para a mulher;
- O conhecimento das mulheres face às posições alternativas no trabalho de parto;
- As posições de nascimento verticais são mais propensas a ser utilizadas quando as parteiras têm uma abordagem flexível para trabalhar com as mulheres;
- As parteiras devem facilitar posições ideais de nascimento, improvisando com equipamentos e serem criativas no ambiente de nascimento;
- A gravidade realizada em posições verticais no parto auxilia no processo de expulsão fetal e no aumento dos diâmetros pélvicos maternos.

RESULTADOS

BENEFÍCIOS ASSOCIADOS AO MOVIMENTO QUE PROMOVEM O CONFORTO DURANTE TRABALHO DE PARTO

MATERNOS

- Boa relação entre as mulheres e os profissionais de saúde;
- O conhecimento das mulheres face às posições alternativas no trabalho de parto;
- As mulheres sentiram maior controlo quando as decisões sobre a posição de nascimento foram feitas em conjunto com os outros, em vez de forma independente;
- As posições verticalizadas apresentam vantagens no âmbito da laceração perineal, episiotomia, hemorragia pós-parto e dor;
- Um papel ativo das pais no trabalho de parto e preparação para o nascimento que as capacite para este processo, incluindo abordagens não farmacológicas como o controlo da dor e a progressão do trabalho de parto;

RESULTADOS

BENEFÍCIOS ASSOCIADOS AO MOVIMENTO QUE PROMOVEM O CONFORTO DURANTE TRABALHO DE PARTO

FETAIS

- As posições verticalizadas apresentam vantagens no âmbito das anomalias da frequência cardíaca fetal.

RESULTADOS

LIMITAÇÕES ASSOCIADAS AO MOVIMENTO QUE PROMOVEM O CONFORTO DURANTE TRABALHO DE PARTO

OBSTÉRICOS

- Excesso de medicalização do parto, o que causa a perda do protagonismo da mulher no trabalho de parto;
- A colocação da mulher numa posição horizontal por parte do profissional, limita a atuação da mulher durante o trabalho de parto;
- Falta de aceitação por parte dos profissionais em relação aos planos de parto;
- Configuração de muitas salas de parto que limitam a adoção das variadas posições no período expulsivo;
- Dificuldade por parte dos profissionais de saúde de sensibilizar as grávidas para a temática.

RESULTADOS

LIMITAÇÕES ASSOCIADAS AO MOVIMENTO QUE PROMOVEM O CONFORTO DURANTE TRABALHO DE PARTO

MATERNOS

- Falta de informação/formação acerca de todo processo do trabalho de parto/parto;
- Baixa expectativa relativamente a todo o processo associado ao parto;
- Desconhecimento sobre a possibilidade de se adotar os planos de parto;
- As mulheres não têm acesso igual ao uso de diferentes posições no parto e ao envolvimento nas decisões sobre a posição a usar.

CONCLUSÕES

- As mulheres têm pouco acesso às informações relacionadas ao parto durante o pré-natal e os profissionais ainda mantêm uma prática intervencionista, o que condiciona a mulher experienciar um parto fisiológico e fortalecedor da sua autonomia (Silva et al., 2016).
- O aumento do uso de posições verticais foi associado com um modelo de escolha informada, onde as parteiras davam informações às mulheres sobre as vantagens e desvantagens de diferentes posições (Green, 2015).
- O conforto no trabalho de parto é transmitido através do olhar, da escuta sensível, da compreensão, da singularidade do momento do parto e da empatia do profissional com a parturiente (Silva et al., 2016).

CONCLUSÕES

→ As posições convertem-se em atitudes, no sentido em que a mulher passa a ser ativa e não espectadora do seu parto (Calais-Germain & Parés, 2007). O EEESMO desempenha um papel fundamental não só no apoio às mulheres, como na adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto, sendo essencial promover uma escolha informada (Nieuwenhuijze et al., 2013; Jonge, Teunissen, Van Diem, Scheepers & Lagro-Janssen 2008; Green, 2015).



CONCLUSÕES

→ A maioria dos artigos selecionados para a realização da scoping review colocam as parteliras como elemento central, para uma experiência positiva do movimento no trabalho de parto e, realçam a importância destas investirem na formação pré-natal e na partilha da sua experiência com as mulheres e/ou outros profissionais (Baldissarotto et al., 2016; Silva et al., 2016; Green, 2015; Desseauve et al., 2016; Nieuwenhuijze et al., 2014; Bohren et al., 2017).



