



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

**Experiência de Parto Positiva: Contributo da Posição Materna
e do Resultado Perineal**

Positive Birth Experience: Contribution of Maternal Position and Perineal
Outcome

Joana Mafalda dos Santos Cordeiro

Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

**Experiência de Parto Positiva: Contributo da Posição Materna
e do Resultado Perineal**

Positive Birth Experience: Contribution of Maternal Position and Perineal
Outcome

Joana Mafalda dos Santos Cordeiro

Orientadora: Professora Doutora Maria João Baptista dos Santos
de Freitas

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização do presente relatório e fizeram parte deste percurso de aprendizagem.

Aos meus queridos pais, Dina e José Carlos, pela força e apoio incondicional, mas também pelas minhas ausências.

Ao meu namorado Diogo, pelo amor, compreensão e suporte incondicional em cada passo deste caminho percorrido.

À Professora Maria João Freitas, pelo apoio, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso. A sua experiência, visão crítica e rigor foram fundamentais para a realização deste relatório, assim como o incentivo constante em momentos de dúvida e desafios.

Às minhas amigas, em especial à Filipa, Carolina e Liliana, que sempre torceram por mim e compreenderem a minha ausência em tantos momentos.

À minha querida Sofia, o melhor que o mestrado me trouxe, as horas ao telemóvel, a partilha de momentos ao longo destes dois anos, apoio e amizade.

À minha Enfermeira chefe Elsa, pela ajuda em todos os momentos durante estes dois anos para poder frequentar as aulas.

Aos meus colegas de trabalho, pela paciência, pelas inúmeras trocas e disponibilidade para ajudar em diversos momentos.

Aos Enfermeiros e às parturientes que participaram neste estudo, sem os quais não seria possível a sua realização.

Grata por tudo!

*“(...) cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer,
(...) podendo transformar o parto numa experiência
única e inigualável para quem o vive”.*

(Coutinho, 2004, p.35)

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
BP	Bloco de Partos
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CAF	Consulta de Apoio à Fertilidade
CCU	Cancro do Colo do Útero
CIDNUR	Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa
CPPN	Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DG	Diabetes Gestacional
EC	Ensino Clínico
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EpS	Educação para a Saúde
GND	Gravidez não desejada
HPV	Vírus Papiloma Humano
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
IG	Idade gestacional
ITP	Indução do TP
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MMF	Medicina Materno-Fetal
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática baseada em evidências
PCC	População, Conceito e Contexto
PE	Pré-Eclâmpsia
PF	Planeamento Familiar
PH	Posições horizontais
PV	Posições verticais
RCF	Restrição do Crescimento Fetal
RE	Relatório de Estágio
RN	Recém-nascido
SMO	Saúde Materna e Obstétrica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SR	<i>Scoping Review</i>
SUOG	Serviço Urgência Obstétrica e Ginecológica
TP	Trabalho de Parto
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Este Relatório visa refletir o percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), ancorado na *Teoria do Cuidar de Kristen Swanson*.

Considerando que a maioria das mulheres sofrem lesões perineais durante o parto, o que pode impactar negativamente a saúde e bem-estar, assume especial relevância o estudo da relação entre as posições adotadas pela parturiente durante o período expulsivo, o resultado perineal e o seu impacto para a vivência de uma experiência de parto positiva.

A investigação foi conduzida em duas fases. Na primeira, uma Revisão *Scoping*, realizada conforme as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (2024), para mapear as evidências científicas sobre a influência da posição no período expulsivo e o resultado a nível perineal. Na segunda fase, foi desenvolvido um estudo descritivo e correlacional com abordagem quantitativa, envolvendo 31 EEESMOs e 30 parturientes. Foram aplicados dois questionários com os objetivos de: identificar as posições maternas adotadas no segundo estágio do trabalho de parto; descrever o resultado perineal e as práticas promotoras da sua integridade; conhecer a satisfação materna com a experiência de parto e analisar o contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado perineal para uma experiência de parto positiva. A análise dos dados quantitativos foi realizada com o auxílio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS), enquanto que, os dados qualitativos foram analisados com a técnica de análise de conteúdo proposta por *Bardin* (2016).

Os resultados revelaram, que a adoção de diversas posições no período expulsivo foi um contributo significativo para a satisfação das parturientes. Adicionalmente, identificou-se uma associação significativa entre a satisfação com o resultado perineal e a satisfação geral com a experiência de parto, evidenciando a importância de práticas que minimizem o trauma perineal. Evidenciou-se, uma correlação positiva e significativa entre a satisfação com o resultado perineal e a satisfação com as posições adotadas, assoalhando a importância da adoção de posições que promovam a integridade perineal. Por fim, não existe uma associação significativa entre as posições adotadas no período expulsivo e a ocorrência de lesão perineal, ressaltando a complexidade de outros fatores envolvidos no processo do parto.

Palavras-chave: parturiente; segundo estágio do trabalho de parto; períneo; posicionamento do paciente; satisfação do paciente

ABSTRACT

This report aims to reflect the learning process in the development of Master's and Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO) competencies, anchored in Kristen Swanson's Caring Theory.

Considering that most women suffer perineal injuries during childbirth, which can have a negative impact on their health and well-being, it is particularly important to study the relationship between the positions adopted by the parturient during the expulsive period, the perineal outcome and its impact on a positive childbirth experience.

The research was conducted in two phases. In the first, a Scoping Review, carried out in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2024), to map the scientific evidence on the influence of position during the expulsive period and perineal outcome. In the second phase, a descriptive and correlational study was carried out with a quantitative approach, involving 31 EEESMOs and 30 parturients. Two questionnaires were used to: identify the maternal positions adopted during the second stage of labor; describe the perineal outcome and the practices that promote its integrity; find out about maternal satisfaction with the birth experience and analyze the contribution of the maternal position during the expulsive period and the perineal outcome to a positive birth experience. The quantitative data was analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS), while the qualitative data was analyzed using the content analysis technique proposed by Bardin (2016).

The results revealed that the adoption of different positions during the expulsion period was a significant contribution to the satisfaction of parturients. In addition, a significant association was identified between satisfaction with the perineal outcome and overall satisfaction with the birth experience, highlighting the importance of practices that minimize perineal trauma. There was a positive and significant correlation between satisfaction with the perineal outcome and satisfaction with the positions adopted, highlighting the importance of adopting positions that promote perineal integrity. Finally, there was no significant association between the positions adopted during the expulsive period and the occurrence of perineal injury, highlighting the complexity of the other factors involved in the childbirth process.

Keywords: parturient; labor stage, second; perineum; patient positioning; patient satisfaction

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	12
1.1. Contributo da Posição Materna e do Resultado Perineal para alcançar uma Experiência de Parto Positiva	12
1.2. Referencial Teórico de Enfermagem: <i>Teoria do Cuidar de Swanson</i>	17
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	20
2.1. Primeira fase: Revisão da Literatura (<i>Scoping Review</i>).....	20
2.2. Segunda fase: Desenvolvimento do Estudo descritivo e correlacional de abordagem quantitativa	23
2.3. Considerações Éticas	26
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	27
3.1. Formação de suporte ao desenvolvimento das competências e disseminação da temática em estudo	28
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcepcional e pré-natal.....	30
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto....	37
3.4. Cuida a mulher na adoção de posições no período expulsivo que favoreçam o melhor resultado perineal e promovam uma experiência de parto positiva.....	42
3.4.1. Apresentação dos Resultados	42
3.4.1.1. Caracterização da amostra das parturientes.....	42
3.4.1.2. Caracterização da amostra dos enfermeiros.....	43
3.4.1.3. Caracterização da Gestão da dor e melhoria do conforto no parto	43
3.4.1.4. Posição materna adotada no segundo estágio do TP	44
3.4.1.5. Resultado perineal e práticas promotoras da sua integridade.....	45
3.4.1.6. Satisfação materna com a experiência de parto	46
3.4.1.7. Contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado perineal na experiência de parto positiva	46
3.4.2. Discussão dos Resultados.....	50
3.4.3. Principais Conclusões, limitações do estudo e implicações para a prática	53
3.5. Cuida a mulher/recém-nascido inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	54
3.6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS

Anexo 1 – Submissão para Revista: A Influência da Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping

Anexo 2 – Parecer Comissão de Ética

Anexo 3 – Síntese das Atividades Desenvolvidas no Estágio com Relatório

Anexo 4 – Póster “A Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping” apresentado nas Jornadas de Obstetrícia Vila Nova de Famalicão

Anexo 5 – Certificado Comunicação Oral “A Influência da Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping”

Anexo 6 – 3º Prémio Póster “Mamoplastia e o (in)sucesso da amamentação”

Anexo 7 – Certificado Seminário Care4Birth do Hospital de Cascais

Anexo 8 – Certificado 10º Seminário Cruz Vermelha

APÊNDICES

Apêndice 1 – Estratégia de Pesquisa

Apêndice 2 – Fluxograma PRISMA

Apêndice 3 – Extração dos Principais Resultados

Apêndice 4 – Tabela de Resultados da Scoping Review

Apêndice 5 – Questionário das Parturientes: Experiência e Satisfação com o Parto

Apêndice 6 – Questionário dos EEESMOs: Contributo da Posição, o Resultado Perineal e a Experiência de Parto Positiva

Apêndice 7 – Sessão no Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Apêndice 8 – Póster Liberdade de Movimentos e Posições Verticais no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto: Experiência de Parto Positiva

Apêndice 9 – Sessão no Contexto de Medicina Materno Fetal

Apêndice 10 – Sessão no Contexto de Bloco de Partos

Apêndice 11 – Sessão no Contexto de Puerpério

Apêndice 12 – Folheto Informativo: Planeamento Familiar

Apêndice 13 – Relatório de análise dos dados: Parturientes

Apêndice 14 – Relatório de análise dos dados: Enfermeiros

Apêndice 15 – Relatório de análise de conteúdo

Apêndice 16 – Folheto Informativo: Cuidados após Cirurgia Mamária

INTRODUÇÃO

Ao percurso acadêmico na Unidade Curricular Estágio com Relatório esteve subjacente um processo de integração de conhecimentos teóricos e práticos nas diversas áreas de competência do Enfermeiro Especialista. Este foi integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e culmina com a apresentação e discussão pública do presente Relatório de Estágio (RE), para obtenção do grau de Mestre. O desenvolvimento de saberes baseou-se na melhor evidência científica e na sua transposição para a prática clínica, sendo integrado no desenvolvimento das competências especializadas descritas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b). Além disso, seguiu as competências definidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019) e grau de Mestre (Decreto de Lei nº74, 2006), com o objetivo de promover o cuidado integral à mulher nas várias fases da sua vida e do recém-nascido (RN), inseridos na família e comunidade.

No sentido de espelhar o percurso formativo na aquisição e desenvolvimento de competências específicas e no fomento de um pensamento crítico e reflexivo, foi delineado como objetivos gerais do RE: Descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMO, assim como as competências para obtenção do grau de Mestre; Refletir sobre o *cuidar* do EEESMO na adoção de *posições maternas* no período expulsivo, que favoreçam o melhor *resultado perineal* e promovam uma *experiência de parto positiva*.

Estima-se que cerca de 85% das mulheres sofrem algum tipo de lesão a nível perineal durante o parto, na qual existe perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano na região genital, que pode ou não ocorrer de forma espontânea (Alípio et al., 2021; Bomfim et al., 2022). Neste sentido, diante dos fatores envolvidos no processo de parto, é necessário aprofundar a origem dos resultados a nível perineal e compreender a influência da posição que a parturiente adota no período expulsivo.

A atualidade e a pertinência do estudo inscreve-se na relevância de fornecer dados importantes para a prática clínica, promovendo intervenções baseadas em evidências que favoreçam a saúde e o bem-estar das parturientes (Familiari et al., 2023). Além disso, ao focar-se na experiência de parto das mulheres, esta investigação poderá contribuir

para a implementação de práticas mais humanizadas e centradas na mulher, alinhando-se com a recomendação da Organização Mundial da Saúde para um cuidado humanizado e seguro durante o parto.

A temática em estudo sustenta-se também, no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b), uma vez que apesar de culminar no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o *trabalho de parto*, é transversal nas diversas etapas do seu ciclo de vida, tanto no *período pré-natal*, através da educação para a saúde sobre as posições maternas a adotar no período expulsivo e o resultado perineal que possa advir da escolha das posições, seja no *período pós-natal*, através da transmissão de conhecimentos sobre controlo de infeções, especialmente no caso de ocorrência de lesão perineal, assim como na reabilitação do pavimento pélvico resultando na promoção da *saúde ginecológica* e prevenção de complicações futuras.

Ancorado neste referencial justificativo desenvolveu-se um estudo de investigação com o objetivo de descrever o contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado no períneo na experiência de parto positiva.

Para orientar o processo de desenvolvimento de competências ao longo do percurso académico, o quadro de referência escolhido para fundamentar os cuidados de enfermagem foi a *Teoria do Cuidar de Kristen Swanson*, de forma, a manter a crença nas habilidades e no poder de decisão da mulher, exigindo um conhecimento profundo das suas vivências, desejos, medos e expectativas, estando presente e agindo de acordo com as suas necessidades, de modo a proporcionar um ambiente seguro e de confiança (Swanson, 1991, 1993, 1999).

No que concerne à estrutura do RE, este encontra-se dividido em quatro capítulos: o primeiro referente ao Enquadramento Conceptual e Teórico, que compreende a mobilização de conceitos acerca da temática em estudo e a Teoria do Cuidar de *Swanson*; o segundo alusivo ao Enquadramento Metodológico, onde constam as metodologias utilizadas, a Revisão *Scoping* e o Estudo de Investigação, bem como as Considerações Éticas; o terceiro capítulo expressa o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO incorporando os resultados, discussão e conclusões do estudo realizado; o último asoalha as Considerações Finais, onde concretiza o balanço do trabalho e percurso desenvolvido, e uma reflexão final sobre os seus contributos para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

No presente capítulo, realiza-se a revisão da literatura alusiva à temática patente neste relatório em articulação com o quadro teórico que suportou o desenvolvimento da prática de enfermagem ao longo dos diferentes contextos clínicos e que orienta o projeto de investigação – a *Teoria do Cuidar de Kristen Swanson*.

1.1. Contributo da Posição Materna e do Resultado Perineal para alcançar uma Experiência de Parto Positiva

Ao longo dos tempos, a posição adotada pela parturiente em trabalho de parto (TP) tem vindo a modificar-se drasticamente. A excessiva medicalização e a ideia de que o parto é um procedimento médico em que a mulher deixa de assumir o papel central neste fenómeno fisiológico, deram origem a movimentos que defendem uma abordagem humanizada do parto e à adoção de práticas baseadas na evidência (Modrzejewska et al., 2019). A humanização dos cuidados envolve uma mudança nos paradigmas neste cenário, transferindo o foco de atenção dos profissionais de saúde para a mulher tornando-se assim, protagonista no processo de parto (Silva et al., 2019).

O início do TP é tradicionalmente definido com a presença de contrações uterinas frequentes e dolorosas, resultando na dilatação e no apagamento cervical, e no caso das múltiparas podendo ocorrer ao mesmo tempo (ACOG, 2024). Contudo existe heterogeneidade na definição do início do TP, isto porque a subjetividade da cervicometria ou a admissão hospitalar, podem subestimar a duração do TP precoce (Abalos et al., 2018). O primeiro estágio do TP é definido como o intervalo entre o início do TP e a dilatação cervical completa, os 10 cm (Tilden et al., 2023). Este estágio é dividido em duas fases: latente e ativa. A fase latente do TP caracteriza-se pela dilatação cervical gradual mais lenta, que começa com a perceção de contrações uterinas regulares e termina com a mudança rápida da dilatação cervical (Rosenbloom et al., 2019). Esta rápida mudança cervical denomina-se fase ativa do TP e continua até à dilatação completa. As novas diretrizes da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2024), definem o início da fase ativa do TP aos 6 cm de dilatação cervical.

O segundo estágio do TP, também definido como período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do neonato. As contrações uterinas são fortalecidas pela pressão uterina, impulsionando o feto através do canal do parto, onde

ocorre o movimento de encravamento, a descida, a extensão e a rotação da cabeça fetal (Cohen & Friedman, 2021). Durante este estágio, os músculos do assoalho pélvico sofrem um alongamento repetitivo devido às contrações uterinas e aos esforços expulsivos maternos, combinando-se entre si para expulsar o feto, sendo possível ocorrer rutura parcial ou total desses músculos (Vila Pouca et al., 2022). É nesta fase, devido às modificações apresentadas, que pode advir a perda de integridade dos tecidos (Beleza, 2019), alterando assim o resultado perineal materno.

O conceito resultado perineal refere-se à condição do períneo da mulher após o parto, sendo este um indicador importante da qualidade e da recuperação no pós-parto (Gediya et al., 2022).

A lesão do períneo é um dos traumatismos mais comuns que pode ocorrer durante o parto, podendo ser espontânea através da laceração do períneo ou intencional com recurso à técnica de episiotomia (Bomfim et al., 2022; Matei et al., 2021). Aproximadamente 85% das mulheres que têm parto por via vaginal sofrem algum tipo de lesão perineal (Abedzadeh-Kalahroudi et al., 2019; Lopes et al., 2019).

O risco aumentado de lesões perineais nos partos eutócicos é multifatorial (Mamede et al., 2024). Existem diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que envolvem as características fetais, obstétricas e intervenções médicas realizadas durante o TP, que convergem para a ocorrência de lesões perineais espontâneas (Lins et al., 2019). O perímetro cefálico, a nuliparidade, a idade materna e gestacional, segundo estágio do TP prolongado, a posição materna adotada no período expulsivo, entre outros, são fatores relevantes que estão diretamente relacionados com o aumento das lacerações perineais no parto (Tavares et al., 2022). A musculatura do períneo e o tecido do assoalho pélvico da mulher, podem ser passíveis de diminuição do risco de lesões (Moreira et al., 2021), promovendo a integridade perineal. Esta ocorre quando não há lesões perineais, sendo que, no parto eutócico, cerca de 15% das mulheres apresenta períneo íntegro (Alípio et al., 2021). Os autores Aasheim et al. (2017) destacam que a integridade do períneo está fortemente relacionada com a posição materna adotada durante o período expulsivo e com a introdução de práticas que visam à proteção do períneo, como a adoção de posições verticalizadas, a prática seletiva de episiotomia, a massagem perineal, a aplicação de compressas quentes na zona do períneo e a técnica de *hands-on* utilizadas pelos profissionais de saúde.

As lacerações perineais são divididas em quatro graus, de acordo com as estruturas envolvidas, tanto a nível perineal ou anal. Assim, a laceração de 1º grau envolve apenas a pele do períneo e/ou a mucosa vaginal; a de 2º grau envolve as estruturas anteriores e os músculos do períneo; a de 3º grau envolve as estruturas anteriores e o esfíncter anal – subdividindo-se em três classes consoante o seu nível de gravidade (grau 3a menos de 50% do esfíncter anal externo, grau 3b mais de 50% do esfíncter anal externo e a de grau 3c rutura total do esfíncter anal externo e atinge o esfíncter anal interno); e por último, a de 4º grau envolvem as estruturas anteriores e a mucosa anorretal (ACOG, 2018; Goh et al., 2018).

Outra lesão do períneo é a técnica de episiotomia que foi introduzida há mais de 250 anos na prática clínica, sendo reconhecida como o procedimento cirúrgico mais utilizado na área da obstetrícia (Silva et al., 2018). Este procedimento consiste numa incisão deliberada no períneo para aumentar a área de saída do feto, atingindo a pele, a mucosa vaginal e os músculos do períneo (Rocha et al., 2018). Esta prática tinha como justificativa prevenir lacerações perineais graves e tratar complicações materno-fetais como a hipóxia fetal e distócia de ombros, no entanto, a sua indicação atual limita-se a situações de suspeita de sofrimento fetal (Goh et al., 2018).