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

Michel Odent

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldissarotto, M. L., Filho, M. M., & Gama, S. G. (2016). Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth, and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. Rio de Janeiro. Reproductive Health, 13(Suppl 3):124
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Culbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7, Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Decreto-lei nº127/2011 de 18 de Fevereiro do Ministério da Saúde. (2011). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República: II série, Nº 35. Obtido em 15 de Novembro de 2017, de http://www.enfermeiros.pt/legislacao/Documents/RegulamentoOE/Regulamento127_2011_CompetenciasComEnfermeiroEspecialista.pdf
- Desseauve D., Fradet L., Lacouture P., & Pierre F. (2016). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.004>
- Green, T. (2015). Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature. Evidence Based Midwifery, 13(4), 132-137.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International Confederation of Midwives. Definição de matrona. Acedido em 02-05-2018. Disponível em http://www.federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2018/01/409_es_Definicion-Matrona3CM-2005.pdf
- Jonge, A.J. Teunissen, D.; Van Diem, M.; Scheepers, P.; & Lagro-Janssen (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. Journal of Advanced Nursing, 63(4), 347-356. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x
- Mamede, F., Almeida, A., & Clapis, M. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. Acta Scientiarum. Health Sciences, 295-302.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S., & Makuchi, M. Y. (2009). The vertical position during labor: pain and satisfaction. Rev. Bras. Saúde Materna Infantil, 393-398.
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Kortjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2013) Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33(1), 25-31. DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428
- Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Kortjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor. Journal of Midwifery & Women's Health, 277-285.
- OE & APEO. (2012). Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada. Ordem dos Enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OE. (2013). Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com qualidade: influência na posição de parto na mãe e no recém-nascido. Obtido em 23 de Maio de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemdenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidainadeformasologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Parés, N. & Calais-Germain, B. (2009). Pair en Movimento: la movilidad de la pelvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo
- Royal College of Midwives (2012). Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour Care of the Parturient. United Kingdom. Royal College of Midwives. Consultado a 19/03/2018. Disponível em: <http://rcm.redactive.co.uk/college/policy/practice/evidence-basedguidelines/>
- Silva, L. S., Leão, D. C., Cruz, A. F., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., & Pinto, C. B. (setembro de 2016). Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. Revista de Enfermagem UFPE On Line, pp. 3531-3536. DOI:10.5205/revol.9681-89824-1-ED.1004sup201604
- World Health Organization (2018) - Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization: 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Obrigada!

APÊNDICE IX – Grelha de Registo de Interação

Instrumento de Registo de Interação	
Data: _____	
Identificação Nome: _____ Idade: _____ Antecedentes Relevantes: _____ História dos Partos Anteriores: _____ IO: _____ IG: _____	
Medidas de Conforto Implementadas no Trabalho de Parto (1º estágio do trabalho de parto) Movimento durante o Trabalho de Parto (deambular, dançar, balançar): _____ Mudança de posição: _____ Bola de pilatos: _____ Utilização de água quente durante o trabalho de parto: _____ Massagem: _____ Respiração: _____ Analgesia: _____ Postura do profissional de saúde: _____	
Medidas de Conforto Implementadas no 2º estágio do trabalho de parto Posição do período expulsivo adequada às suas expetativas: _____ Períneo (laceração e/ou episiotomia): _____	
Resultados Adequação do Trabalho de Parto às suas expetativas: _____ _____ As medidas de conforto e a liberdade de movimentos facilitaram o trabalho de parto: _____ _____	

**APÊNDICE X – Poster “Conforto no Parto em Movimento: Uma
Intervenção do Enfermeiro Obstetra – Revisão *Scoping*”**

Conforto no Parto em Movimento: Uma Intervenção do Enfermeiro Obstetra – Revisão Scoping



Autores:

Andreia Grazina – EEESMO;

Maria João Delgado – MSc, EEESMO, Professora da ESEL.

INTRODUÇÃO

O aumento substancial da aplicação de práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto afeta negativamente a experiência de parto da mulher e a sua capacidade de dar à luz¹. A escolha de posições de nascimento pode ter um impacto positivo na experiência de parto, sendo fundamental que nenhuma posição seja imposta e que seja a mulher a escolher a posição que considera mais confortável¹. A liberdade de movimentos traduz-se em deambular, caminhar ou mover-se e mudar de posição. Todos estes movimentos facilitam o TP, constituindo-se como uma excelente forma de distração dos desconfortos inerentes a este processo, permitindo o conforto da mulher, a sensação de controlo do próprio corpo e a interação com a pessoa significativa, o que torna o processo mais satisfatório². Como referencial teórico orientador para a prática de cuidados, no âmbito da temática, foi escolhida a Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba*, que pressupõe uma visão holística de enfermagem, centrada no cliente, reconhecendo que toda a pessoa compreende uma vida mental, espiritual e emocional intimamente ligada com o seu corpo físico, sendo o conforto um *outcome* importante³.

Palavras-chave: Conforto do Paciente; Movimento; Parto Normal.

METODOLOGIA

Objetivo: Mapear o conhecimento existente relativamente às intervenções promotoras do conforto no parto em movimento.

Revisão *Scoping* com ponto de partida da questão “Qual a influência do movimento no trabalho de parto no conforto da mulher?”, de acordo com a mnemónica PCC⁴:

- (P)opulação – Parturientes/mulheres;
- (C)onceito – Promoção do conforto no parto através do movimento;
- (C)ontexto – Todos os locais de nascimento.

Estratégia de pesquisa desenvolvida em três fases, incluindo estudos publicados (bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*) e não publicados (literatura cinzenta), entre 2013 e 2018, em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Identificados 39 artigos que após aplicação dos critérios anteriores foram apenas incluídos **14 artigos**.

CONCLUSÕES

A capacitação do enfermeiro especialista, no âmbito da promoção do movimento no trabalho de parto, é um fator determinante para o conforto da mulher/família. O estabelecimento de uma boa relação, com base na empatia, confiança e escuta ativa influencia a experiência de parto da mulher/família, podendo afetar o conforto no parto em movimento. O conhecimento das mulheres face às diferentes posições torna-se importante para promover a autonomia da mulher frente às suas escolhas. Assim, o conforto das mulheres perante o trabalho de parto constitui-se como essencial para a sua segurança, autonomia e direito de escolha.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Benefícios para a implementação do movimento na promoção do conforto durante o trabalho de parto

OBSTÉTRICOS

- Aumento dos procedimentos não farmacológicos e não invasivos⁵;
- Empatia do profissional com a parturiente^{5,6,7};
- Abordagem flexível do EEESMO⁸;
- Aumento da gravidade e das contrações uterinas^{5,9,10};
- Duração do trabalho de parto e do parto vaginal^{11,12,13}.

MATERNOS

- O conhecimento das mulheres face às posições verticalizadas^{5, 8, 14, 15, 16, 17, 18};
- Relação Terapêutica⁷;
- Decisões tomadas conjuntamente com o profissional de saúde^{8,18};
- Vantagens no âmbito da laceração perineal, episiotomia, hemorragia pós-parto e dor^{5,11,20};
- Papel ativo dos pais no trabalho de parto¹⁴.

FETAIS

- Vantagens no âmbito da frequência cardíaca fetal^{11,19}.

Limitações para a implementação do movimento na promoção do conforto durante o trabalho de parto

OBSTÉTRICOS

- A posição horizontal limita a atuação da mulher no trabalho de parto⁵;
- Falta de aceitação por parte dos profissionais em relação aos planos de parto⁵;
- Configuração das salas de parto⁵;
- Excesso de medicalização do parto^{1,5}.

MATERNOS

- Falta de informação/formação^{7,15};
- Acesso desigual ao uso de diferentes posições no parto¹⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. (2018). *WHO Recommendations for a Positive Childbirth Experience*. 1. 2018. Genebra: OMS. Obtido em 3 de maio de 2020, de <https://www.who.int/publications-detail/who-recommendations-for-a-positive-childbirth-experience>
2. Fardis, A. & Duglas, D. (2017). *Liberdade de Movimento e Posições no Parto*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
3. Kolcaba, K. (2000). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
4. PCC. (2013). *Protocolo de Pesquisa*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
5. Vagstad, P., Hestmark, R., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
6. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
7. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
8. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
9. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
10. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
11. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
12. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
13. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
14. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
15. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
16. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
17. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
18. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
19. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.
20. Vagstad, P., Rognmo, A., & Côté, P. (2015). *Influence of the position of the woman during labor on the outcome of the birth: a systematic review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 1-10.