Ao longo da história, as posições adotadas pelas mulheres durante o TP sofreram mudanças significativas. Historicamente, as posições verticalizadas como ficar de pé, sentada, de quatro apoios, lateralizada e de cócoras, eram preferidas devido ao ênfase na liberdade de movimento e autonomia da mulher (Berta et al., 2019).

Porém, no século XVII, adveio uma mudança drástica com a utilização da posição de litotomia durante o parto. Doravante em ambiente hospitalar, predomina a posição de litotomia no período expulsivo (Zileni et al., 2017), devido à facilidade de monitorização do período expulsivo, permitindo que os profissionais de saúde envolvidos tenham maior domínio sobre o parto e maior conforto (Martín-Vásquez et al., 2024).

O posicionamento da parturiente é importante, principalmente no segundo estágio do TP e deve ser assumido pela mesma para aumento do seu conforto (Amaro et al., 2021). As mulheres podem adotar Posições Horizontais (PH) e Posições Verticais (PV) neste estágio (Bonapace et al., 2018).

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que os profissionais de saúde devem nortear a prática clínica nas melhores evidências científicas,

recomendando a liberdade de escolha nas posições que desejam adotar no período expulsivo, devendo respeitar e apoiar essa decisão (WHO, 2018).

A posição horizontal inclui todas as posições que proporcionam um ângulo inferior a 45 graus, tais como, a de litotomia, dorsal e semi-sentada (Mineiro et al., 2016). Nas posições de litotomia e dorsal ocorre compressão dos grandes vasos maternos e há um alongamento excessivo do corpo perineal provocando um maior risco de lacerações perineais (Cardoso, 2020; Huang et al., 2019; Mineiro et al., 2016) e também, lesão do esfíncter anal (Lebraud et al., 2021).

Para Fu et al.(2023), as parturientes referem mais dor associada ao desconforto na adoção de posições horizontais, nomeadamente na posição semi-sentada. Nesta posição existe uma maior taxa de lacerações perineais de 2º e 3º graus, e conseqüentemente há um aumento de edema vulvar (Huang et al., 2023).

Já a posição verticalizada entende-se ser a posição que proporciona um ângulo superior a 45 graus entre o tronco e os membros inferiores da mulher, tais como, de pé, quatro apoios, cócoras, sentada (Mineiro et al., 2016) e lateral (Rocha et al., 2020). De acordo com Thies-Lagergren et al. (2020), as posições verticais estão associadas a uma menor duração do trabalho de parto e a um menor uso de intervenções médicas, proporcionando maior conforto e uma sensação de controlo à parturiente.

Nas posições verticalizadas, a força da gravidade aumenta cerca de 10-35 mmHg de pressão sobre a apresentação fetal, os diâmetros pélvicos aumentam nestas posições diminuindo assim, a probabilidade de distócia de ombros (Satone & Tayade, 2023) e o uso de dispositivos médicos (Hemmerich et al., 2019).

Em relação à posição sentada tanto no banco ou ajustada a cama para proporcionar um ângulo superior a 45 graus, existe um risco superior de lacerações perineais graves nas múltiparas em comparação com as primíparas (Elvander et al., 2015). Esta posição ajuda no alívio das dores lombares e favorece melhor visibilidade para o profissional que assiste no parto (Huang et al., 2019; Musie et al., 2019).

No que diz respeito à posição lateral, diversos estudos associam esta posição como protetora perineal, pelo aumento da taxa de períneo íntegro (Alípio et al., 2021; Huang et al., 2023; Warmink-Perdijk et al., 2016; Zang et al., 2021). Por sua vez, outros estudos revelam que a prática de episiotomia é reduzida, mas em contrapartida há um aumento da ocorrência de lacerações perineais de 2º grau (Huang et al., 2019; Londoño

et al., 2018; Peppe et al., 2018; Simarro et al., 2017). Sucede ainda, maior conforto transmitido pelas parturientes nesta posição, contudo está associada a um aumento de hemorragia superior a 500ml (Cardoso, 2020).

A posição de quatro apoios permite à parturiente que se mova livremente facilitando a rotação interna do feto, e há uma redução na pressão externa sobre a pélvis (Torres et al., 2018). Vários estudos evidenciam *insights* importantes sobre os efeitos desta posição nos resultados perineais. Existe um menor risco de lesão do esfíncter anal externo e interno, menor prática de episiotomia, maiores taxas de integridade perineal e ocorrência de lacerações de 1º grau comparando com as posições horizontais (Johansson & Thies-Lagergren, 2015; Tunestveit et al., 2018; Zhang et al., 2017).

A posição de cócoras e de pé são consideradas posições difíceis de se manter por um longo período de tempo (Musie et al., 2019). Porém, estes posicionamentos permitem a eficácia das contrações uterinas e esforços expulsivos maternos, e ainda estão associados a um menor risco de lesão do esfíncter anal (Amaro et al., 2021; Gupta et al., 2017). Os autores Louwen et al. (2017) referem ainda que a posição de pé não favorece a observação do períneo por parte do profissional de saúde que assiste ao parto, provocando assim maior insegurança na sua assistência.

A escolha da posição materna no período expulsivo tem sido objeto de interesse em diversas investigações (Gediya et al., 2022; Huang et al., 2023), contudo a divergência nos resultados obtidos, revelam alguma inconsistência relativamente às forças e fraquezas das diversas posições que a parturiente pode adotar no período expulsivo, dificultando a consensualização de boas práticas (Freitas et al., 2024).

O processo de parto é um período crítico para as mulheres (Aktas et al., 2021). A escolha da posição, a mobilidade materna durante o TP, o medo e a ansiedade podem afetar a experiência de parto (Dunmez & Yilmaz, 2024), pelo que estes fatores devem ser considerados para contribuir para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória, promovendo a saúde e o bem-estar materno-fetal.

A OMS, define experiência positiva do parto como aquela que preenche ou excede as convicções e expectativas pessoais e culturais de uma mulher, e inclui dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com apoio contínuo e emocional da equipa envolvente (WHO, 2018, p.1), sendo para isso, primordial a sensação

de controlo e realização pessoal com o envolvimento na tomada de decisões em relação ao TP (Lothian, 2009).

Os autores Bohren et al. (2017) argumentam que a sensação de controlo durante o parto está associada a uma maior satisfação materna e à liberdade de escolha das posições a adotar durante o período expulsivo. Além disso, a redução da dor e da ansiedade, frequentemente observada em parturientes que utilizam posições verticalizadas, contribui significativamente para uma experiência de parto mais positiva (Lunda et al., 2018).

Dado que as mulheres ganham mais voz nas decisões relacionadas com o parto, procuram na equipa de enfermagem um cuidado humanizado que respeite as suas escolhas, visando uma experiência de parto positiva (Lopes & Freitas, 2021). Os EEESMO garantem uma prática de cuidados centrados na mulher grávida, sendo da sua responsabilidade proporcionar à grávida uma experiência de parto positiva, respeitando a sua opinião e decisão quanto à posição adotada no segundo estágio do TP (Aasheim et al., 2017). Para Torres et al. (2018), é importante ainda, despertar nas parturientes a ocorrência de imprevistos relacionados com complicações fetais, tendo como consequência a alternância de posição adotada pela parturiente previamente.

Por fim, a influência do resultado perineal na experiência de parto não deve ser subestimada. A ocorrência de lacerações perineais e a prática de episiotomia podem prolongar a recuperação e impactar negativamente a perceção da experiência de parto da parturiente. Para Opondo et al. (2023), um resultado perineal favorável está associado a uma melhor recuperação no pós-parto e a uma maior satisfação com a experiência de parto. Assim, as práticas baseadas em evidência científica que promovam a integridade perineal e permitam a escolha informada da posição de parto são essenciais para alcançar uma experiência de parto positiva.

1.2. Referencial Teórico de Enfermagem: *Teoria do Cuidar de Swanson*

Para nortear a prática de cuidados e o desenvolvimento de competências, selecionei a Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*, como modelo representativo da *arte de cuidar*. A Enfermagem é a arte de cuidar e uma ciência cujo âmago e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualizado, na família ou na comunidade (Silva, 2015). O

EEESMO aplica o raciocínio lógico, científico e as suas competências afetivas e reflexivas, aliando a arte de cuidar à ciência do cuidar (Costa & Gonçalves, 2021).

Para Swanson (1991, p.164) “(...) *cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis (...)*” assentando assim, no cuidar do outro por meio de uma relação de respeito, promovendo a dignidade e capacitando as parturientes/casal a tomarem decisões informadas (Swanson, 1993) acerca das posições que podem adotar no período expulsivo que favoreçam um melhor resultado a nível perineal. Esta visão sublinha que o cuidar não são apenas intervenções de enfermagem, mas sim um envolvimento profundo com o outro (Berstain-García et al., 2022).

No desenvolvimento da sua teoria, Swanson (1991) definiu quatro pressupostos de interesse: o cuidado de enfermagem, a pessoa, a saúde e o meio ambiente. Desta forma, a *enfermagem* é uma disciplina entendida dos cuidados que fomentam o bem-estar dos outros, assentando no conhecimento empírico e ético (Swanson, 1993, 1999). A *pessoa* é um indivíduo em constante evolução e cuja unicidade é manifestada por comportamentos e emoções (Oliveira et al., 2018). A experiência de vida de cada ser é influenciada por um complexo de interações, fazendo com que as pessoas sejam moldadas com base no ambiente que experienciam (Kalfoss & Owe, 2015). A *saúde* é considerada um processo complexo de cuidado, que inclui o restabelecimento do bem-estar com o estabelecimento de novos significados e reorganização do estado de saúde (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993, 1999).

Para rematar os pressupostos teóricos, Swanson afirma que o *meio ambiente* é tido como situacional, já que o contexto influencia e também é influenciado pela pessoa nos diversos domínios (Kalfoss & Owe, 2015; Swanson, 1993). Os cuidados de enfermagem devem integrar aspetos subjetivos a fim de otimizar um ambiente que promova ações terapêuticas centradas na grávida/família utilizando a escuta ativa e o acolhimento, de modo que transcenda o físico e que respeite a dimensão espiritual (Swanson, 1991, 1999). Em consonância com estes pressupostos, o processo de cuidado envolverá cinco componentes que culminam na promoção do bem-estar da pessoa cuidada: conhecer; estar com; fazer por; possibilitar e manter a crença, para alcançar o bem-estar (Swanson, 1999).

Transpondo a Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson* para o cuidar da mulher em trabalho de parto, com enfoque na promoção da adoção de posições que favoreçam o resultado perineal, contribuindo para uma experiência de parto positiva, importa, enquanto futura EEESMO: Conhecer a mulher/casal, o que implicou uma compreensão aprofundada das suas vontades, crenças, expectativas, permitindo intervenções personalizadas e adequadas às suas necessidades, promovendo assim, o seu envolvimento; Estar com quem se referiu à presença emocional e física do EEESMO ao lado da parturiente, demonstrando disponibilidade e competência para informar e promover a escolha informada da posição a adotar no período expulsivo para obter os melhores resultados a nível perineal; Fazer por que incluiu intervenções de gestão e alívio da dor presente no trabalho de parto, tendo em conta as suas necessidades; defender a dignidade, salvaguardando as intervenções estritamente necessárias; Possibilitar a adoção de posições no período expulsivo, promotoras do conforto, alívio da dor, integridade perineal, de acordo com a vontade da parturiente, o que também significou capacitar para a tomada de decisões informadas; Manter a crença que esteve relacionada com o reforço positivo, fazendo-a acreditar nas suas capacidades inatas durante o período expulsivo, no sentido de garantir o Bem-estar através da satisfação e da vivência de uma experiência de parto positiva.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem em saúde que promove processos de tomada de decisão seguros, baseados na melhor evidência científica disponível (Silva et al., 2020). Os pilares da PBE incluem a incorporação da evidência disponível mais relevante, a competência dos profissionais, as circunstâncias e preferências das pessoas sob cuidados (Gallagher-Ford et al., 2020; Pinto & Mota, 2023). Neste alinhamento destaca-se a competência geral da Parteira “*Use research to inform practice*” (ICM, 2019, p.9), que incita à integração dos resultados da evidência científica na prática clínica obstétrica, assim como ao desenvolvimento de investigações nesta área.

Ademais, faz parte das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, interpretar, organizar e disseminar “*resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem*” (OE, 2019a, p.4749), sendo o grau de mestre conferido aos que “*desenvolvam atividades de formação e de investigação baseada na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional, de nível e qualidade reconhecidos*” (Decreto de Lei nº74, 2006, p.4163).

Neste capítulo será descrito o percurso metodológico para o desenvolvimento das competências descritas e da investigação realizada. Numa primeira fase realizou-se a Revisão da Literatura, de acordo com o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para conduzir *Scoping Review* (SR) e numa segunda fase integrando os resultados obtidos anteriormente, desenvolveu-se um estudo descritivo e correlacional de abordagem quantitativa. Por último, discorrem-se as considerações éticas inerentes ao percurso percorrido.

2.1. Primeira fase: Revisão da Literatura (*Scoping Review*)

A SR foi desenvolvida segundo as recomendações do JBI e de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews – SRs* (Aromataris et al., 2024), respeitando as seguintes etapas: a) estabelecimento da questão de revisão; b) identificação de estudos relevantes; c) seleção e inclusão de estudos; d) organização dos dados; e) síntese e apresentação dos resultados; de forma a mapear a evidência científica sobre a posição da parturiente no período expulsivo e o resultado a nível perineal.

Para este tipo de revisão da literatura, utilizou-se a mnemônica População, Conceito e Contexto (PCC), para formular a questão de pesquisa (Aromataris et al., 2024) “Qual o resultado a nível perineal face à posição adotada pela parturiente no período expulsivo?”. A SR incluiu estudos cuja população são as parturientes. No que concerne ao conceito, incluíram-se estudos que abordassem a posição da parturiente no período expulsivo e os resultados produzidos a nível perineal. Relativamente ao contexto, foram abrangidos estudos que incluíssem o período expulsivo ou o segundo estágio do TP.

No que diz respeito aos critérios de inclusão, incluíram-se estudos primários (qualitativos, quantitativos ou mistos), de qualquer nível de evidência, e estudos secundários (revisões da literatura, revisões com metanálise ou metassíntese) disponíveis em texto integral, em idioma inglês, português e espanhol, publicados entre 2015 e 2024, com o intuito de obter uma evidência científica mais atualizada e diversificada. Como critérios de exclusão foram considerados estudos que não estavam disponíveis para consulta em texto integral e fora do âmbito do tema.

Conforme recomendado pelo JBI, esta pesquisa decorreu em três fases. Na primeira fase foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados, *MEDLINE Ultimate* e *CINHAL Ultimate* (via *EBSCOhost*), para identificar as palavras-chave mais utilizadas nos títulos e resumos, bem como os termos indexados utilizados na literatura. Posteriormente na segunda fase, após seleção dos termos naturais, foi necessário confirmar os termos indexados na plataforma *Medical Subject Headings*, para análise das palavras contidas no título e no resumo, com o objetivo de aprimorar os descritores e auxiliar na equação de pesquisa. Na terceira fase, com o objetivo de identificar eventuais estudos a incluir na SR, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os artigos selecionados na tentativa de identificar outros estudos passíveis de serem incluídos.

A pesquisa bibliográfica realizou-se nas bases de dados *CINAHL Ultimate* e *MEDLINE Ultimate* (via *EBSCOhost*), *PubMed* e *Biblioteca do Conhecimento Online (B-On)*. Os termos indexados utilizados na estratégia de pesquisa foram: (“*Parturition*”), (“*Labor stage, second*”), (“*Lacerations*” OR “*Episiotomy*” OR “*Perineum*”) e (“*Posture*” OR “*Patient Positioning*” OR “*Birthing Position*”). Dentro de cada termo da estratégia, os termos foram combinados com as expressões booleanas “AND” e “OR”, tal como está patente no Apêndice 1.

Esta pesquisa foi realizada em maio de 2023, identificaram-se 107 artigos, excluíram-se os duplicados, após leitura do título e resumo selecionaram-se 13 artigos

para leitura integral e incluíram-se 13 artigos na SR. Os principais resultados que emergiram revelam: que a utilização de posições verticalizadas no período expulsivo, induz uma maior taxa de integridade perineal, contudo há mais lacerações perineais de 1º e 2º graus, em comparação com as posições horizontais; nas posições de litotomia e semi-sentada há maior taxa de episiotomia e menor taxa de lacerações perineais de 1º e 2º graus; a existência de outros fatores que podem influenciar a ocorrência de lacerações, tais como o uso de técnicas para proteção perineal, as condições do períneo e a paridade. Concluiu-se que o resultado perineal é influenciado pela posição adotada pela parturiente, pelo que os profissionais de saúde devem estar munidos de técnicas e conhecimentos para facilitarem diferentes posições, em concordância com as necessidades, decisões e conforto da parturiente.

A SR intitulada de “*A Influência da Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping*” foi submetida para publicação na Revista *Newtrends Qualitativ Research* e aguarda decisão (Anexo 1).

Adicionalmente em agosto de 2024, a pesquisa foi otimizada para o presente relatório, de forma a abranger a evidência mais recente. No processo de extração de dados, obtiveram-se 17 artigos na *CINAHL Ultimate*, 20 artigos na *MEDLINE Ultimate*, 33 artigos na PubMed e 304 artigos na B-On, num total de 374 publicações (incluindo 3 artigos identificados através das referências bibliográficas). Com a leitura do título e do resumo excluíram-se 340 artigos. Após a leitura integral, obtiveram-se 17 artigos (mais 4 artigos) para integrar a revisão, conforme apresentado no Fluxograma *PRISMA* (Peters et al., 2024), apresentado no Apêndice 2, garantindo uma análise mais abrangente e atualizada da temática. Apresenta-se em forma de quadro no Apêndice 3, os novos resultados que dão resposta à questão de revisão.

Recorreu-se à análise de conteúdo para analisar os dados extraídos, emergiram 2 categorias de resultados: Posições horizontais e Posições verticais, e 8 subcategorias: posição litotomia; posição dorsal; posição semi-sentada; posição de pé; posição lateral; posição sentada; posição de quatro apoios; posição cócoras.

No que concerne aos resultados que emergiram nos estudos integrados nesta SR, foi possível identificar as diferentes posições que as parturientes adotam no período expulsivo e os resultados que produzem ao nível do períneo, tal como está expresso no Apêndice 4. Contudo revelam alguma inconsistência relativamente às forças e fraquezas

das diversas posições que a parturiente pode adotar no período expulsivo, dificultando a consensualização de boas práticas.

Os resultados obtidos na *SR* serão mobilizados para a discussão dos resultados obtidos na segunda fase desta investigação no subcapítulo 3.4.

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

A realização da *SR* permitiu uma compreensão aprofundada sobre a influência da posição materna no período expulsivo e no resultado perineal para alcançar uma experiência de parto positiva, sendo possível perspetivar a intervenção para o cuidar especializado do EEESMO.

Assim, foi desenvolvido um estudo no paradigma quantitativo, Rodrigues et al. (2021, p.165) reverberam que este “(...) é um modo específico de pesquisa que opera a respeito de um problema do âmbito humano e social”, baseia-se, num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin & Gagnon, 2016). Dentro da abordagem quantitativa o estudo foi de carácter descritivo e correlacional, tendo como objetivo geral: Descrever o contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado no períneo na experiência de parto positiva, e como objetivos específicos: Identificar a(s) posição(ões) materna(s) adotada(s) no segundo estágio do TP; Descrever o resultado perineal e as práticas promotoras da sua integridade; Conhecer a satisfação materna com a experiência de parto; Analisar o contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado perineal para a experiência de parto positiva.

O termo população em investigação define um conjunto de elementos que têm em comum determinadas particularidades (Fortin & Gagnon, 2016). A população-alvo deste estudo foram as parturientes internadas no serviço de Bloco de Partos (BP) e os EEESMO que exerçam funções em BP. A amostra foi constituída por parturientes e EEESMO de um serviço de BP. Foi utilizado o método de amostragem não probabilístico de conveniência, tendo como critérios de inclusão para a amostra das parturientes: grávidas de baixo risco com indicação para parto eutócico assistidas por EEESMO ou Médicos Obstetras. Como critérios de inclusão da amostra dos Enfermeiros definiram-se: serem Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e que exerçam funções no serviço de BP. Para determinar o tamanho das amostras utilizou-se o critério temporal

para a duração da colheita de dados de março a junho de 2024 e o teorema do limite central que afirma que quando o tamanho da amostra aumenta, a distribuição amostral da sua média aproxima-se cada vez mais de uma distribuição normal. Segundo Marôco (2018), o teorema de limite central assume que em amostras superiores a 30, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal, o que permite estabelecer uma relação entre a média de uma amostra e a média da população, assumindo como válido o pressuposto da sua representatividade.

A pergunta de investigação do estudo foi: *Qual o contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado no períneo na experiência de parto positiva?* Foram consideradas como variáveis dependentes o resultado do períneo e a satisfação materna, e como variável independente a posição materna no período expulsivo.

Assim, procedeu-se à construção de dois questionários distintos ancorados no resultados da SR, com recurso ao *Google Forms*, um dirigido às parturientes intitulado, *Experiência e Satisfação com o Parto*, e outro dirigido aos EEESMO intitulado, *Contributo da Posição Materna e do Resultado Perineal na Experiência de Parto Positiva*, ambos divulgados num serviço de BP.

No que diz respeito ao questionário *Experiência e Satisfação com o Parto* (Apêndice 5) teve como objetivos: identificar as posições maternas adotadas no período expulsivo e o resultado perineal; avaliar a satisfação materna relativamente à posição adotada e ao resultado perineal. Com três partes: a primeira parte para colher dados sociodemográficos caracterizadores da amostra; a segunda parte referiu-se aos dados obstétricos, onde as participantes responderam a 8 itens com questões fechadas relacionadas com o parto, o conhecimento das posições que podem adotar no período expulsivo e a fonte desse conhecimento, além das estratégias não farmacológicas utilizadas durante o TP, incluindo uma questão dicotómica de resposta “Sim” ou “Não” sobre a presença de analgesia epidural; a terceira e última parte continha 13 questões para avaliar a opinião e experiência de parto, utilizando a escala *Likert* de 5 pontos, que variava de Nada (1) até Totalmente (5), ou de Muito Insatisfeita (1) a Muito Satisfeita (5). Além disso, para uma melhor compreensão dos aspetos relacionados com a experiência de parto, foram incluídas 2 perguntas de resposta aberta. O questionário foi aplicado entre 1 de março e 28 junho de 2024, totalizando 30 respostas.

Relativamente ao questionário Contributo da Posição Materna e do Resultado Perineal na Experiência de Parto Positiva (Apêndice 6) teve como objetivos: identificar o conhecimento e a prática dos enfermeiros relativa à(s) posição(ões) materna(s) adotada(s) no segundo estágio do TP; descrever o resultado perineal e as práticas promotoras da sua integridade de acordo com a percepção dos enfermeiros. Este foi dividido em quatro partes: na primeira parte pretendeu-se caracterizar a amostra socioprofissionalmente; na segunda parte, avaliou-se o conhecimento sobre as diferentes posições a adotar no período expulsivo, em que os participantes responderam a 4 questões fechadas, além de 6 questões destinadas a determinar a sua opinião sobre a posição materna e o resultado perineal, utilizando a escala *Likert* de 5 pontos, variando de Nada (1) e Totalmente (5), e 3 questões abertas para identificar a posição recomendada no período expulsivo, bem como as estratégias usadas para visualização do períneo. A terceira parte regeu-se ao conhecimento dos EEESMO sobre os resultados perineais que podem ocorrer dependendo da posição da parturiente, com 10 questões avaliadas através da escala de *Likert*, de Nunca (1) a Sempre (5). A quarta parte referiu-se à percepção dos EEESMO sobre o contributo da(s) posição(ões) adotadas no período expulsivo e do resultado perineal para uma experiência de parto positiva, com 4 itens empregando a escala de *Likert*, de Nada (1) a Totalmente (5). O questionário foi aplicado no mesmo período mencionado anteriormente, obtendo-se um total de 31 respostas.

No que diz respeito à análise detalhada dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, com recurso ao *SPSS* versão 29, para analisar as variáveis em estudo. A construção da matriz dos *itens* foi realizada mantendo-se a ordenação original do questionário, de forma, a minimizar a possibilidade de erros de leitura e, ao mesmo tempo, facilitar o processo de transferência de dados. A análise dos dados qualitativos foi realizada através da análise de conteúdo, seguindo as diretrizes estabelecidas por Bardin (2016), que incluem três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Para a definição de categorias foi aplicado o método indutivo e algumas das categorias foram estabelecidas com base na *SR* realizada. As respostas obtidas foram fragmentadas em Unidades de Registo, que variaram entre frases, conceitos e palavras utilizadas pelos participantes. Através da análise de conteúdo, as parturientes descreveram os fatores facilitadores que contribuem para uma experiência de parto positiva, assomando-se 2 categorias: “Intervenção dos

profissionais de saúde” e “Acompanhamento durante o TP”; e ainda, fatores dificultadores para alcançar uma experiência de parto positiva, emergindo 4 categorias: Dor; Resultado Perineal; Posição Materna; Duração do Trabalho de Parto.

Os resultados do presente estudo serão apresentados detalhadamente e confrontados com os resultados obtidos na SR no subcapítulo 3.4.

2.3. Considerações Éticas

No Regulamento nº140/2019, é estabelecido que o enfermeiro especialista tem a obrigação de praticar a sua atividade clínica em conformidade com os princípios éticos e deontológicos, bem como as normas legais da profissão de Enfermagem. Garantir a qualidade dos cuidados prestados e, acima de tudo, respeitar e dignificar a vida, saúde e bem-estar da pessoa sob os seus cuidados são prioridades fundamentais (ICN, 2021). Durante a prestação de cuidados, foi mantida uma conduta pautada pelos princípios éticos e deontológicos presentes no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, com o objetivo de proteger e preservar a vida, os direitos e a dignidade humana (OE, 2005).

Para o desenvolvimento do estudo de investigação, procedeu-se à construção de dois questionários como instrumentos de colheita de dados, através do *Google Forms*. Numa parte inicial, apresentava-se uma breve nota introdutória sobre a temática e os objetivos do estudo e garantida a confidencialidade da informação transmitida (Östman et al., 2019), e após a introdução, era disponibilizado o consentimento informado livre e esclarecido (Morvati & Hilli, 2023), em que o participante declarava ter lido e compreendido a finalidade do questionário e consentia a utilização dos dados fornecidos para fins pedagógicos e/ou de investigação. Os dados colhidos foram analisados de forma a manter o anonimato dos participantes, cingindo-se à codificação, sendo os resultados analisados e apresentados de forma agregada e não individualizada (Nunes, 2020).

Para implementação dos instrumentos de colheita de dados, foi realizado um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital onde se aplicou o estudo, tendo sido deferido (*Parecer nº 83/2023*), disponível no Anexo 2.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo, descreve-se o percurso formativo e profissional que culmina na aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais, para cuidar a mulher e família. Deste modo, este capítulo está organizado em seis subcapítulos em que se apresenta a análise crítica e reflexiva sobre as atividades que potenciaram o desenvolvimento das seguintes competências: *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcepcional, período pré-natal, durante o trabalho de parto, na adoção de posições no período expulsivo que favoreçam o melhor resultado perineal e promovam uma experiência de parto positiva, no período pós-natal, durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica* (OE, 2019b). A reflexão e a problematização das práticas levaram à procura da evidência científica mais atualizada, constituindo-se como fonte de discussão nos diversos contextos clínicos, sendo que o presente RE evidencia essa abordagem.

Além disso, foram explorados os desafios enfrentados durante o caminho percorrido, bem como as estratégias adotadas para superá-los. A ênfase será dada à importância da aprendizagem contínua e ao desenvolvimento profissional, destacando a aquisição de competências específicas, uma contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher durante o ciclo de vida vital.

O desenvolvimento das competências específicas pressupõem a junção do elemento teórico apoiado na PBE com o elemento prático que se vai desenvolvendo nos diferentes contextos de Ensino Clínico (EC), de forma, a aumentar e valorizar as experiências e conhecimentos adquiridos. Indo ao encontro desta ideia, Esteves et al. (2018) referem que os ensinamentos clínicos são cruciais na aprendizagem, uma vez que propiciam a articulação de conhecimentos e de atitudes que fomentam o desenvolvimento do pensamento crítico na análise e na resolução de problemas, imprescindíveis para um desempenho eficaz e autónomo.

Todo o percurso formativo alicerçou-se na prática reflexiva suportada na evidência científica, bem como na Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*, sendo estas competências

essenciais para a obtenção do grau de Mestre e de EEESMO. A síntese do registo de atividades desenvolvidas ao longo do RE é apresentada no Anexo 3.

3.1. Formação de suporte ao desenvolvimento das competências e disseminação da temática em estudo

Atribui-se o grau de Mestre aos que demonstrem " (...) *ser capazes de comunicar as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios que as fundamentam, de forma clara e sem ambiguidades, tanto a especialistas quanto a não especialistas*" (Decreto de Lei nº74, 2006, p.4162). O Enfermeiro Especialista revela-se "*dinamizador e gestor na incorporação de novos conhecimentos na prática dos cuidados, visando ganhos em saúde para os cidadãos*" (OE, 2019a, p.4749).

Participar em sessões de formação e congressos durante o Mestrado foi essencial para uma atualização contínua de conhecimentos e para o desenvolvimento de competências. Ademais, foram fundamentais para aprofundar a reflexão crítica sobre as práticas de cuidados, assim como para a disseminação do conhecimento adquirido ao longo deste processo formativo, aspetos estes, essenciais para uma prática clínica avançada.

Conforme referido, logo no início do projeto de investigação foi realizada uma SR, onde se elaborou um póster que foi apresentado nas XVI Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Vila Nova de Famalicão, denominado "*A Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping*" (Anexo 4). Surgiu igualmente a oportunidade de integrar o Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) como investigadora, participando como coautora da comunicação oral, intitulada "*A Influência da Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping*" no 3º Congresso Ibérico-Americano de Investigação Qualitativa (Anexo 5). O resumo desta comunicação foi publicado no livro de atas do Congresso (Freitas et al., 2024). Foi elaborado um artigo com os resultados da SR, submetido na Revista *Newtrends Qualitativ Research* e que aguarda parecer.

Durante este percurso, foi possível marcar presença no XXIV Encontro Nacional VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, onde as temáticas passaram pelo "Modelo Assistencial Liderado por EEESMO/Parteira", participando como coautora do póster "*Mamoplastia e o (in)sucesso da amamentação*"

distinguido com 3º Prémio (Anexo 6) e nos Seminários “*Care4Birth*” e “*Construindo uma Experiência de Parto Positiva*”, disponíveis nos Anexos 7 e 8. Os Seminários “*Gerir a dor no trabalho de parto para uma experiência positiva*” e “*Promoção de Experiências Positivas na Gravidez*” foram também oportunidades de participação no âmbito académico, reunindo diversos palestrantes da área da Saúde Materna e Obstétrica (SMO) e contribuindo para a apropriação dos temas e de novos conhecimentos.

A divulgação do tema “*Experiência de Parto Positiva: Contributo da Posição Materna e do Resultado Perineal*” nos diversos contextos clínicos tornou-se imprescindível para garantir uma melhoria contínua da qualidade (OE, 2019a), mobilizando conhecimentos sobre a temática e assim, agir consoante a PBE mais recente na prestação de cuidados especializados.

Existem diversos estudos que objetivam determinar os benefícios e os riscos das posições verticais comparativamente às posições horizontais. Por esse motivo, no EC de Cuidados de Saúde Primários (CSP), partilhei os resultados da SR com os profissionais de saúde e ainda, foi possível planejar e dinamizar uma sessão com os casais a frequentar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) de forma a informar sobre o contributo da posição materna no período expulsivo e o resultado perineal para uma experiência de parto positiva, promovendo a autonomia e autocontrolo da parturiente na escolha da posição durante o período expulsivo. O momento foi aproveitado para aplicar e implementar estratégias de comunicação e motivação, capazes de gerar sentimentos de confiança e autocontrolo. O planeamento, implementação e avaliação da sessão encontram-se disponíveis no Apêndice 7.

No contexto de Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal foi elaborado um póster “*Liberdade De Movimentos e Posições Verticais No Primeiro Estádio Do Trabalho De Parto: Uma Experiência De Parto Positiva*” sobre as diversas vantagens na adoção destas posições e ainda, a explicação de exercícios a adotar nesta fase, apresentado no Apêndice 8. Foi possível também, a divulgação dos resultados da SR aos profissionais de saúde do serviço de Medicina Materno-Fetal (MMF), refletindo sobre a importância da liberdade de movimentos no primeiro estágio do TP. O planeamento, implementação e avaliação da sessão encontra-se no Apêndice 9.

Durante o EC no BP, além de ter divulgado, incentivado e orientado as parturientes sobre a adoção de posições no período expulsivo de forma segura e eficaz, promovendo

assim, um melhor resultado a nível perineal e conseqüentemente, uma experiência de parto positiva; Planeei e desenvolvi duas sessões de formação com a Equipa de Enfermagem do BP para refletir sobre o cuidar do EEESMO na promoção da adoção de posições maternas que contribuam para melhores resultados ao nível perineal, bem como para divulgar os resultados da SR e angariar a amostra para o presente estudo de investigação. O planeamento, implementação e avaliação da sessão encontra-se no Apêndice 10.

Ainda no EC do Puerpério, para colmatar as necessidades apresentadas pela chefia responsável, foi desenvolvido um póster intitulado "Cuidar do períneo: Após alta", complementado com diversas sessões de Educação para a Saúde, com o objetivo de informar sobre os cuidados a ter no períneo após trauma perineal decorrente do parto, bem como para esclarecer dúvidas que as puérperas/casal pudessem ter em relação a este tema. O planeamento e o póster informativo estão disponíveis no Apêndice 11.

3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e pré-natal

Ao longo do RE tive oportunidade de desenvolver esta competência nos contextos de CSP, MMF, BP, através das atividades em que participei na Triagem do Serviço Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do BP, nas consultas de Planeamento Familiar (PF), na consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), nas consultas de vigilância pré-natal e nos CPPP.

É da competência do EEESMO implementar programas de intervenção e educar para a saúde no âmbito do PF, de forma a "(...) *promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade*" (OE, 2019b, p.13561).

Nas consultas de PF, inicialmente era realizada a anamnese dos antecedentes pessoais, familiares, obstétricos, ginecológicos e cirúrgicos, hábitos nocivos à saúde, culminando na avaliação física, como a avaliação dos sinais vitais, peso, altura e o Índice de Massa Corporal. Não obstante, procurei efetuar sempre educação para a saúde (EpS) à utente sobre alimentação e estilos de vida saudáveis, ciclo menstrual e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Informei ainda, sobre os métodos contraceptivos e *promovi a decisão esclarecida* na escolha do método adequado à situação de saúde e expectativas da mulher, através do aconselhamento contraceptivo (Rios et al., 2023).

O princípio básico do aconselhamento contraceptivo baseia-se no estabelecimento de uma relação empática e de confiança, que permite à mulher tranquilidade para expressar todas as suas dúvidas, bem como, a escuta ativa, vital para facilitar a adesão e continuidade na utilização do método contraceptivo (Claringbold et al., 2019; Palma et al., 2021). Na mesma linha de pensamento, realizei EpS sobre a correta utilização do método escolhido, a sua eficácia, possíveis efeitos secundários, retorno do ciclo menstrual tal como o retorno da fertilidade após suspensão do método (Cunha et al., 2022).

Os autores Browne et al. (2022) referem que existem diversos métodos contraceptivos disponíveis que se adequam às necessidades e estilos de vida das mulheres. No âmbito do PF, consultei uma utente de 47 anos com história de elevação dos valores tensionais associada a períodos de cefaleias intensas, cujo método contraceptivo era o anticoncepcional oral combinada. Face à situação, foi realizada EpS sobre os riscos associados à utilização da pílula combinada considerando os seus antecedentes pessoais e queixas. Após aconselhamento contraceptivo, a utente optou por uma pílula progestativa, tomando, assim, uma *decisão esclarecida e informada* (OE, 2019b).

Ainda no âmbito da consulta de PF e Saúde Reprodutiva, realizei de forma autónoma a colocação de métodos contraceptivos, particularmente 4 implantes subcutâneos e 1 dispositivo intrauterino, *referenciando situações que estavam para além da minha área de atuação* (OE, 2019b). Efetuei inclusive, a observação ginecológica externa e ao espéculo, com o intuito de *informar, orientar, prevenir e diagnosticar complicações para a saúde ginecológica e sexual da mulher* (OE, 2019b, p.13564). Assim sendo, estando com a mulher, demonstrando competência e disponibilidade, fazendo por ela, o melhor no sentido da defesa da sua dignidade e na promoção de um ambiente seguro e de conforto, *informando de todos os passos do procedimento*, salvaguardando o seu consentimento (Swanson, 1993, 1999). Refletindo sobre a importância do aconselhamento contraceptivo, emerge o mérito do cuidado especializado do EEESMO baseado no conhecimento diferenciado para a sua intervenção no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

A qualidade do aconselhamento depende da qualificação do profissional e deve ser centrado nas necessidades das mulheres (Palma et al., 2021) e nos objetivos do casal, para garantir a sua eficácia. Quando ocorre falha neste aconselhamento, pode ocorrer uma gravidez não planeada/desejada, levando por vezes, à decisão de interromper a gravidez. Sendo também, competência do EEESMO, *“diagnosticar precocemente e prevenir*

complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.” (OE, 2019b, p.13562).

De forma a colmatar as necessidades identificadas e aumentar a literacia em saúde no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, foi elaborado um folheto informativo intitulado, “Saúde Sexual e Reprodutiva/Planeamento Familiar: Consulta de Enfermagem”, disponibilizado no Apêndice 12.

No que concerne à consulta de gravidez não desejada (GND), tive oportunidade de colaborar em 10 consultas, onde o EEESMO é autónomo na grande maioria das intervenções que desenvolve, existindo protocolos que definem a articulação e âmbito de intervenção da equipa médica por forma a garantir as prescrições terapêuticas e requisições analíticas. Na primeira consulta era fornecida toda a informação decorrente do processo de IVG, bem como, a realização de ecografia ginecológica para confirmação da idade gestacional (IG); o segundo momento, consistia na realização da IVG, através do procedimento medicamentoso após um período mínimo de três dias de reflexão, conforme a Lei nº16/2007; no terceiro momento, era realizada a consulta de *follow-up*, num período máximo de 15 dias, de forma a confirmar o sucesso da IVG. Por fim, programa-se a consulta de PF após IVG, para a mulher *obter informação e orientação sobre a sexualidade e contraceção no período pós-aborto* (OE, 2019b, p.13562).

Enquanto futura EEESMO, é essencial deter competências que permitam capacitar a mulher na tomada de decisões informadas sobre a sua escolha, minimizando o impacto psicológico e físico associado (Presado et al., 2018). A decisão de interromper uma gravidez envolve um conjunto complexo de variáveis, como a falta de apoio familiar ou do progenitor, rendimentos baixos e relacionamentos instáveis e abusivos (Rehnström et al., 2018). Nas consultas em que participei, observei que estas variáveis estavam frequentemente presentes, sendo que as principais justificações apontadas pelas mulheres para a IVG também incluíam o uso incorreto ou a não adesão aos métodos contraceptivos. Adicionalmente, a falha dos métodos contraceptivos é igualmente uma razão amplamente mencionada na literatura (Palma & Presado, 2019).

Sempre que a utente/casal manifestava a intenção de engravidar a curto prazo, programava uma consulta preconcecional com ambos. Nesta consulta, identificava fatores de risco como “hábitos de vida, condições de saúde preexistentes, antecedentes obstétricos e à ocorrência de doenças específicas da gravidez (...) e os riscos sociais,

emocionais e psicológicos” (DGS, 2023, p.10), monitorizando o potencial de risco preconcepcional, *referenciando as situações que estavam para além da área de atuação* (OE, 2019b). Nestas situações, informava e orientava sobre a importância da avaliação analítica a realizar previamente à gravidez, atualização do plano de vacinação e o início de suplementação com ácido fólico para prevenção de defeito do tubo neural e outras anomalias congénitas (Ramôa et al., 2018).

Em situações que a gravidez não se verificava após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares sem recurso a métodos contraceptivos (Carson & Kallen, 2021), proporcionava apoio emocional e sugeria à mulher/casal o encaminhamento para a Consulta de Apoio à Fertilidade (CAF) do hospital da área de residência. Caso aceitassem, a admissão para CAF fazia-se sem limite de idade da mulher e referência através do médico de família.

É também, competência do EEESMO cuida(r) a mulher durante o período pré-natal, promovendo a sua saúde, diagnosticando e monitorizando a gravidez, facilitando assim, a sua adaptação e prevenindo complicações neste período (OE, 2019b). Para Fryer et al. (2023), o período pré-natal é a fase de adaptação física e psicológica para a parentalidade e nascimento. Posto isto, o EEESMO deve assegurar a vigilância da gravidez, de forma a diminuir os desconfortos associados e transmitir as alterações decorrentes da gravidez (Machado & Graça, 2017), e ainda deve, *identificar, monitorizar e avaliar desvios à normalidade, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação* (OE, 2019b).

Na consulta de vigilância de gravidez de baixo risco, onde os cuidados eram concebidos e implementados pelo EEESMO, tendo como foco, as necessidades e expectativas da grávida, conhecia a grávida/casal e promovia a sua autonomia, incentivando práticas que facilitassem uma vivência mais saudável e positiva da gravidez (Swanson, 1991). Procedia à verificação da informação do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e registava as informações relevantes que colhia no âmbito da consulta, por forma a garantir a continuidade dos cuidados. Realizei a colheita da história detalhada dos antecedentes pessoais e familiares, bem como na identificação precoce de fatores de risco modificáveis. Através da EpS, abordei temas adequados à IG e necessidades específicas de cada grávida. Além disso, procedi ao exame físico e obstétrico, incluindo a avaliação do peso e progressão ponderal, sinais vitais, avaliava a altura uterina, manobras

de *Leopold* para a identificação da estática fetal, identificava a percepção dos movimentos fetais e auscultava os batimentos cardíacos fetais com recurso do *Doppler*. Também avaliei os resultados dos exames auxiliares de diagnóstico e *referenciava situações que estavam, para além da minha área de atuação* (OE, 2019b).

O EEESMO *"assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco"* (OE, 2019b, p.13561), no entanto, o risco é dinâmico ao longo da gravidez, pelo que este, deve ser reavaliado em todas as consultas através da Tabela de *Goodwin* Modificada e em qualquer altura a grávida deve ser referenciada de acordo com o seu grau de risco para o hospital da área de residência (Lima et al., 2023). Durante o processo de gravidez, por vezes, podem ocorrer desvios da normalidade, o que requer uma intervenção especializada, por parte do EEESMO, na monitorização e vigilância da gravidez, com foco na promoção da saúde e prevenção de complicações. Em sensivelmente 10% das gestações podem ocorrer complicações, tornando-se assim gravidezes de alto risco (Alves et al., 2021; Caldas et al., 2013). A gravidez de alto risco entende-se como *"aquela em que a saúde da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez."* (Lowdermilk & Perry, 2008, p.682).

Face ao supracitado, é da competência do EEESMO, *"(...) cuidar da mulher durante o seu período pré-natal, procurando potenciar a sua saúde, detetando e tratando atempadamente possíveis complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal."* (OE, 2019b, p.13562). Nesta visão, o EEESMO apresenta competências específicas, identificando situações de risco materno-fetal, cuja a deteção precoce pode prevenir e/ou diminuir a morbimortalidade materna e fetal (Alves et al., 2021).

Durante o contexto de Internamento de MMF, pude prestar cuidados a grávidas que necessitavam de cuidados especializados, devido às suas patologias: Rotura Prematura de Membranas, Diabetes Gestacional (DG), Ameaça de Parto Pré-Termo, Restrição do Crescimento Fetal (RCF), Pré-Eclâmpsia (PE) e em situação de Interrupção Médica da Gravidez.

Do ponto de vista teórico, *Swanson* indigita o ser humano como a essência do interesse para o cuidado de enfermagem (Swanson, 1991). O foco deste cuidado não deve ser a medicalização ou a doença materno-fetal, mas sim a compreensão das necessidades do ser humano, incluindo o corpo, alma e espírito (Kalfoss & Owe, 2015; Swanson, 1999). Neste sentido, o EEESMO, deve reconhecer as necessidades das grávidas de alto risco,

direcionando o seu cuidado para além das questões biológicas e incluir as questões emocionais, sociais e espirituais (Lima et al., 2019; Swanson, 1993).

Neste contexto clínico potencieei o desenvolvimento de competências relacionadas com intervenções autónomas do EEESMO, tais como: realização das manobras de *Leopold*, auscultação de batimentos cardíofetais, a monitorização cardiotocográfica, a vigilância de sinais vitais, a observação e identificação de sinais e sintomas que remetem para patologias ou agravamento do estado clínico da grávida, realização de sessões de EpS e a disponibilidade para prestar apoio emocional.

A DG foi uma das patologias mais recorrentes no EC. Acredita-se que cerca de 14% das mulheres grávidas em todo o mundo tenham este diagnóstico (Wang et al., 2022), definindo-se *“como uma intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, que é diagnosticada ou reconhecida, pela primeira vez, durante a gravidez”* (Almeida et al., 2017, p.2). Relato uma situação de cuidados que se destacou particularmente pela relação de proximidade e confiança com a grávida internada na MMF. Tratava-se de uma utente asiática com diagnóstico de DG controlada com dieta, internada às 35 semanas para vigilância do bem-estar materno-fetal. O perfil glicémico realizado no domicílio demonstrava uma tendência para a hiperglicémia com necessidade de internamento para controlo do mesmo. Apesar das diferenças linguísticas, foi possível conhecer os hábitos alimentares característicos da sua cultura e identificar algumas necessidades de mudança, nomeadamente, a restrição de hidratos de carbono presentes em excesso na sua dieta. Através da EpS, foi possível capacitar a grávida para compreensão da importância de um regime dietético equilibrado (Swanson, 1991). Para este fim, em colaboração com a equipa multidisciplinar, e de acordo com as preferências da grávida, personalizou-se a dieta, resultando no alcance dos objetivos glicémicos propostos e na *orientação sobre estilos de vida saudáveis na gravidez* (OE, 2019b).

A PE, incluída nas patologias hipertensivas da gravidez, foi a complicação mais recorrente na MMF. Esta diz respeito ao aparecimento súbito de hipertensão arterial (HTA) após as 20 semanas de gestação associada a outros sinais e/ou sintomas, como escotomas, epigastrias, trombocitopenia, oligúria, oligoâmnios e cefaleias (ACOG, 2020; Carrión-Nessi et al., 2022), com ou sem critérios de gravidade (Chang et al., 2023). Neste contexto, a minha atuação centrou-se no desenvolvimento de intervenções autónomas, nomeadamente: monitorização de sinais vitais, em particular a tensão

arterial e vigilância de sinais e sintomas de alarme como alterações da diurese (diminuição), aparecimento de alterações visuais (escotomas ou visão turva), cefaleias ou epigastralgias. Neste sentido, faço referência a uma situação de cuidados com que me deparei. Uma grávida de 34 semanas e 5 dias, de nacionalidade Ucraniana, com hipertensão crônica medicada e com suspeita de PE por alterações analíticas. Associado ao diagnóstico, no momento da admissão, foi detetada uma RCF. O cumprimento do esquema terapêutico esteve condicionado pelos sentimentos de receio e preocupação que a grávida mantinha sobre os efeitos que a medicação anti-hipertensora pudesse causar ao feto. No decorrer de duas semanas de internamento, a relação terapêutica estabelecida, permitiu que a grávida ultrapassasse os seus medos e confiasse na equipa multidisciplinar. Apesar disso, a toma regular da terapêutica iniciou-se tardiamente, despoletando um quadro de epigastralgias, escotomas e cefaleias associados a um aumento da tensão arterial, exigindo uma intervenção e referenciação rápida. Perante o agravamento do estado clínico, colaborei com a equipa multidisciplinar no tratamento da mulher, assegurando a transferência para o BP para realização de cesariana urgente. Apesar da urgência da situação clínica e do não domínio da língua ucraniana, assegurei que a grávida tinha plena consciência da sua condição de doença e das intervenções que lhe eram propostas. A capacitação através da informação e do esclarecimento, contribuiu para a diminuição da ansiedade experienciada pela grávida e aceitação do estado de saúde, favorecendo uma vivência positiva do período pós-natal (Swanson, 1999).

A hospitalização prolongada, o repouso recomendado e a realização de procedimentos invasivos são fatores que geram um impacto significativo a nível emocional e psicológico (Spehar et al., 2018). Por isso, estava disponível para oferecer apoio emocional e, juntamente com as grávidas, procurava desenvolver estratégias para minimizar os efeitos negativos do internamento e do diagnóstico materno-fetal. Ao identificar sentimentos de tristeza, procurava compreender os fatores que afetavam o estado emocional e recomendava o encaminhamento para avaliação psicológica dado que o EEESMO *planeia intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez* (OE, 2019b, p.13562).

A perda gestacional é uma das experiências mais traumáticas para o casal/família, levando a grandes mudanças na vida familiar (Hennessy & O'Donoghue, 2024). No contexto de MMF, presenciei uma situação marcante de uma grávida em processo de

interrupção médica da gravidez. Tratava-se de uma mulher de 41 anos de 23 semanas de IG, tendo o feto sido diagnosticado com Síndrome de Patau (Trissomia 13). Nesta situação, foi realizado o acolhimento ao serviço e transmitidas informações acerca do procedimento tanto à mulher como ao acompanhante, *cooperando com a equipa médica na monitorização do processo de aborto* (OE, 2019b, p.13562). Neste período de grande vulnerabilidade vivenciada pelo casal, providenciou-se apoio psicológico, demonstrou-se disponibilidade na partilha de sentimentos, de modo a proporcionar empatia e autenticidade (Ávila et al., 2020; Martínez-Serrano et al., 2018; Robinson & Robinson, 2022) e ainda, implementou-se estratégias na gestão do luto, de forma a lidar com o sofrimento e a dor que advêm da situação de cada casal. Neste contexto, e com base no referencial teórico de *Swanson*, os cuidados de enfermagem devem integrar aspetos subjetivos, visando otimizar um ambiente que promova intervenções terapêuticas centradas na grávida e na família, através da escuta ativa e do acolhimento. Esta abordagem deve transcender o cuidado físico, respeitando também a dimensão espiritual da utente (Swanson, 1999).

É também competência do EEESMO *concebe(r), planeia(r), coordena(r), supervisiona(r), implementa(r) e avalia(r) programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável* (OE, 2019b, p.13562). De acordo com a Recomendação N° 2/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2012), os CPPP têm como objetivo promover um modelo de cuidados de enfermagem especializados pelo EEESMO, centrado na mulher/casal. Estes cursos visam capacitar e empoderar as grávidas e acompanhantes, melhorando os resultados da gravidez, do parto e da transição para a parentalidade, sendo recomendado a todas as grávidas/casais (DGS, 2015; OE, 2016). Neste sentido, no contexto de CSP, tive oportunidade de assistir e participar em sessões presenciais e *online* dos CPPP, capacitando as grávidas e casais para o parto, desenvolvimento de competências parentais e para a tomada de decisão.

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

Ao longo do ER tive oportunidade de desenvolver competências a nível da prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes

estádios do TP. Estas competências foram desenvolvidas nos contextos de BP, SUOG e MMF de uma Unidade Hospitalar.

No acolhimento da grávida, desenvolvia de forma autónoma uma anamnese completa, conferindo a informação no BSG e os exames complementares realizados durante a gestação. Esta interação inicial era muito importante, pois permitia conhecer a mulher de forma abrangente e individualizada, explorando as suas crenças e, especialmente, as suas expectativas em relação ao TP (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1999). Assim, podia-se garantir que as decisões fossem tomadas de forma livre e informada, promovendo a autonomia da grávida em consonância com o seu plano de parto, sendo esta abordagem integrada na intervenção do EEESMO *“atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”* (OE, 2019b, p.13563). O plano de parto é um documento escrito elaborado pela mulher/casal em que se encontram expressos os seus desejos, preferências e expectativas relativamente ao TP, parto e pós-parto (Medeiros et al., 2019; Suárez-Cortés et al., 2015). Portanto, durante o EC foi considerada uma ferramenta estratégica na promoção do *empowerment* da mulher e na sua participação ativa durante o TP, o que contribuiu para melhorar a satisfação materna com a experiência de parto.

Tanto no contexto da MMF como no BP, tive oportunidade de prestar cuidados a grávidas em processo de Indução do Trabalho de Parto (ITP), por gravidez cronologicamente prolongada (igual ou superior a 41 semanas consoante protocolo de atuação da instituição hospitalar) e situações de patologia materno-fetal. A ITP caracteriza-se por um processo iatrogénico que estimula artificialmente as contrações uterinas, provocando alterações do colo uterino (Tsakiridis et al., 2020).

A grávida, na ausência de TP, o colo uterino geralmente permanece fechado, posterior e rígido. A terapêutica deve ser ajustada conforme o tipo de colo e antecedentes obstétricos (Coates et al., 2020; Tsakiridis et al., 2020). No primeiro estágio do TP, a dor vai surgindo com o início das contrações uterinas, dilatação cervical e distensão do segmento inferior do útero (Nori et al., 2023; Smith et al., 2018).

A dor do TP é subjetiva e individualizada para cada mulher, relacionando-se com fatores físicos, sociais, culturais e psicológicos, sendo diante disso multidimensional (Smith et al., 2018). O EEESMO deve *apoiar a mulher e fornecer informações sobre as estratégias adequadas para lidar com a dor* (ICM, 2019), pelo que demonstrava

disponibilidade e empatia com as grávidas, por forma a encontrar estratégias farmacológicas e não farmacológicas de acordo com as necessidades das mesmas, recursos disponíveis e considerando o bem-estar materno-fetal (Swanson, 1991).

As estratégias não farmacológicas como, a musicoterapia, dançaterapia, aromoterapia, cromoterapia, uso da bola de *Pilates* e a aplicação de técnicas respiratórias, propiciam uma maior autonomia da mulher na gestão e manutenção da dor (Mira et al., 2021), com isto, as grávidas em ITP eram incentivadas e informadas da existência da sala de experiências positivas, disponível no serviço e motivadas para a sua utilização. Para além das estratégias mencionadas, incentivava o uso do duche de água quente na área em que sentiam maior desconforto, sendo uma técnica eficaz segundo o *feedback* das grávidas. A hidroterapia promove a vasodilatação periférica e relaxamento muscular, redistribuição do fluxo sanguíneo, aumento do conforto e diminuição da ansiedade (Ergin et al., 2024).

À medida que o TP avança, ocorre uma extensão e intensificação da dor até à região infraumbilical, lombar e sagrada (Hu et al., 2021). Nessa fase a parturiente era transferida para o BP para continuidade do TP e utilização de estratégias farmacológicas, como, terapêutica endovenosa, inalatória e/ou analgesia loco-regional, *cooperando assim com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor* (OE, 2019b, p.13563).

Ao longo dos estágios no BP e MMF tive oportunidade de desenvolver competências no cuidar a mulher/casal nos diversos estádios do TP, tendo acompanhado 75 parturientes no primeiro estágio do TP, em que *concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos* (OE, 2019b, p.13563) e *promovia um TP fisiológico* (ICM, 2019).

Na assistência ao parto eutócico foi assegurada a privacidade da mulher/casal e atendidas as necessidades e preferências da mulher (Swanson, 1999), fomentando uma experiência de parto positiva. No decurso do EC, fortaleci a minha confiança, autonomia e juízo clínico, focando-me no acompanhamento e condução do TP e no desenvolvimento de relações terapêuticas alicerçadas na confiança e empatia com a grávida, casal e família.

Tive oportunidade de prestar cuidados especializados a 43 parturientes no segundo estágio do TP, a fim de, *"conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto"* (OE, 2019b,

p.19563), garantindo assim, uma prática baseada em evidências, suporte emocional e estabelecimento de uma relação terapêutica com a parturiente/casal/família. Promovi a adoção de posições facilitadoras para a expulsão do feto, com o objetivo de reduzir o trauma perineal, adotando medidas como a técnica de *hands on e off*, o uso de compressas quentes e restrição da manipulação perineal (Aasheim et al., 2017).

Após a expulsão do RN, verificava a presença de circulares, se fossem circulares largas, desfazia-as, e em casos de circulares apertadas, realizava a manobra de *Somersault*, aplicando as *técnicas adequadas ao parto* (OE, 2019b, p.13563). Após a expulsão completa do RN, promovia o contacto pele a pele com a mãe e respeitava a clampagem tardia do cordão umbilical (Wise, 2023), avaliava o Índice de Apgar e despistava malformações externas aparentes, *identificando e referenciando alterações morfológicas e funcionais fora da minha área de atuação* (OE, 2019b, p.13563).

O terceiro estágio correspondente à dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Hersh et al., 2024), respeitei a dequitação natural, observando os sinais de descolamento da placenta, apoiando a exteriorização da mesma. Após a sua expulsão, procedia a uma avaliação rigorosa das membranas, implantação e características do cordão. Dos 43 partos assistidos, registaram-se duas situações atípicas: numa, as membranas apresentavam-se fragmentadas e, com precisão, foram extraídas, contudo, foi pedido apoio à equipa médica para efetivação de ecografia. Na outra, houve retenção placentar, sendo necessária extração manual, dado que o EEESMO deve *conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente em caso de retenção da placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina* (OE, 2019b, p.13563), com posterior, colaboração médica.

Além disso, avaliava a integridade do canal de parto, procedendo à reparação de lesões perineais. Dos 43 partos assistidos, identifiquei 65,1% (N=28) Lacerações de 1º grau (das quais 23% (N=10) sem necessidade de suturar), 20,9% (N=9) Períneos Íntegros, 11,6% (N=5) de Lacerações de 2º grau, o que me permitiu desenvolver as competências necessárias à reparação do períneo, garantindo a funcionalidade dos tecidos, prevenido infeções, respeitando a estética e assegurando que o procedimento era indolor. Detetei ainda, 2,3% (N=1) Laceração de 3º grau, tendo sido encaminhada para a equipa médica, *referenciando situações para além da área de atuação* (OE, 2019b, p.13563). Após a dequitação, verificava o globo de segurança de *Pinard*, monitorização de perdas

hemáticas e, conforme protocolo de atuação, administrava 20 Unidades de Ocitocina endovenosa para prevenir a atonia uterina e hemorragia pós-parto (Coelho et al., 2021).

Ao longo deste estágio, também participei ativamente e *cooperei com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto* (OE, 2019b, p.13563), tendo assistido a partos distócicos por ventosa (5) e cesariana (10).

Prestei cuidados imediatos a 58 RN, assegurando a colocação e confirmação da pulseira de identificação, avaliação do peso e administração da Vitamina K. Realizei ainda, a observação física do RN e o seu comportamento em relação ao meio envolvente. A adaptação à mama foi incentivada na 1ª hora de vida, de acordo com o estado materno/estado do RN e/ou a decisão materna, avaliando a pega, mamada, reflexos do RN e a ligação díade/tríade (Noble et al., 2023), *promovendo a vinculação e intervenções de apoio ao aleitamento materno* (OE, 2019b, p.13563), de forma, *a otimizar a saúde do RN na sua adaptação à vida extrauterina* (OE, 2019b, p.13562).

A transição da vida intrauterina para a extrauterina, não se resume apenas ao momento do parto. Este processo exige do RN uma adaptação complexa, envolvendo mudanças fundamentais tanto no seu ambiente externo como interno (Paulo & Silva, 2021), que nem sempre é bem sucedida, sendo importante, *possibilitar/capacitar* os pais para o processo de cuidar, traduzindo-se assim, na apropriação de ferramentas que contribuem para a sua autorregulação e autonomia (Kalfoss & Owe, 2015; Swanson, 1993, 1999). Porém ocorreram 14 situações em que os RN necessitaram de cuidados especiais e foram transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. Durante o contexto, aplicou-se o Modelo de Atenção Integrativa Neonatal que inclui sete medidas neuroprotetoras: (1) ambiente, (2) parceria com as famílias, (3) posição e manuseio/manipulações, (4) salvaguarda do sono, (5) minimização do stress e da dor, (6) proteção da pele e (7) otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013).

De forma a auxiliar no processo de adaptação materna à nova realidade, enriquecendo na confiança dos pais, favorecendo na criação de vínculos e contribuindo para o desenvolvimento psíquico e cognitivo, acredita-se que o Método Canguru possa ser um recurso útil no internamento do RN pré-termo (Abreu et al., 2020). Vários autores sustentam que os principais benefícios deste método consistem na estabilidade térmica, no estímulo ao aleitamento materno, na promoção da vinculação familiar e na promoção do desenvolvimento precoce (Abreu et al., 2020; Zirpoli et al., 2019).

É também, uma intervenção do EEESMO, "*identifica(r) e monitoriza(r) o estado de saúde do RN*" (OE, 2019b, p.13563). Durante o EC, tive oportunidade de conceber e prestar cuidados de enfermagem a RN pré-termo (alguns em ventilação mecânica não invasiva), colaborar na avaliação e registo do peso e medidas antropométricas (perímetro cefálico e comprimento), na observação física do RN e na preparação para a alta. A capacitação parental está associada ao processo de "possibilitar/capacitar" o cuidado, traduzindo-se na aquisição de competências por parte dos pais, nas quais promovem a sua autorregulação e autonomia (Kalfoss & Owe, 2015; Swanson, 1993, 1999) na prestação de cuidados ao RN necessidades especiais.

3.4. Cuida a mulher na adoção de posições no período expulsivo que favoreçam o melhor resultado perineal e promovam uma experiência de parto positiva

Com vista a desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais aborda-se a importância do cuidado especializado na orientação e apoio às parturientes durante o período expulsivo, com ênfase na adoção de posições que favoreçam tanto a integridade perineal como uma experiência de parto positiva. Este subcapítulo inicia-se com a caracterização da amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados empregando como estrutura norteadora os objetivos do estudo de investigação, bem como as categorias/subcategorias que emergiram na SR e da análise de conteúdo. Os relatórios de análise dos dados encontram-se disponíveis nos Apêndices 13 e 14. Posteriormente apresenta-se a discussão dos resultados e por fim, destacarei as principais conclusões, as limitações do estudo e as implicações para a prática.

3.4.1. Apresentação dos Resultados

3.4.1.1. Caracterização da amostra das parturientes

A amostra parturientes integrou 30 participantes. A maioria em termos de idade situava-se entre os 25-35 (N=16; F= 53,3%) e entre os 19-24 anos (N= 8; F= 26,7%), apenas 2 participantes (6,7%) tinham idade inferior a 18 anos, 1 tinha idade superior a 41 anos (3,3%) e 3 tinham idade compreendida entre 36 e 40 anos (10%). Relativamente às habilitações académicas 6,7% (N=2) tinham o ensino básico, 50% (N=15) o ensino secundário, 40% (N=12) licenciatura e 3,3% (N=1) mestrado. Quanto à nacionalidade

66,7% (N=20) eram portuguesas, 33,3% (N=10) apresentavam outra nacionalidade (6 do Brasil, 1 de S. Tomé, 1 da Guiné, 1 de Angola, 1 de Cabo Verde).

No que diz respeito ao número de filhos que as participantes têm, 40% (N=12) têm 1 filho, 40% (N=12) 2 filhos, 16,7% (N=5) têm 3 filhos e 1 participante tem 4 filhos (3,3%). A Média de filhos foi de 1,83, sendo o Desvio Padrão de 0,834. Todas as participantes 100% (N=30) tiveram parto eutócico. Quanto à duração da gravidez 10% (N=3) das participantes tiveram gravidez pré-termo, 60% (N=18) gravidez de termo entre 38 e <40 semanas e 30% (N=9) gravidez de termo \geq 40- 42 semanas. O peso dos RN variou entre 2,5 kg e mais de 4Kg, registando-se 5 RN com peso até 3kg (16,7%), 23 RN até 4 kg (76,7%) e apenas 2 RN com peso superior a 4 kg (6,6%).

Quanto ao profissional de saúde que assistiu ao parto 83,3% (N=25) das participantes foram assistidas por um EEESMO e 16,7% (N=5) por um Médico Obstetra.

3.4.1.2. Caracterização da amostra dos enfermeiros

A amostra integrou 31 EEESMO, com a maioria dos participantes na faixa etária de 41-50 (N=14; F=45,1%) e 31-40 (N=9; F=29%). Apenas 12,9% (N=4) tinham entre 51-60, 6,5% (N=2) tinham mais de 61 anos e 6,5% (N=2) estavam na faixa dos 26-30 anos. Constatou-se que 100% (n=31) dos participantes eram do género feminino. Quanto à formação académica, 58% (N=18) eram Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 42% (N=13) tinham Mestrado na mesma área.

Entre os participantes, a maior parte tinha uma experiência profissional significativa, em que 35,5% (N=11) detinham mais de 23 anos de experiência. Cerca de 22,6% (N=7) tinham entre 19-22 anos de experiência, enquanto 32,2% (N=10) tinham entre 9-18 anos. Apenas 3,2% (N=1) tinham entre 4-8 anos de experiência, e 6,5% (N=2) tinham menos de 3 anos. Em relação à experiência como EEESMO, 32,2% (N=10) tinham até 5 anos, 19,4% (N=6) entre 6-10 anos, 19,4% (N=6) entre 11-15 anos, e 29% (N=9) tinham mais de 16 anos nessa função.

3.4.1.3. Caracterização da Gestão da dor e melhoria do conforto no parto

Para gerir a dor e melhorar o conforto no parto, foram várias as estratégias utilizadas pelas participantes que podem ser classificadas em dois grandes grupos: Farmacológicas e Não Farmacológicas. Assim, no que diz respeito ao recurso a estratégias

Farmacológicas nomeadamente à analgesia epidural, 90% das parturientes (N=27) no período expulsivo controlaram a dor e desconforto com esta técnica. Quanto à utilização de estratégias Não Farmacológicas 83,3% (N=25) das participantes utilizaram estas estratégias e foram várias as mobilizadas: Bola de Pilates ou de Amendoim (F=73,3%; N=22); Panos Suspensos (F=23,3%; N=7); Dança (F=13,3%; N=4); Yoga (F=3,3%; N=1); Música (F=30%; N=9) e Outras (F=43,3%; N=13).

Apesar das estratégias adotadas e numa escala de 1 a 10 em que 1 espelha ausência de dor e 10 a maior dor imaginável, as participantes manifestam um score médio de dor elevado (M=6,23; DP=2,161). Para os EEESMO, no que diz respeito à diminuição da dor 61,3% (N=19) consideraram que este contributo é mais evidente nas PV, sendo que 90,3% (N=28) não o identificam nas PH.

3.4.1.4. Posição materna adotada no segundo estágio do TP

Foram várias as posições adotadas pelas parturientes no período expulsivo, predominando a posição de Semi-sentada (F=50%; N=15), Lateral (F=40%; N=12) e de Quatro-apoios (F=30%; N=9).

No mesmo alinhamento, os EEESMOs recomendam muito frequentemente as posições selecionadas pelas parturientes: Lateral (93,5%; N=29), Quatro-Apoios (83,9%; N=26), Semi sentada (74,2%; N=23) e Cócoras (71%; N=22).

Para avaliar a dificuldade na adoção da(s) posição(ões) e o conforto proporcionado utilizou-se uma escala de 5 pontos (1= Nada, 2= Pouco, 3=Nem muito nem pouco, 4=Muito e 5=Totalmente). As participantes consideraram que sentiram Pouca dificuldade (M=1,87; DP=1,074) na adoção da posição para o período expulsivo e sentiram-se Muito confortáveis (M=4,13; DP=1,074) com a posição que escolheram. Também, os EEESMO consideraram que ambas as posições, tanto verticais (F=83,9%; N=26) quanto horizontais (F=80,6%; N=25), estão associadas a um aumento do conforto para a parturiente, não oferecendo dificuldade na manutenção da posição durante o período expulsivo (PV: F=67,7%, N=21; PH: F=83,9%, N=26). Porém, identificam uma dificuldade acrescida associada à PV (F=32,3%; N=10), em comparação com a PH (F=16,1%; N=5).

Verificou-se que, na adoção das diferentes posições no período expulsivo, apenas 33,3% (N=10) resultaram de iniciativa própria das participantes, sendo frequentemente

(63,3%) sugeridas pelo técnico de saúde que assiste ao parto (EESMO: N=15; F=50%; Médico: N=4; F=13,3%) e somente 3,3% (N=1) foram sugeridas pelo acompanhante.

Utilizando a mesma escala de avaliação avaliou-se o respeito do profissional de saúde que assistiu ao parto pelas escolhas/opções relativamente às posições adotadas no período expulsivo, constatando-se que as participantes sentiram-se Totalmente respeitadas (M=4,83; DP=0,531) nas suas escolhas, Totalmente incentivadas e informadas para adotarem tanto PV (M=4,67; DP=0,711) como PH (M=4,30; DP=1,119). Em consonância, observou-se que os profissionais incentivam plenamente as parturientes (M=4,74; DP=0,514), respeitando e assegurando integralmente a escolha da posição (M=4,74; DP=0,445).

Foi avaliada ainda, a influência da posição adotada pela parturiente no resultado do períneo. Verificou-se que os EEESMO consideraram que a posição escolhida influencia o resultado perineal (M=3,84; DP=0,898).

3.4.1.5. Resultado perineal e práticas promotoras da sua integridade

Quanto à lesão perineal ocorrida no período expulsivo, a maioria das parturientes (66,7%; N=20) tiveram lesão no períneo. Porém 33,3% (N=10) não tiveram lesão perineal (períneo íntegro). Nas mulheres que tiveram lesão perineal, cerca de 50% (N=15) foi classificada como Laceração de 1º grau, 10% (N=3) Laceração de 2º grau, 3,3% (N=1) Laceração de 3º grau e 3,3% (N=1) foi decorrente de uma Episiotomia.

Para avaliar a percepção dos EEESMO sobre a ocorrência de lacerações perineais e a prática de episiotomia nos partos que assistem, foi utilizada uma escala de 5 pontos (1=Nunca, 2=Raramente, 3=Às vezes, 4=Muito frequente, 5=Sempre). Observou-se que os participantes raramente realizam episiotomias na PV (M=1,19; DP=0,402). No entanto, ocorrem lacerações de 1º grau com alguma frequência (M=3,23; DP=0,560), sendo que lacerações de 2º grau (M=2,97; DP=0,657), lacerações de 3º grau (M=1,84; DP=0,779) e 4º grau (M=1,45; DP=0,768) acontecem com menor frequência na adoção de PV. No que diz respeito à adoção de PH pelas parturientes, verificou-se que a prática de episiotomia acontece com pouca frequência (M=1,55; DP=0,850), tal como, a ocorrência de lacerações perineais de 3º grau (M=2,42; DP=0,992) e 4º grau (M=2,16; DP=1,098). Todavia, as lacerações perineais de 1º grau (M=3,00; DP=0,730) e 2º grau (M=3,13; DP=0,619) acontecem com alguma regularidade.

Para melhorar o resultado perineal, os EEESMO utilizam diversas estratégias de proteção perineal. A aplicação de compressas de água quente foi a estratégia mais frequentemente utilizada (F=61,3%; N=19). As menos utilizadas incluíram: *Hands on* e Manobra de *Ritgen* (F=48,4%; N=15), *Hands off* (F=45,2%; N=14), massagem perineal intraparto (F=32,3%; N=10) e outras estratégias (F=32,3%; N=10).

3.4.1.6. Satisfação materna com a experiência de parto

Para avaliar a satisfação materna com a experiência de parto, utilizou-se uma escala de 5 pontos (1=Muito Insatisfeita; 2=Insatisfeita; 3= Nem Insatisfeita nem Satisfeita; 4=Satisfeita e 5=Muito Satisfeita). As participantes manifestaram elevado nível de satisfação (Muito satisfeitas) com a experiência de parto (M= 4,57; DP=0,568) e com as posições adotadas no período expulsivo (M= 4,73; DP=0,583). Quanto à satisfação com o resultado perineal obtido, ficaram satisfeitas (M= 4,30; DP=0,915).

3.4.1.7. Contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado perineal na experiência de parto positiva

As participantes descreveram os fatores facilitadores para alcançarem uma experiência de parto positiva. Na análise emergiram 2 categorias: "Intervenção dos profissionais de saúde" e "Acompanhamento durante o Trabalho de Parto". No que diz respeito à "Intervenção dos profissionais de saúde", algumas das expressões utilizadas pelas participantes foram, P3 "A ajuda das enfermeiras no momento do parto"; P10 "Os profissionais de saúde eram muito empáticos"; P21 "Parto respeitado"; P30 "Os profissionais seguirem o meu plano de parto". Na categoria "Acompanhamento durante o Trabalho de Parto", as participantes revelaram que a família, P20 "(...) e ter o meu companheiro comigo o tempo todo" e os profissionais de saúde P27 "O acompanhamento da enfermeira (...)"; P29 "(...) e o apoio dos médicos e enfermeiras", foram fulcrais para a vivência de uma experiência de parto positiva. As categorias identificadas demonstram que as participantes valorizam, principalmente, o apoio emocional e físico dos profissionais de saúde e dos acompanhantes, além de uma gestão eficaz da dor, P11 "ter epidural, senão não aguentava a dor". As instalações hospitalares também foi um fator a ter em conta para uma participante, P8 "(...) instalações do serviço", bem como, a possibilidade da liberdade de

movimentos durante o parto, P16 *"Poder andar pelos corredores e não estar só na cama"*, também contribuem para uma experiência positiva.

Para identificar os fatores dificultadores para alcançar uma experiência de parto positiva, através da análise de conteúdo emergiram 4 categorias: "Dor"; "Resultado Perineal"; "Posição Materna" e "Duração do Trabalho de Parto". A categoria "Dor", foi um fator percebido pelas participantes como dificultador, P6 *"A dor não ajudou"*; P16 *"A dor que sempre senti"*. Relativamente à categoria "Resultado Perineal" emergiram expressões como, P2 *"A laceração"*; P10 *"Não queria ter sido cortada, mas o meu bebé parecia não estar bem, por isso teve que ser"*; P14 *"Ter sido suturada"*. Na categoria "Posição Materna" a expressão utilizada foi percebida por uma participante, P29 *"A escolha da posição podia ter sido outra, mas a posição era a melhor para ouvir os batimentos do bebé"*. No que concerne à categoria "Duração do Trabalho de Parto", destacam-se algumas expressões como, P11 *"a duração do trabalho de parto, tive a noite toda em trabalho, mas só tive dilatação completa de manhã"*; P12 *"Demorou muito tempo a dilatar"*. Atendendo às categorias que emergiram da análise das respostas das parturientes é possível concluir que, fatores como a intensidade da dor, a perda da integridade perineal e o tempo prolongado em TP influenciam menos positivamente a experiência de parto.

Os resultados obtidos da análise de conteúdo, encontram-se no Apêndice 15.

Para avaliar a percepção das parturientes relativamente ao contributo da posição adotada no período expulsivo e do resultado perineal obtido para uma experiência de parto positiva, utilizou-se uma escala de 5 pontos (1=Nada, 2=Pouco, 3=Nem muito nem pouco, 4=Muito e 5=Totalmente).

As participantes consideraram que a Posição que escolheram: Contribuiu Muito para terem uma experiência de parto positiva (M=4,47; DP=0,819) e que Influenciou Muito positivamente a experiência de parto (M=4,23; DP=1,135). Em relação à percepção dos EEESMOs relativamente ao contributo da posição materna, empregou-se a escala de 5 pontos (1=Nada, 2=Pouco, 3=Nem muito nem pouco, 4=Muito e 5=Totalmente). Os participantes indicaram que a posição materna influencia muito a vivência da parturiente para uma experiência de parto positiva (M=4,77; DP=0,425). Observou-se uma diferença no contributo de ambas as posições, sendo o contributo da PV (M=4,65; DP=0,486) mais

evidente para vivência de uma experiência de parto positiva, relativamente à PH (M=3,52; DP=0,926).

Em relação ao Resultado Perineal consideraram que: Condicionou Pouco a sua experiência de parto (M=1,50; DP=0,820); não sendo relevante a sua influência (M=3,00; DP=1,682).

Considerando que quanto maior a satisfação manifestada pelas participantes, maior a positividade da sua experiência de parto, desenvolveu-se um estudo correlacional com a finalidade de avaliar a associação/correlação entre as variáveis: Satisfação com a experiência de parto, Satisfação com a posição adotada no parto/nascimento, Satisfação com o resultado a nível do períneo e o Contributo da(s) posição(ões) para uma experiência de parto positiva (variáveis ordinais), utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* por não se poder garantir os pressupostos da realização do teste de hipóteses com o coeficiente de correlação *Pearson* (ambas as populações de onde foram retiradas as amostras não têm distribuição normal pois o teste de *Shapiro-Wilk* revelou ($p < 0,00$) sugerindo violação da suposição de normalidade da distribuição dos *scores* e que a relação entre as variáveis nem sempre é de forma linear (Marôco, 2021). As hipóteses de investigação (HI) a testar foram:

- ❖ HI1: Existe uma relação entre Satisfação com a experiência de parto e a Satisfação com a(s) posição(ões) adotada(s) no período expulsivo?

Não se verificou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre Satisfação com a experiência de parto e a Satisfação com a posição adotada no período expulsivo ($R_s=0,267$; $p=0,153$), pelo que se rejeita esta hipótese.

- ❖ HI2: Existe uma relação entre Satisfação com a experiência de parto e a Satisfação com o resultado a nível do períneo?

Constatou-se que existe uma relação estatisticamente significativa e positiva ($R_s=0,437$; $p=0,016$), entre a Satisfação com a experiência de parto e a Satisfação com o resultado a nível do períneo, sendo a intensidade desta associação considerada moderada (Marôco, 2021). Neste sentido, pode inferir-se que quanto mais satisfeitas as mulheres estiverem com o resultado perineal maior é a satisfação com a experiência de parto.

- ❖ HI3: Existe uma relação entre a Satisfação com a(s) posição(ões) adotada(s) no período expulsivo e a Satisfação com o resultado a nível do períneo?

Observou-se uma relação estatisticamente muito significativa e positiva ($R_s=0,568$; $p=0,001$), entre a Satisfação com a(s) posição(ões) adotada(s) no período expulsivo e a Satisfação com o resultado a nível do períneo. A intensidade desta associação é considerada forte (Marôco, 2021). Assim, pode inferir-se que quanto mais satisfeitas as mulheres estiverem com o resultado perineal, maior é a sua satisfação com a(s) posição(ões) adotada(s).

- ❖ HI4: Existe uma relação entre a Satisfação com o resultado a nível do períneo e o Contributo da(s) posição(ões)?

Verificou-se uma relação estatisticamente muito significativa e positiva ($R_s=0,645$; $p<0,001$), entre o Contributo da(s) posição(ões) e a Satisfação com o resultado a nível do períneo. A intensidade desta associação foi considerada forte (Marôco, 2021). Este resultado permite inferir que a(s) posição(ões) adotada(s) são um importante contributo para a Satisfação com o resultado perineal.

- ❖ HI5: Existe uma relação entre Satisfação com a experiência de parto e o Contributo da(s) posição(ões)?

A relação entre a Satisfação com a experiência de parto e o Contributo da(s) posição(ões) é estatisticamente muito significativa e positiva ($R_s=0,467$; $p=0,009$), sendo a sua intensidade considerada moderada (Marôco, 2021). Esta associação revela que a(s) posição(ões) adotada(s) são um importante contributo para a Satisfação com a experiência de parto.

- ❖ HI6: Existe dependência entre a(s) posição(ões) adotada(s) no período expulsivo e a ocorrência de lesão perineal?

Por a(s) posição(ões) adotada(s) no período expulsivo serem variáveis nominais/categoriais, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Qui-quadrado de Pearson*. O resultado obtido nos diversos testes efetuados, revelam que a ocorrência de lesão perineal não depende da(s) posição(ões) adotada(s) no período expulsivo.

3.4.2. Discussão dos Resultados

A dor durante o período expulsivo é frequentemente citada como uma das principais preocupações das parturientes. Neste estudo, a dor esteve presente no período expulsivo em 90% (N=27) das parturientes, sendo controlada com recurso a analgesia epidural, ainda assim, o score médio de dor foi elevado (M=6,23). São diversos os estudos (Deliktas et al., 2018; Diorgu et al., 2016; Smith et al. 2018) que apontam no sentido, de que, a intensidade e a percepção da dor, podem impactar significativamente a experiência de parto. Porém no presente estudo este fator parece não ter sido especialmente relevante pois as participantes manifestaram elevado nível de satisfação com a experiência de parto (M=4,57), apesar de terem sentido dor relevante no período expulsivo.

A relação entre as posições maternas adotadas durante o período expulsivo e o resultado perineal tem sido amplamente debatida na literatura. Diversos autores sublinham a importância do suporte especializado e a orientação adequada no segundo estágio do TP, fatores estes, que contribuem para uma experiência de parto positiva e para a preservação da integridade perineal (Gediya et al., 2022; Huang et al., 2024; Martín-Vázquez et al., 2024; Modi et al., 2023; Zang et al., 2023). Neste estudo foi possível observar que todas as participantes (100%) estiveram acompanhadas pela sua pessoa significativa, 83,3% (N=25) das participantes foram assistidas/receberam suporte por um EEESMO no parto e 16,7% (N=5) por um Médico Obstetra.

A empatia e o respeito demonstrados pelos profissionais de saúde são cruciais para a experiência de parto. Segundo o estudo de Hildingsson et al. (2019), a presença de profissionais de saúde empáticos e respeitosos está associada a menores níveis de ansiedade e dor durante o parto, resultando num aumento da satisfação materna. No presente estudo as participantes sentiram-se totalmente respeitadas (M=4,83) nas suas escolhas, totalmente incentivadas e informadas para adotarem tanto PV (M=4,67) como PH (M=4,30), o que poderá ter favorecido a elevada satisfação (M= 4,57) com a experiência de parto. Estes achados reforçam o argumento, de que a liberdade de movimentos e a autonomia na escolha da posição durante o parto são fatores-chave para a promoção de uma experiência de parto mais positiva (Huang et al., 2024; Modi et al., 2023), sendo a sensação de controlo um dos fatores que mais contribui para uma experiência de parto positiva. Neste sentido, Downe et al. (2018) argumentam que as mulheres que se sentem

no controle do seu TP e que têm a possibilidade de fazer escolhas informadas sobre as intervenções médicas e as posições durante o parto, tendem a relatar maiores níveis de satisfação. Além disso, a presença de uma equipa de apoio que respeite os desejos da parturiente e que ofereça suporte contínuo, pode reduzir a ansiedade e aumentar a confiança da mulher no processo de parto. Adicionalmente, os princípios da humanização do parto, preconizam que a mulher deve ter um papel ativo e autónomo no seu processo de parto, sendo fundamental que os profissionais de saúde respeitem e apoiem as escolhas das parturientes, proporcionando um ambiente de seguro e acolhedor (Buffon & Martins, 2023; Opondo et al., 2023). Os resultados do estudo desenvolvido corroboram estas recomendações, ao evidenciar que o respeito pelas preferências das mulheres, especialmente no que se refere às posições adotadas no período expulsivo, contribuíram significativamente para uma experiência de parto mais satisfatória.

A integridade perineal também se constitui como um fator importante que pode impactar na satisfação da mulher com a experiência de parto. A ocorrência de lesões perineais são frequentemente mencionadas como experiências traumatizantes, associadas a desconforto e dor. Neste sentido, o presente estudo evidenciou uma relação estatisticamente significativa e positiva ($R_s=0,437$; $p=0,016$), entre a Satisfação com a experiência de parto e a Satisfação com o resultado a nível do períneo, sendo possível inferir-se que quanto mais satisfeitas as mulheres estiverem com o resultado perineal maior é a satisfação com a experiência de parto. Os autores Diorgu et al. (2016) no seu estudo, concluíram que um número significativo de mulheres relatou insatisfação com a experiência de parto quando enfrentam complicações associadas ao resultado perineal.

Um estudo asiático conduzido com parturientes, demonstrou que a utilização de posições verticalizadas geram um maior cansaço e maior dificuldade na sua manutenção por longos períodos (Diorgu et al., 2016). Porém, conforme evidenciado nos resultados deste estudo, a maioria das parturientes adotou diversas posições durante o período expulsivo, e por isso não sentiram dificuldade e cansaço na manutenção da posição devido à sua alternância frequente. Este achado é relevante, pois a adoção de múltiplas posições no período expulsivo evidencia uma abordagem diversificada e individualizada na assistência ao parto, fundamentada na otimização do conforto materno e na promoção de um processo de parto mais fisiológico, com base nas características anatómicas e funcionais de cada parturiente (Buffon & Martins, 2023; Kurnaz et al., 2022;

Zang et al., 2023). A evidência mais recente reforça a recomendação de posições que promovam a liberdade de movimentos, uma vez que pode reduzir a percepção de dor e aumentar o conforto, alcançando uma experiência de parto positiva (Grundström et al., 2024; Tabaghdehi et al., 2020; Huang et al., 2024).

Adicionalmente, verificou-se que as posições mais adotadas pelas parturientes foram as posições verticalizadas. A escolha do posicionamento materno durante o período expulsivo, está amplamente alinhada com as recomendações dos EEESMO, que promovem o uso das posições verticais. Esta concordância reflete a evidência científica que sustenta a utilização dessas posições no período expulsivo, uma vez que são diversos os estudos que concluem que estas posições facilitam a descida fetal e estão associadas a uma menor necessidade de intervenções médicas, como a episiotomia (Deliktas & Kukul, 2018; Gediya et al., 2022; Huang et al., 2023; Londoño et al., 2018; Simarro et al., 2017; Zang et al., 2020, 2021). Outros estudos sugerem que as posições verticais, favorecem uma menor compressão do períneo, contribuindo para a diminuição da taxa de lacerações graves (Kibuka et al., 2021; Kurnaz et al., 2022; Pervin et al., 2018). Em oposição, todavia com menor frequência, as posições horizontais, também foram selecionadas pelas parturientes no período expulsivo, sendo ainda frequentemente recomendadas por alguns profissionais de saúde em diversas instituições hospitalares, estando associadas a um maior risco de lesão perineal. Esta relação foi sublinhada nos estudos Elvander et al. (2015), Lins et al. (2019) e Vasco & Poveda, (2015), que destacam que o uso dessas posições diminui a eficácia das contrações uterinas, havendo um aumento da duração do segundo estágio do TP e conseqüentemente, um maior trauma perineal. No estudo desenvolvido não se evidenciou uma relação estatisticamente significativa entre as posições adotadas no período expulsivo e a ocorrência de lesões perineais. Este resultado parece contradizer a literatura existente, especialmente os estudos que defendem o uso de posições verticais para preservar a integridade do períneo (Deliktas & Kukul, 2018; Elvander et al., 2015; Gediya et al., 2022; Huang et al., 2024).

Existem diversos fatores que podem explicar esta discrepância, como, a utilização adicional de técnicas para proteção perineal, as condições do períneo, a paridade das mulheres e a prática de episiotomia (Rocha et al., 2020). Em concreto, neste estudo, os enfermeiros enfatizaram a relevância da adoção de práticas que promovam a integridade

perineal durante o parto, tendo identificado como prática habitual a aplicação de compressas de água quente (61,3%; N=19). Este método destacou-se não apenas pela sua frequência de utilização, mas também pela sua validação na literatura, que evidencia a sua eficácia na prevenção de lacerações perineais (Aasheim et al., 2017; Gimovsky & Berghella, 2022). Neste sentido, salienta-se que a integridade perineal está fortemente associada à percepção do sucesso no parto (Gupta et al., 2017), sendo este um dos resultados evidenciados por este estudo, destacando-se a importância do recurso a práticas que minimizem o trauma perineal, não apenas do ponto de vista físico, mas também emocional.

3.4.3. Principais Conclusões, limitações do estudo e implicações para a prática

Neste estudo as parturientes utilizaram posições verticais e horizontais, o que robustece a importância de uma abordagem individualizada, em que a escolha da posição é orientada pelo conforto da mulher, pelo TP e pela condição clínica materno-fetal. Durante o período expulsivo observou-se a adoção de múltiplas posições. Esta prática poderá justificar o aumento do conforto sentido pelas parturientes, que também não referiram dificuldade na manutenção da posição. Este achado é relevante, com implicações para a prática, pois a alternância da posição poderá ser uma alternativa para moderar/melhorar o desconforto associado a posições verticalizadas mencionado noutros estudos.

Estudos anteriores explicitam a eficácia das posições verticais na redução de lesões perineais, porém os resultados obtidos neste estudo não corroboram esta evidência, sugerindo que a relação entre as posições no período expulsivo e a integridade perineal pode ser mais complexa do que previamente assumido, exigindo uma análise mais aprofundada de outros fatores intervenientes. Assomou-se o contributo das posições adotadas no período expulsivo para obtenção da satisfação com o resultado perineal, contudo não se identificaram as posições mais relevantes para alcançar este resultado.

O presente estudo oferece contributos importantes, mas, tal como sublinhado em diversos estudos realizados anteriormente, o cuidado individualizado, a comunicação eficaz e o respeito pelas escolhas da mulher são elementos cruciais para garantir uma experiência de parto positiva e segura para todas as envolvidas (Afulani et al., 2020).

Por fim, é premente reconhecer a relevância dos EEESMOs na transformação do modelo de assistência ao parto. Esta mudança de paradigma reflete-se num compromisso com práticas que valorizam a autonomia da parturiente, promovendo um ambiente seguro e centrado nas necessidades individuais de cada mulher/casal.

Como limitações ao estudo considero o método de amostragem não probabilístico de conveniência, dado que a mesma apresenta condicionantes a nível de representatividade, limitando a generalização de resultados e viés na seleção da amostra (Fortin & Gagnon, 2016). O tempo limitado para o desenvolvimento da investigação foi determinante para o tamanho das amostras, sendo passível dos resultados não serem tão precisos e representativos. Outra limitação do estudo prende-se com a sua natureza predominantemente quantitativa, que, apesar de fornecer dados objetivos e mensuráveis, pode não captar plenamente a complexidade e a subjetividade inerentes aos fenómenos estudados.

Todavia, apesar das limitações mencionadas, os objetivos propostos para o estudo foram plenamente alcançados. Considera-se que esta investigação oferece contributos significativos e válidos para o *cuidar* da mulher em TP, enriquecendo o conhecimento sobre as práticas e intervenções que visam melhorar a experiência de parto, enfatizando a adoção de posições no período expulsivo que promovam a integridade perineal e contribuam para uma experiência de parto positiva.

3.5. Cuida a mulher/recém-nascido inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O período pós-natal, também designado como puerpério, caracteriza-se como o período de recuperação física e psicológica da mulher que começa imediatamente após o nascimento do(s) RN(s) e prolonga-se até às 6 semanas pós-natal (Adams et al., 2023), sendo também descrito como uma fase crítica na adaptação e recuperação da mulher e do RN (Costa & Azevedo, 2021).

No âmbito do seu exercício profissional, o EEESMO cuida não apenas da mulher inserida na família e comunidade, promovendo a sua saúde durante o pós-parto, mas também do RN, facilitando a sua adaptação e a transição para a parentalidade. Durante o EC, nos diferentes contextos de BP, internamento de Puerpério e CSP, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 122 puérperas e 111 RN(s).

O puerpério imediato, que corresponde ao quarto estágio do TP, é o período caracterizado pelo risco aumentado de ocorrência de hemorragia e complicações (Clarke-Deelder et al., 2023), motivo pelo qual a puérpera permanecia cerca de duas horas sob vigilância no recobro até à sua transferência para o internamento. Proporcionei cuidados especializados a 58 puérperas no puerpério imediato, promovendo a sua saúde e bem-estar, informando, orientando e apoiando para o seu autocuidado, prevenindo complicações através da monitorização dos sinais vitais, avaliando o seu estado geral, mamas e mamilos, globo de segurança de *Pinard*, características e quantidade dos lóquios e características do períneo/sutura perineal, presença de globo vesical e vigilância de eliminação urinária, *referenciando as situações que estão para além da área de atuação* (OE, 2019b).

É também, competência do EEESMO, *“diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido”* (OE, 2019b, p.13563). A hemorragia pós-parto, principal causa de morbimortalidade materna (Carvalhas et al., 2018), é definida como a perda de sangue superior a 500 ml no parto por via vaginal (Carvalho et al., 2016). Neste alinhamento reporto uma situação que experienciei com uma puérpera, com laceração de 1º grau não suturada, e no puerpério imediato, verificou-se um aumento das perdas hemáticas, provavelmente devido a atonia uterina, evidenciada pela dificuldade na palpação do globo de segurança de *Pinard* (Tanaka et al., 2017). Imediatamente, administrei terapêutica segundo protocolo (5 Unidades de Ocitocina e 1g de Ácido Tranexâmico), realizei massagem uterina e *cooperei com a equipa multidisciplinar no tratamento da parturiente com complicação do parto* (OE, 2019b, p.13563).

No pós-parto, o *“fazer por”* constitui-se como uma importante intervenção enquanto suporte, informação e educação, capacitando para a tomada de decisão e para o reforço e desenvolvimento das suas competências parentais (Berstain-García et al., 2022; Swanson, 1999). Nesse contexto, desenvolvi competências no âmbito da EpS, orientando a puérpera/casal/família sobre: o regresso a casa; a integração do RN na família; alimentação, higiene, cuidados com a pele e coto umbilical; sono; vigilância da saúde puerperal e RN; segurança e prevenção de acidentes (Adams et al., 2023).

Embora os cuidados em ambiente hospitalar sejam geralmente limitados às primeiras 48 ou 72 horas após o parto (dependendo do tipo de parto), durante a prática

percebi que o acompanhamento no puerpério não deve restringir-se a esse período de internamento. É essencial estabelecer e aplicar um plano de cuidados para esta fase, avaliá-lo adequadamente e garantir a sua continuidade após a alta hospitalar. No internamento de Puerpério, pude participar no Projeto Piloto – Preparação para a Alta da Puérpera de Baixo Risco, sendo conferido ao EEESMO autonomia na planificação e preparação do regresso a casa, assente num conjunto de critérios clínicos: Gravidez atual de baixo risco, vigiada e unifetal; Idade superior ou igual a 18 anos; Sem patologia prévia ou induzida pela gravidez; Parto eutócico e Puerpério de evolução normal, sem intercorrências; Situações específicas que possam constituir uma exceção e que após discussão com equipa médica se decidam incluídas. Aproveitei todos os momentos para conhecer a puérpera, a sua situação social e habitacional, e validava questões relacionadas com os autocuidados do RN. Propiciava assim, um ambiente de confiança e privacidade, respeitando e mantendo a crença nas suas escolhas e decisões (Swanson, 1993), dado que o EEESMO *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto”* (OE, 2019b, p.13563).

Na prática clínica em CSP, tive oportunidade de realizar consultas de revisão do parto. Nestas era realizada uma anamnese referente à história da gravidez e parto, avaliava os sinais vitais, peso, observava a perineorrafia ou sutura da cesariana, as mamas e mamilos, caso a mulher estivesse a amamentar, fomentava o diálogo aberto, encorajando a expressão de dificuldades, dúvidas e receios. Assim, é fundamental aprimorar o acompanhamento da mulher no período pós-natal, com foco nos cuidados e suporte direcionados às suas necessidades individuais e da díade, com a finalidade de *conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto* (OE, 2019b, p.13563).

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

O cuidado especializado à mulher que vivencia processos de saúde e doença ginecológica, com o objetivo de promover a sua saúde, foi implementado nos contextos de CSP, na unidade de Internamento de ginecologia, nas consultas de especialidade da área de ginecologia e no SUOG. De forma a adquirir competências nesta área, tive oportunidade de prestar cuidados pré e pós-cirúrgicos a mulheres submetidas a cirurgia

ginecológica e oncoginecológica, tendo incidido os meus cuidados na mulher com patologia da mama, patologia mais prevalente naquele serviço.

A necessidade de hospitalização e/ou intervenção cirúrgica potencia a ansiedade que pode interferir no curso do seu tratamento e na sua recuperação (Oliveira et al., 2022). O EEESMO tem um contributo substancial na identificação de como a mulher/família avalia a situação e de que recursos dispõe para confrontá-la, estabelecendo com ela uma *parceria de cuidados envolvendo a família no processo de cuidados* (OE, 2019b). Para Swanson (1993, 1999), os profissionais de saúde devem oferecer suporte emocional, empoderarem as mulheres para vivenciarem os processos de doença e sentirem-se confiantes na capacidade de recuperação. Neste sentido, tendo em conta as crenças, valores e desejos das utentes, procurei apoiá-las a compreender e a lidar com processo patológico que estavam a vivenciar, *orientando e informando sobre a saúde ginecológica*, de forma que pudessem adquirir um sentimento de domínio sobre a sua situação.

A incidência das doenças oncológicas têm vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, sendo o cancro da mama, o tipo de cancro com maior prevalência no mundo, registando cerca de 2,26 milhões de casos em 2020 (Lima et al., 2021; Sung et al., 2021). O cancro da mama é uma neoplasia maligna com origem em células anormais da mama, com capacidade de disseminação e metastização (Waks & Winer, 2019). A intervenção individualizada dos EEESMO na prestação de cuidados a estas mulheres, demonstram benefícios a nível do bem-estar físico, psicológico e social das mesmas (Naz et al., 2018). As diferentes opções de tratamento incluem a terapia hormonal, quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e cirurgia (Silva et al., 2019).

No âmbito da cirurgia ginecológica e mamária, as complicações pós-operatórias "(...) abrangem uma ampla gama de desfechos, desde infeções e hemorragias até disfunções orgânicas e emocionais" (Caldeira et al., 2023, p.1283). Durante o EC foi crucial elaborar um plano de cuidados individualizado para cada mulher, de forma, a intervir na prevenção de complicações, na EpS e na preparação para a alta. Sempre que identifiquei complicações *referenciava as mulheres/casais para outros profissionais de saúde* (OE, 2019b).

A repercussão destas intervenções cirúrgicas, na autoimagem, na feminilidade, no estado emocional e na fertilidade (Gois et al., 2023), foi algo que estive particularmente

atenta. O estabelecimento de uma relação terapêutica com as utentes, é fundamental para atenuar a ansiedade que advêm da remoção destes órgãos, como útero, ovários, mama, e outros, importantes para a feminilidade (Tristão et al., 2017).

É de salientar a instabilidade emocional e psicológica, decorrida de alterações físicas relacionadas com a doença e com o tratamento cirúrgico (Nunes et al., 2023; Reis et al., 2021; Schneider et al., 2020). Neste sentido, para além da vigilância hemodinâmica necessária no pós-cirurgia no sentido de prevenir complicações, encorajei a mulher a expressar sentimentos e preocupações, proporcionando momentos de diálogo, de distração e apoio. Assim, valorizou-se também, estratégias não farmacológicas, como, o apoio familiar, autoaceitação e participar em grupos de apoio de forma a descrever a sua experiência e na gestão efetiva da dor (Ferrari, 2018; Fonseca, 2019; Nunes et al., 2023).

No EC de Ginecologia, foi elaborado um folheto informativo sobre os “Cuidados após cirurgia mamária” disponível no Apêndice 16, estando em fase de aprovação do Gabinete de Comunicação de um Hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, de forma a divulgar pelos internamentos da área cirúrgica e pela consulta de Senologia às mulheres em *status* pós-operatório.

Por sua vez, na consulta externa de ginecologia da mesma unidade hospitalar, pude desenvolver competências de EEESMO e novas aprendizagens através da observação participativa em consultas de ginecologia, de patologia do colo do útero, ginecologia oncológica, uroginecologia e em exames de diagnóstico, como colposcopia e histeroscopia, *informando e orientando a mulher em caso de tratamento de afeções do aparelho geniturinário* (OE, 2019b. p.13564). Nas consultas promovia o acolhimento à mulher, procurando conhecer a mesma, fazendo por promover o conforto, proporcionando o esclarecimento de dúvidas e empoderando para que tomassem decisões informadas sobre a sua saúde (Swanson, 1999), colaborando com a equipa médica face à situação clínica e nos exames complementares de diagnóstico, dado que o EEESMO *coopera com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho geniturinário e/ou mama* (OE, 2019b, p.13564).

No contexto de CSP tive oportunidade de verificar a importância da intervenção do EEESMO na prevenção do rastreio do Cancro do Colo do Útero (CCU). Neste sentido, fui me tornando autónoma na realização da consulta e da técnica de colpocitologia em meio líquido e em lâmina no âmbito da *promoção, planeamento, implementação e*

avaliação de intervenções de rastreio e de diagnóstico da saúde da mulher (OE, 2019b, p.13564).

O CCU continua a ser classificado entre os principais cancros ginecológicos em todo o mundo, sendo o quarto cancro mais comum entre as mulheres (Brisson & Drolet, 2019). O Vírus Papiloma Humano (HPV) é o principal agente causador do CCU, transmitindo-se por contato sexual e abrange mais de 200 vírus diferentes (Pedro et al., 2023). Mais de 75% dos casos de CCU são devidos aos tipos de HPV de alto risco 16 e 18 (Wang et al., 2018), pelo que o co-teste é o exame mais sensível do que a citologia para identificar anomalias das células do colo uterino e por isso, mais eficaz na prevenção (Pedro et al., 2023).

Quando é detetada uma alteração na citologia, as mulheres são encaminhadas para a consulta hospitalar do rastreio do CCU e posteriormente, para a consulta de patologia do colo do útero para realizar uma colposcopia. Este exame é baseado na observação com colposcópio “(...) amplificada dos epitélios do colo do útero, vagina e vulva, tendo como principal objetivo, o diagnóstico de lesões invasivas ou precursoras do cancro” (Nóbrega et al., 2021). Desta forma, tive uma observação participante nesta consulta, pioneira na região Lisboa e Vale do Tejo desenvolvida e realizada por EEESMO priorizando a vigilância do rastreio do CCU e atendendo mulheres com referenciação por resultado positivo para os serotipos 16 e 18 através da realização da citologia nos CSP. Esta consulta tornava-se oportunista, no sentido, de estabelecer uma relação de confiança com as utentes, sensibilizando e responsabilizando-as para a prevenção do CCU, eliminando fatores de risco e desmitificando conceitos em relação ao HPV, desenvolvendo assim, competências no âmbito da *conceção, planeamento, coordenação, supervisão, implementação e avaliação de programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica* (OE, 2019b, p.13564).

É, igualmente, competência do EEESMO, *“promove(r) a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa, diagnostica(r) precocemente e preveni(r) complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério”* (OE, 2019b, p.13564), neste sentido, no contexto de CSP foi possível realizar diversas consultas neste âmbito. Entre as diversas situações de cuidados saliente, em particular, uma utente com 55 anos que não menstruava há cerca de 10 meses, visivelmente ansiosa pela deterioração do desejo sexual, sintomas experienciados (afrontamentos) e pela incompreensão da sua condição

de saúde. Perante esta situação, foi realizado o *despiste da sintomatologia associada ao climatério, e prestado esclarecimento, informação e orientação sobre as alterações associadas ao climatério* (OE, 2019b, p.13564).

O climatério é o período transitório da fase reprodutiva para o término do ciclo menstrual, na qual ocorrem alterações hormonais que afetam o bem estar físico e psicológico (Liñan-Bermudez et al., 2022). Durante esta fase, as mulheres podem experienciar sintomas devido à diminuição da função ovárica e da produção hormonal (Guerra et al., 2019), incluindo afrontamentos, alteração do padrão do sono, da pele, do humor e da memória, e a longo prazo, complicações cardiovasculares, osteoporose e problemas neurocognitivos (Fang et al., 2024; Nik Hazlina et al., 2022). Nas consultas que realizei, de forma autónoma, tornou-se essencial conhecer profundamente as utentes e demonstrar disponibilidade genuína para abordar temas que mais lhe causam desconforto (Swanson, 1993), sugerir estratégias minimizadoras e ainda, *“identificar alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério (...)”* (OE, 2019b, p.13564). Essa abordagem permitiu dotar as utentes de ferramentas e conhecimento para atravessarem essa fase com maior positividade e empoderamento.

Das diversas razões que levavam as mulheres a procurar o SUOG, destacava-se a patologia geniturinária como, as infeções do trato urinário, caracterizadas por prurido e/ou ardor vaginal, pelo que *diagnosticava e monitorizava afeções do aparelho geniturinário*, providenciando os cuidados necessários à mulher, informando e orientando a mesma face à situação de saúde e necessidades, planeando e implementando intervenções, cooperando com outros profissionais de saúde na colheita de análises e/ou produtos biológicos para confirmação do diagnóstico e na administração de medicação para o tratamento, *referenciando situações que estavam para além da área de atuação* (OE, 2019b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso acadêmico constituiu-se como uma experiência relevante para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais possibilitando a prestação de cuidados especializados à mulher em diferentes fases do ciclo de vida. Evidenciou-se o pensamento crítico e assegurou-se uma prática reflexiva, baseada na evidência científica e alicerçada nos princípios éticos, legais e deontológicos que regem a Enfermagem.

A implementação da *Teoria do Cuidar de Kristen Swanson* enfrenta desafios na área da Obstetrícia, especialmente em contexto hospitalar onde a procura e a pressão pela eficiência podem limitar o tempo disponível para um cuidado individualizado. O processo de *estar com*, que requer presença emocional e física do EEESMO, pode ser comprometido devido à escassez de recursos humanos e à sobrecarga do trabalho. Além disso, o *fazer por*, que envolve intervenções realizadas em benefício da mulher, podem ser restringidas pelas políticas institucionais que priorizam procedimentos padronizados em detrimento de abordagens personalizadas. Estes desafios apontam para a necessidade de uma reestruturação organizacional que valorize e facilite a prática de um cuidado mais compassivo e centrado nas utentes.

Por outro lado, esta teoria também oferece uma lente crítica através da qual os profissionais de saúde podem refletir sobre as suas práticas e identificar áreas de melhoria. O processo de *possibilitar* destaca a importância de capacitar as parturientes através da EpS e do suporte, promovendo a autonomia e capacidade de tomarem decisões informadas sobre o parto. Ao *manter a crença* na capacidade inerente das mulheres de vivenciar a experiência de parto, os EEESMO podem fortalecer a confiança das parturientes e contribuir para uma experiência de parto mais positiva e empoderadora. Assim, a teoria de *Swanson* não só orienta a prática diária, mas também impulsiona a transformação cultural no cuidado obstétrico, enfatizando a necessidade de uma prática baseada no respeito, na dignidade e na empatia.

Ao longo dos diversos contextos clínicos, enfrentei e superei diversos desafios que me permitiram aprimorar tanto o conhecimento teórico quanto a prática. Foi notório o impacto positivo das intervenções relacionadas com a adoção de diversas posições durante o período expulsivo, favorecendo o melhor resultado perineal e uma experiência

de parto mais positiva. Esta aprendizagem reforça a importância de um cuidado individualizado que respeite as preferências e decisões das mulheres, disponibilizando suporte contínuo e baseado na evidência mais recente.

A realização da *SR* e do estudo descritivo e correlacional de abordagem quantitativa, com foco no tema “Contributo da posição materna no período expulsivo e do resultado perineal na experiência de parto positiva”, evidenciou a necessidade de estudos mais aprofundados para descrever os fatores envolvidos no processo de parto. Embora os benefícios das posições verticalizadas no período expulsivo sejam amplamente reconhecidos, o estudo revelou que não há associação significativa entre as diferentes posições maternas e a ocorrência de lesões perineais, suportando a necessidade de investigações futuras que aclarem a influência de outros fatores como duração do TP e a condição do tecido perineal da parturiente na ocorrência do trauma perineal, assim como os contributos das diferentes posições adotadas no segundo estágio do TP para o desfecho perineal.

No futuro próximo, planeio dar continuidade à divulgação dos resultados da investigação desenvolvida, através da sua publicação numa revista científica e, posteriormente, apresentar e disseminar os resultados em eventos científicos e académicos, sublinhando o compromisso para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A investigação desempenha um contributo crucial no avanço da Enfermagem, particularmente na área da SMO, onde a prática clínica deve ser constantemente ajustada com base nas melhores evidências disponíveis. Após a conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a continuidade da investigação, bem como a obtenção do grau de Doutoramento, adquirem especial relevância no meu projeto profissional futuro, promovendo uma maior compreensão das complexidades inerentes à área da SMO, tanto do ponto de vista clínico como no âmbito do impacto social, psicológico e cultural dos cuidados prestados.

Concluindo, o desenvolvimento deste percurso de aprendizagem e a elaboração do presente relatório proporcionaram-me um enriquecimento pessoal e profissional significativo, permitindo alcançar os objetivos propostos, a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos científicos enquanto futura Mestre e EEESMO, capacitando-me para prestar cuidados especializados à mulher ao longo de todo o seu ciclo de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 223, 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.026>
- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 206–211. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
- Abreu, M., Duarte, E., & Dittz, E. (2020). Building the attachment between mother and preterm baby dyad mediated by kangaroo position. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min*, 10(1), 3955.
- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- Adams, Y. J., Miller, M. L., Agbenyo, J. S., Ehla, E. E., & Clinton, G. A. (2023). Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05813-0>
- Afulani, P. A., Buback, L., Kelly, A. M., Kirumbi, L., Cohen, C. R., & Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reproductive Health*, 17(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>
- Aktas, D., Kolsuz, S., Ertugrul, M., Besirli, E. G., & Gundogan, F. R. (2021). Effect of Birth Ball Exercising for the Management of Childbirth Pain in Turkish Women. *Bezmialem Science*, 9(1), 46–52. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.3898>
- Alípio, L. A., Madeira, L. M., & Felipe de Lima Silva, F. A. (2021). Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. *Enfermagem Em Foco*, 12(4). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4512>
- Almeida, M., Dores, J., Vicente, L., Paiva, S., & Ruas, L. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24–38.
- Alves, T., Nunes, R., Sena, L., Alves, F., Souza, A., Salviano, A., Oliveira, B., Silva, D., Lopes, L., Silva, V., Almeida, L., Oliveira, R., Jesus, E., Ruas, S., Santos, M., Pereira, Z., & Dias, J. (2021). High risk pregnancy: epidemiology and care, a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14860–14872. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>

- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. O., Nelas, P. A. de A. B., & Coutinho, E. de C. (2021). Benefícios Da Verticalização Do Parto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1, 489–502.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3), e87–e102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and Second Stage Labor Management. *Obstet Gynecol*, 143(1), 144–162.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan Z (Eds.). (2024). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Ávila, M., Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., Sánchez, E., & Fernández-Sola, C. (2020). Parents' Experiences About Support Following Stillbirth and Neonatal Death. *Advances in Neonatal Care*, 20(2), 151–160. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000703>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (Edições 70).
- Beleza, A. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462–466.
- Berstein-García, I., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. I., & Casique-Casique, L. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *SANUS*, 7, e212. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- 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(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bomfim, V. V. B. da S., Treptow, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., Rodrigues, R. de J., Costa, A. C. M. de S. F. da Silva, H. N. B., Oliveira, R. M. D. de, Bentes, R. M., & Souza, L. T. L. de. (2022). Estratégias para minimizar o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development*, 11(11), e362111133559. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33559>
- Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355- Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
- Brisson, M., & Drolet, M. (2019). Global elimination of cervical cancer as a public health problem. *The Lancet Oncology*, 20(3), 319–321. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30072-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30072-5)

- Browne, L., Cooper, S., Tiendrebeogo, C., Bicaba, F., Bila, A., Bicaba, A., & Druetz, T. (2022). Using experience to create evidence: a mixed methods process evaluation of the new free family planning policy in Burkina Faso. *Reproductive Health*, 19(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01375-0>
- Buffon, T., & Martins, C. (2023). A humanização do parto: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 11095–11109. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-216>
- Caldas, D., Silva, A., Boing, E., Crepaldi, M., & Custódio, Z. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66–87.
- Caldeira, L. B., Santo, W. L. do E., Sardi, N. M., Paula, A. L. de, Campos, M. V. D. M. de, Pereira, P. P., Galina, V. da S., Orsi, V. C., Muniz, M. M. da S., & Costa, S. C. (2023). Impacto Da Intervenção Na Prevenção De Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Ginecológicas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(7), 1282–1291. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10698>
- Cardoso. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In A. Sequeira, O. Pousa, & F. Amaral (Eds.), *F.A. (coord.) Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no parto*. p. 123 (Lidel, pp. 123–130).
- Carrión-Nessi, F. S., Omaña-Ávila, Ó. D., Romero Arocha, S. R., Mendoza, D. L., Lahoud, A. C., de Marchis, M. de J., & Forero-Peña, D. A. (2022). Síndromes hipertensivas del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(02), 242–263. <https://doi.org/10.51288/00820213>
- Carvalho, J., Alves, C., Ferreira, C., Silva, I., Costa, F., Almeida, J., Guedes, I., Aguiar, J., Vilhena, I., Lança, F., & Rodrigues, A. (2018). Recomendações Portuguesas para a Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstétrica - Elaboradas por Grupo Multidisciplinar de Consensos 2017. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(1), 30–44.
- Carvalho, M., Rodrigues, A., Gomes, M., Carrilho, A., Nunes, A. R., Orfão, R., Alves, Â., Aguiar, J., & Campos, M. (2016). Interventional Algorithms for the Control of Coagulopathic Bleeding in Surgical, Trauma, and Postpartum Settings. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 22(2), 121–137. <https://doi.org/10.1177/1076029614559773>
- Chang, K.-J., Seow, K.-M., & Chen, K.-H. (2023). Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2994. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042994>
- Claringbold, L., Sanci, L., & Temple-Smith, M. (2019). Factors influencing young women's contraceptive choices. *Australian Journal of General Practice*, 48(6), 389–394. <https://doi.org/10.31128/AJGP-09-18-4710>
- Clarke-Deelder, E., Opondo, K., Oguttu, M., Burke, T., Cohen, J. L., & McConnell, M. (2023). Immediate postpartum care in low- and middle-income countries: A gap in healthcare quality research and practice. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(2), 100764. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100764>

- Coates, D., Makris, A., Catling, C., Henry, A., Scarf, V., Watts, N., Fox, D., Thirukumar, P., Wong, V., Russell, H., & Homer, C. (2020). A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour. *PLOS ONE*, 15(1), e0228196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228196>
- Coelho, L. R. P., De Moraes, G. B. P., Braga, M. S., Vilela, T. de M., Trindade, A. V. de M., Laizo, I. C. T., Nascif, M. C., & Ribeiro, H. D. (2021). Case report: uterine atony. *Brazilian Journal of Development*, 7(4), 43687–43694. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-702>
- Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2021). Clinical evaluation of labor: an evidence- and experience-based approach. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(3), 241–253. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0256>
- Costa, A., & Azevedo, F. (2021). Puerperium and nursing care: a systematic review. *Research, Society and Development*, 10(14). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22365>
- Costa, M., & Gonçalves, D. (2021). The Balance between the Art of Care and Nursing as Science: Historic Perspective. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 62–64.
- Coutinho, E. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. 29-37. repositorio.ipv.pt:10400.19/439
- Cunha, R., Ferreira, A. & Santiago, L. M. (2022). Fatores que influenciam a escolha do contraceptivo na mulher. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(1), 34–36. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13142>
- Decreto de Lei nº74/2006. (2006). Graus académicos e Diplomas do Ensino Superior. In *Diário da República - I série - A - Nº60* (pp. 2242–2257).
- Deliktas, A., & Kukulcu, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 263–278. <https://doi.org/10.1111/jan.13447>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Dunmez, F., & Yilmaz, T. (2024). The effect of using birth ball and squatting position during labor on pain, duration, and satisfaction: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 21(2). <https://doi.org/10.1111/jjns.12580>
- Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: A population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0689-7>
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karaçam, Z. (2024). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>

- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 4), 1740–1750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>
- Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Marco, G. Di, Felici, F., Ranieri, E., Flacco, M. E., & Lanzone, A. (2023). Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *AJOG Global Reports*, 3(1), 100160. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100160>
- Fang, Y., Liu, F., Zhang, X., Chen, L., Liu, Y., Yang, L., Zheng, X., Liu, J., Li, K., & Li, Z. (2024). Mapping global prevalence of menopausal symptoms among middle-aged women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1767. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19280-5>
- Ferrari, C. (2018). Orientação de Cuidado do Enfermeiro para a Mulher em Tratamento para o Câncer de Mama. *Rev Enferm Ufpe On Line*, 12(3), 676–683.
- Fonseca, J. (2019). *Neoplasia Mamária: Nível de Autoestima de Mulheres Submetidas ao tratamento do Câncer da Mama* [Monografia Bacharelado Enfermagem]. Faculdade Maria Milza.
- Fortin, M., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (Chenelière éducation, Vol. 3).
- Freitas, M., Cordeiro, J., & Presado, M. (2024). A Influência da Posição Materna no Período Expulsivo e o Resultado a Nível Perineal: Revisão Scoping. *13º Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa*.
- Fryer, K., Reid, C. N., Cabral, N., Marshall, J., & Menon, U. (2023). Exploring Patients' Needs and Desires for Quality Prenatal Care in Florida, United States. *International Journal of MCH and AIDS*, 12, e622. <https://doi.org/10.21106/ijma.622>
- Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., Hou, R., & Lu, H. (2023). Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare*, 11(22), 2996. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222996>
- Gallagher-Ford, L., Koshy Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L. T., & Melnyk, B. M. (2020). The Effects of an Intensive Evidence-Based Practice Educational and Skills Building Program on EBP Competency and Attributes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 71–81. <https://doi.org/10.1111/wvn.12397>
- Gediya, K., Gokhale, A., Agarwal, S., Hindocha, J., Kondhia, A., & Thakkar, N. (2022). Alternative Birthing Position and Its Outcome in Labour. *Indian Obstetrics & Gynaecology*, 12(2), 19–22.
- Gimovsky, A. C., & Berghella, V. (2022). Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2), 100548. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100548>

- Goh, R., Goh, D., & Ellepola, H. (2018). Perineal tears – A review. *Australian Journal of General Practice*, 47(1–2), 35–38. <https://doi.org/10.31128/AFP-09-17-4333>
- Gois, R. L. B., Cipolotti, R., Soares, D. A. dos S., Lobão, T. de A., Santana, A. B. S., & Cardoso, L. O. (2023). Autoestima e autoimagem da mulher com câncer de mama. *Research, Society and Development*, 12(4), e17212441028. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41028>
- Grundström, H., Malmquist, A., & Nieminen, K. (2024). Factors related to a positive childbirth experience – a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2336141>
- Guerra, G., Caldeira, A., Oliveira, F., Brito, M., Gerra, K., D'Angelis, C., Santos, L. A., Pinho, L., Rocha, J., & Popoff, D. (2019). Quality of life in climacteric women assisted by primary health care. *PLOS ONE*, 14(2), e0211617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211617>
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Hemmerich, A., Bandrowska, T., & Dumas, G. A. (2019). The effects of squatting while pregnant on pelvic dimensions: A computational simulation to understand childbirth. *Journal of Biomechanics*, 87, 64–74. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2019.02.017>
- Hennessy, M., & O'Donoghue, K. (2024). Bridging the gap between pregnancy loss research and policy and practice: insights from a qualitative survey with knowledge users. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01103-z>
- Hersh, A. R., Carroli, G., Hofmeyr, G. J., Garg, B., Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., De Mucio, B., Saleem, S., Festin, M. P. R., Mittal, S., Rubio-Romero, J. A., Chipato, T., Valencia, C., & Tolosa, J. E. (2024). Third stage of labor: evidence-based practice for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1046-S1060.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1298>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A Known Midwife Can Make A Difference For Women With Fear Of Childbirth- Birth Outcome And Women's Experiences Of Intrapartum Care. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 21, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kollahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). Efficacy And Safety Of Non-Pharmacological Interventions For Labour Pain Management: A Systematic Review And Bayesian Network Meta-Analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3398–3414. <https://doi.org/10.1111/jocn.15865>
- Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Feng, X., Ren, L., & Zang, Y. (2023). Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions

- during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2575–2591. <https://doi.org/10.1111/jocn.1630>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Huang, J., Zang, Y., Yang, M., Wang, J., Hu, Y., Feng, X., Ren, L., & Lu, H. (2024). Women's experience of adopting lateral positions during the second stage of labour compared with conventional lithotomy positions: A cross-sectional study. *Midwifery*, 136, 104077. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104077>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses* (ICN).
- 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(4), e140–e147. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.06.001>
- Kalfoss, M., & Owe, J. (2015). Empirical Verification of Swanson's Caring Processes Found in Nursing Actions: Systematic Review. *Open Journal of Nursing*, 05(11), 976–986. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.511104>
- Kibuka, M., Price, A., Onakpoya, I., Tierney, S., & Clarke, M. (2021). Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. *European Journal of Midwifery*, 5(December), 1–14. <https://doi.org/10.18332/ejm/142781>
- Kurnaz, D., Balacan, Z., & Karacam, Z. (2022). The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 383–395. <https://doi.org/10.5152/jern.2022.09454>
- Lebraud, M., Griffier, R., Hmila, S., Aubard, Y., Gauthier, T., Parant, O., & Guerby, P. (2021). Comparison of maternal and neonatal outcomes after forceps or spatulas-assisted delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 258, 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.12.057>
- Lima, J. L. S. de, Morais, S. K. M., Dirane, V. P., Mestriner, L. R., Sampaio, R. F., Santos, C. Y. L. dos, Nascimento, T. R., & Rocha, M. E. de S. B. (2023). Principais Riscos e Complicações da Gestação de Alto Risco: Uma Revisão da Literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 4079–4091. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p4079-4091>
- Lima, K. M. de S. G., Santos, H. J., Pereira, J., Barbosa, L. P., Cabral, M. C. A. de M., Silva, P. R., Santos, S. M. de M., & Souza, S. J. G. (2019). Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(4), 3183–3197. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-084>

- Lima, S., Kehm, R., & Terry, M. (2021). Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *EClinicalMedicine*, 38, 100985. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100985>
- Liñan-Bermudez, A., Chafloque-Chavesta, J., Pastuso, P., Pinedo, K., & Barja-Ore, J. (2022). Severity of climacteric symptomatology related to depression and sexual function in women from a private clinic. *Menopausal Review*, 21(3), 165–169. <https://doi.org/10.5114/pm.2022.119787>
- Lins, V. M. L., Katz, L., Vasconcelos, F. B. L., Coutinho, I., & Amorim, M. M. (2019). Factors associated with spontaneous perineal lacerations in deliveries without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(18), 3062–3067. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1457639>
- Londoño, V. F., Castiblanco, J. P., Acosta, M. T., & Astudillo, N. M. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie20-1.vdpv>
- Lopes, C., & Freitas, M. J. (2021). Efeitos da Dança na Parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto: Uma Scoping Review. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 35(2), 27–36. <http://www.latindex.unam.mx>.
- Lopes, Leister, N., & Riesco, M. L. G. (2019). Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0168>
- Lothian, J. A. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48–54. <https://doi.org/10.1624/105812409X461225>
- Louwen, F., Daviss, B.-A., Johnson, K. C., & Reitter, A. (2017). Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(2), 151–161. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12033>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Lusodidacta, Vol. 7).
- Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>
- Machado, M., & Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In *Medicina Materno-Fetal* (Lidel, pp. 220–227).
- Mamede, L., Marano, D., Dias, M. A. B., & Souza Junior, P. R. B. de. (2024). Prevalência e fatores associados à percepção da laceração perineal: estudo transversal com dados do Inquérito Nascer no Brasil, 2011 e 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 33. <https://doi.org/10.1590/s2237-96222024v33e2023621.pt>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (Report Number, Lda, Vol. 7).

- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (ReportNumber, Lda, Vol. 18).
- Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, *66*, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>
- Martín-Vázquez, C., Goás-Gómez, N., Calvo-Ayuso, N., Rosón-Matilla, L., Quiroga-Sánchez, E., & García-Fernández, R. (2024). Analysis of Maternal Positions during the Dilation and Expulsive Phase and Their Relationship with Perineal Injuries in Eutocic Deliveries Attended by Midwives. *Healthcare*, *12*(4), 441. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040441>
- Matei, A., Poenaru, E., Dimitriu, M. C. T., Zaharia, C., Ionescu, C. A., Navolan, D., & Furău, C. G. (2021). Obstetrical soft tissue trauma during spontaneous vaginal birth in the romanian adolescent population—multicentric comparative study with adult population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111491>
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. de P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da mulher no trabalho de parto. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, pp. 335–347).
- Mira, J. I. R. C., Quito, R. A. B., Campeão, A. F. L. F., Molero, T. S. M., Hipólito, R. A. C., & Frias, A. M. A. (2021). Métodos Não Farmacológicos de Controlo da Dor no Trabalho de Parto: Revisão Narrativa de Literatura. In A. Frias & C. Agostinho (Eds.), *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida* (Científica Digital, pp. 95–110). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/211006513>
- Modi, S. S., Desai, D. P., & Verma, R. N. (2023). Mother's experience in alternate birth positions during second stage of labour. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *12*(5), 1362–1365. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20231224>
- Modrzejewska, E., Torbé, D., & Torbé, A. (2019). The evolution of maternal birthing positions. *Journal of Education, Health and Sport*, *9*(8), 807–810.
- Moreira, M. da C., Marcelino, M. O., & Rabelo, É. M. (2021). Lacerações e desfechos perineais imediatos de partos assistidos na banqueta de parto e posição semi-sentada / Lacerations and immediate perineal outcomes of assisted births on the stool and semi-sitting position. *Brazilian Journal of Health Review*, *4*(1), 1736–1747. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-143>
- Morvati, D., & Hilli, Y. (2023). Middle managers' ethos as an inner motive in developing a caring culture. *Nursing Ethics*, *30*(3), 321–333. <https://doi.org/10.1177/09697330221140519>

- Musie, M. R., Peu, M. D., & Varshika, B.-P. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care Family Medicine*, 11(1).
- Naz, M. S. G., Simbar, M., Fakari, F. R., & Ghasemi, V. (2018). Effects of model-based interventions on breast cancer screening behavior of women: A systematic review. In *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* (Vol. 19, Issue 8, pp. 2031–2041). Asian Pacific Organization for Cancer Prevention. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.8.2031>
- Nik Hazlina, N. H., Norhayati, M. N., Shaiful Bahari, I., & Nik Muhammad Arif, N. A. (2022). Prevalence of Psychosomatic and Genitourinary Syndrome Among Menopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.848202>
- Noble, L., Hand, I., & Noble, A. (2023). The Effect of Breastfeeding in the First Hour and Rooming-In of Low-Income, Multi-Ethnic Mothers on In-Hospital, One and Three Month High Breastfeeding Intensity. *Children*, 10(2), 313. <https://doi.org/10.3390/children10020313>
- Nóbrega, M. I. L. da, Santos, T. B. C., Marques, G. A. R., & Vêras, L. M. C. (2021). Colpocitologia oncológica: letramento em saúde como medida de prevenção e promoção em saúde. *Research, Society and Development*, 10(16), e267101622525. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.22525>
- Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23), 7203. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>
- Nunes, G. A., Dos Anjos, A. C. Y., Dos Santos, I. C., Cunha, N. F., & Magnabosco, P. (2023). Autoestima no enfrentamento do câncer de mama em mulheres submetidas à quimioterapia. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 11552–11562. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-249>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. www.ess.ips.pt
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2022). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>
- Oliveira, Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E., & Trezza, M. (2018). A Assistência De Enfermagem Obstétrica À Luz Da Teoria Dos Cuidados De Kristen Swanson. *Enferm. Foco*, 9(2).
- Opondo, C., Harrison, S., Sanders, J., Quigley, M. A., & Alderdice, F. (2023). The relationship between perineal trauma and postpartum psychological outcomes: a secondary analysis of a population-based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 639. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05950-6>

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro* (L. Nunes, M. Amaral, & R. Gonçalves, Eds.; OE).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Regulamento nº140/2019* (pp. 4744–4750). Diário da República, 2ª série - 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In *Regulamento nº391/2019* (pp. 13560–13565). Diário da República, 2ª série - 85.
- Östman, L., Näsman, Y., Eriksson, K., & Nyström, L. (2019). Ethos: The heart of ethics and health. *Nursing Ethics*, 26(1), 26–36. <https://doi.org/10.1177/0969733017695655>
- Palma, S., Presado, H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). Validação e Adaptação Transcultural da Quality of Contraceptive Counseling Scale para a População Portuguesa. *Millenium*, 2(16), 83–92.
- Palma, S., & Presado, M. (2019). Reasons for Women Choose a Volunteer Termination of a Pregnancy: A Scoping Review. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 41–57.
- Paulo, M. L. de, & Silva, A. D. A. E. (2021, November 29). Atuação do Enfermeiro no Processo de Adaptação do Recém-Nascido à Vida Extrauterina. *Anais Do II Congresso Nacional Multidisciplinar Em Enfermagem On-Line*. <https://doi.org/10.51161/remms/2523>
- Pedro, A., Pacheco, A., Sousa, R., Mendinhos, G., Miranda, M., Urzal, C., Monteiro, V., Fraga, T., Pereira da Silva, D., Paula, T., Oliveira, I., Cabral, J., & Fonseca Moutinho, J. (2023). Orientações de Consenso para a Abordagem dos Resultados Alterados nos Testes de Rastreio do Cancro do Colo do Útero pela SPCPTGI. *Acta Médica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/amp.18776>
- Peppe, M. V., Stefanello, J., Infante, B. F., Kobayashi, M. T., De Oliveira Baraldi, C., & Brito, L. G. O. (2018). Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(7), 379–383. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1666810>
- Pervin, J., Aktar, S., Nu, U. T., 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*, 66, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.010>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Pinto, A. C., & Mota, L. A. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

- Presado, M., Palma, S., & Cardoso, M. (2018). Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. *Congresso Ibero-Americano Em Investigação Qualitativa*, 414–422.
- Rehnström Loi, U., Lindgren, M., Faxelid, E., Oguttu, M., & Klingberg-Allvin, M. (2018). Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. *Reproductive Health*, 15(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0612-6>
- Reis, T., Bernardo, K., & Magalhães, S. (2021). Repercussões Psicossociais de mulheres diagnosticadas com Câncer de Mama: Um Relato de Experiência. *Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva*, 2(13103), 1–12.
- Rios, G. B. de M., Costa, L. B., Rodrigues, M. T., Rodrigues, I. C., Paula, F. de O., Forte, M. P. do N., & Neri, C. R. S. de S. (2023). Papel do planejamento familiar na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 18(45), 3429. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3429](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3429)
- Robinson, M., & Robinson, C. D. (2022). The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 619–623. <https://doi.org/10.1111/jpm.12849>
- Rocha, B. D. da, Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 54, 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Rocha, É. S., Mela, C. C., Westphal, F., & Goldman, R. E. (2018). Prática de Episiotomia entre Residentes em Enfermagem Obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 23(4), e54455. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.54455>
- Rodrigues, T., Oliveira, G., & Santos, J. (2021). Qualitative and Quantitative Research in Education. *Revista PRISMA*, 2(1), 154–174.
- Rosenbloom, J. I., Woolfolk, C. L., Wan, L., Stout, M. J., Tuuli, M. G., Macones, G. A., & Cahill, A. G. (2019). The transition from latent to active labor and adverse obstetrical outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(5), 487.e1-487.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.05.041>
- Satone, D., & Tayade, A. (2023). Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>
- Schneider, T., Silveira, I., Rosa, L. da, Rech, S. R., & Vandresen, M. (2020). Os impactos do câncer de mama na autoimagem da mulher. *Modapalavra E-Periódico*, 13(30), 183–206. <https://doi.org/10.5965/1982615x13302020183>

- Silva, C., Pereira, L., Vogt, S., & Dias, C. (2019). Non-Supine Position: Perception of Professionals in Hospital Care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(4). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.45203>
- Silva, H. (2015). Percursos e desafios de uma investigação sobre a história da profissão de Enfermagem em Portugal (séc. XIX-XX). *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 19(2), 68–84. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v19i2.109>
- Silva, J. de O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S. de, & Silva, F. J. C. P. da. (2020). Utilização da Prática Baseada em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Silva, L. S., Guimarães, N. N. A., Matos, D. P., & Douberin, C. A. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(4), 1046–1053. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>
- Silva, W., Sousa, C., Franco, E., Viveiros, F., Silva, F., Silva, I., Sousa, J., Mendes, J., Santos, L., Mata, N., Oliveira, P., Gomes, R., Lima, S., & Nascimento, W. (2019). As repercussões da mastectomia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: o papel do enfermeiro. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(1), 88–92.
- Simarro, M., Espinosa, J. A., Salinas, C., Ojea, R., Salvadores, P., Walker, C., & Schneider, J. (2017). A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. *Medical Sciences (Basel, Switzerland)*, 5(1). <https://doi.org/10.3390/medsci5010005>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>
- Spehar, S. M., Mission, J. F., Amanda Shupe, & Facco, F. L. (2018). Prolonged antepartum hospitalization: no time for rest. *Journal of Perinatology*, 38(9), 1151–1156. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0155-2>
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520–526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357.

- Swanson, K. M. (1999). Effects of Caring, Measurement, and Time on Miscarriage Impact and Women's Well-Being. *Nursing Research*, 48(6), 288–298. <https://doi.org/10.1097/00006199-199911000-00004>
- Tanaka, H., Matsunaga, S., Yamashita, T., Okutomi, T., Sakurai, A., Sekizawa, A., Hasegawa, J., Terui, K., Miyake, Y., Murotsuki, J., & Ikeda, T. (2017). A systematic review of massive transfusion protocol in obstetrics. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(6), 715–718. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.10.001>
- Tavares, N. V. da S., Dantas, N. P. M., Cardoso, A. C. G., Sanches, M. E. T. de L., Araújo, S. T. de, Moura, R. dos S., Mendonça, T. R. M. de, & Souza, M. L. de C. (2022). Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. *Research, Society and Development*, 11(4), e33111425245. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.25245>
- Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. D. (2020). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. *Women and Birth*, 33(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.006>
- Tilden, E. L., Caughey, A. B., Ahlberg, M., Lundborg, L., Wikström, A.-K., Liu, X., Ng, K., Lapidus, J., & Sandström, A. (2023). Latent phase duration and associated outcomes: a contemporary, population-based observational study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1025-S1036.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.10.003>
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018). Evidence in the maternal position in the second stage of labor. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12(4), 277–283.
- Tristão, F., Machado, M., Gracia, O., Lima, D., & Silva, J. (2017). Vivências da mulher frente à histerectomia: aspetos emocionais. *Revista Rede de Cuidados em Saúde. Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 11(1).
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Induction of Labor: An Overview of Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(1), 61–72. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000752>
- Tunestveit, J. W., Baghestan, E., Natvig, G. K., Eide, G. E., & Nilsen, A. B. V. (2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*, 62, 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.012>
- Vasco, M., & Poveda, C. (2015). Meta-analysis on maternal postures during second stage of labor to improve perineal results. *Matronas Prof*, 16(3), 90–95.
- Vila Pouca, M. C. P., Ferreira, J. P. S., Parente, M. P. L., Natal Jorge, R. M., & Ashton-Miller, J. A. (2022). On the management of maternal pushing during the second stage of labor: a biomechanical study considering passive tissue fatigue damage accumulation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(2), 267.e1-267.e20. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.01.023>
- Waks, A., & Winer, E. (2019). Breast Cancer Treatment. *JAMA*, 321(3), 288. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19323>

- Wang, H., Li, N., Chivese, T., Werfalli, M., Sun, H., Yuen, L., Hoegfeldt, C. A., Elise Powe, C., Immanuel, J., Karuranga, S., Divakar, H., Levitt, Na., Li, C., Simmons, D., & Yang, X. (2022). IDF Diabetes Atlas: Estimation of Global and Regional Gestational Diabetes Mellitus Prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109050. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109050>
- Wang, X., Huang, X., & Zhang, Y. (2018). Involvement of Human Papillomaviruses in Cervical Cancer. *Frontiers in Microbiology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2018.02896>
- Warmink-Perdijk, W. D. B., Koelewijn, J. M., de Jonge, A., van Diem, M. T., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.010>
- Wise, J. (2023). Delaying umbilical cord clamping for two minutes cuts deaths in premature babies, studies show. *BMJ*, p2680. <https://doi.org/10.1136/bmj.p2680>
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Zang, Y., Huang, J., Zhang, H., Sun, K., Li, X., Wang, D., Wei, T., Xing, L., Fu, L., Hou, R., & Lu, H. (2023). Implementation of the Practice Programme for Upright Positions in the Second Stage of Labour and the birth experience of Chinese women: A qualitative study. *Midwifery*, 125, 103801. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103801>
- Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 76, Issue 12, pp. 3293–3306). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.14587>
- Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Zhao, Y., & Ren, L. (2021). Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour: An overview of systematic reviews. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 114). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103812>
- Zhang, H., Huang, S., Guo, X., Zhao, N., Lu, Y., Chen, M., Li, Y., Wu, J., Huang, L., Ma, F., Yang, Y., Zhang, X., Zhou, X., Guo, R., & Cai, W. (2017). A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*, 50, 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>
- Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K.-K., Zileni, C. W., & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 30(1), e1–e8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003>
- Zirpoli, D. B., Mendes, R. B., Reis, T. S., Barreiro, M. do S. C., & Menezes, A. F. de. (2019). Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(2), 547–554. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>