

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

Relatório de Estágio

A verticalidade no trabalho de parto e o controlo da dor

Telma Raquel Brito Guerreiro Maio

Lisboa

2017



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

Relatório de Estágio

A verticalidade no trabalho de parto e o controlo da dor

Telma Raquel Brito Guerreiro Maio

Orientador: Prof.^a Alexandra Tereso

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O modo como as mulheres dão à luz é importante para todos pois tem a ver com o tipo de sociedade na qual queremos viver, a importância da chegada de um novo ser e o surgimento de uma nova família.”

(Kitzinger, 2015)

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este percurso, quero expressar um profundo agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua realização.

A Deus, pela Sua enorme força.

À docente, orientadora do meu percurso, Sr.^a Professora Alexandra Tereso, pela sua perseverança, disponibilidade, incentivo e competência demonstradas.

Aos meus pais, Maria Fernanda e António, pelo exemplo, apoio e motivação que sempre me transmitiram.

Ao meu marido e ao meu filho, António e Gonçalo, pelo amor, pela paciência e pela compreensão que tiveram ao longo desta caminhada.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, que fizeram parte do meu percurso, pela partilha de conhecimentos, pela paciência, pela disponibilidade e dedicação demonstradas, ajudando-me a crescer enquanto profissional e pessoa.

Às minhas companheiras, Carla, Helena e Sandra, por terem sido os meus pilares e me terem suportado no decorrer deste percurso.

À minha irmã Dora, ao meu tio Orlando, à Vera e à Davina pela preciosa ajuda.

Aos familiares e amigos, que sempre se mostraram disponíveis e prontos para ajudar em todas as fases e a todos os níveis, o seu apoio foi fundamental.

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Enf. – Enfermeiro/a

ER- Estágio com Relatório

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

JBI - Joanna Briggs Institute

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada em Evidência

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

Sr.^a - Senhora

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde, com o intuito de orientar a conduta dos profissionais, em 1996, divulga um modelo assistencial “Care in normal birth”, no qual (segundo a utilidade, a eficácia e o risco) classificou as práticas na assistência ao parto normal em quatro categorias. A primeira, considerada como a que reúne as práticas demonstradas como úteis e que deveriam ser estimuladas, incluiu a liberdade de movimentos e o estímulo para a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e realça a sua importância como estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto.

No percurso desenvolvido, a promoção da adoção de posições verticais no primeiro estágio de trabalho de parto como estratégia não farmacológica para o controlo da dor foi selecionada como o foco da aprendizagem e a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson foi eleita como referencial teórico.

O relatório que apresento surge como instrumento de descrição, análise, e reflexão, do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que decorreu no âmbito do desenvolvimento da unidade curricular, estágio com relatório do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Como estratégia para a identificação e mobilização da evidência científica sobre o tema, realizei uma revisão de literatura, tendo como ponto de partida uma questão elaborada segundo a mnemónica PICO do Joanna Briggs Institute: “Qual a efetividade da adoção de posições verticais, como estratégia de controlo da dor da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto?”.

A revisão efetuada realça que o fato das parturientes se manterem em posições verticais, movendo-se e mudando de posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto, contribui significativamente para uma redução dos níveis de dor.

Palavras-chave (de acordo com os descritores em ciências da saúde):
posicionamento do paciente, efetividade, dor do parto.

ABSTRACT

The World Health Organization, in order to guide the conduct of professionals, in 1996, discloses a practical guide called "Care in normal birth", which (according to utility, efficacy and risk) classifies practices in the assistance of normal labor in four categories. The first, considered to be the one that brings together practices that have been shown to be useful and that should be stimulated, included freedom of movement and encouragement for the adoption of vertical positions during labor and emphasizes their importance as non-pharmacological strategies for pain relief during labor.

In the developed course, the promotion of the adoption of vertical positions in the first stage of labor as a non-pharmacological strategy for pain control was selected as the focus of learning and Jean Watson's "Theory of Human Care" was chosen as a theoretical reference.

The report I present is an instrument for describing, analyzing and reflect on the course of acquisition and development of specific competencies of the obstetric nurse which took place within the framework of the development of the curricular unit, internship with report of the 6th Masters Nursing Program in Maternal Healthcare and Obstetrics from *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*.

As a strategy for the identification and mobilization of scientific evidence on the subject, I carried out a literature review, with the starting point being a question elaborated according to Joanna Briggs Institute's PICO mnemonic: "How effective is the adoption of vertical positions as a strategy for pain control during the first stage of labor?"

The review emphasizes that when the parturient remains in vertical positions, moving, and changing their position during the first stage of labour, it contributes significantly to a reduction in the pain levels.

Key words: patient positioning, effectiveness, labor pain.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - A VERTICALIDADE E O CONTROLO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO	15
1. O TRABALHO DE PARTO NORMAL: CONCEITOS E PRESSUPOSTOS	15
A DOR NO TRABALHO DE PARTO: DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGENS	19
2. A ADOÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: ALTERNATIVAS E CONTRIBUTOS NO CONTROLO DA DOR.....	22
A TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON NA PROMOÇÃO DO ALÍVIO DA DOR DA PARTURIENTE	26
PARTE II – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	31
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
2.1. Identificação da evidência científica sobre a promoção de posições verticais no controlo da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto	33
2.2. Mobilização da evidência científica no decurso do estágio	38
2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, promovendo a adoção de posições verticais como estratégias de controlo da dor	40
2.3.1. Desenvolvimento de competências na promoção da saúde da parturiente e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina	41

2.3.2. Desenvolvimento de competências para o diagnóstico precoce e para a prevenção de complicações durante o trabalho de parto	45
2.3.3. Desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o trabalho de parto	51
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO PERCURSO DESENVOLVIDO.....	54
4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	57
PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	63

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Fluxograma de pesquisa

APÊNDICE 2 – Artigos selecionados: títulos, autores e datas de publicação

APÊNDICE 3 – Dados observados

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1- Questão PICO.....34

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório (ER) do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Elaborado sob orientação da Sr.^a Professora Alexandra Tereso, tem como finalidade explicar as atividades e competências desenvolvidas no percurso realizado.

O estágio decorreu nos Blocos de Partos (BP) e nos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de dois hospitais (um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e um Hospital de referência de um centro hospitalar do sul do país), no período que decorreu entre 29 de fevereiro e 8 de julho de 2016, com a duração total de 750 horas.

O parto é um evento marcante na vida de uma mulher e da sua família. A promoção de uma experiência positiva implica a assistência da grávida/família, pautada pelo respeito, pelo reconhecimento da sua dignidade e da autonomia, reforçando a formação de vínculos familiares (Martins, 2011). Sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), o profissional que estabelece um contacto mais prolongado com a parturiente/família, a sua presença e o modo como cuida são imprescindíveis para uma assistência humanizada e de qualidade (Lima, Moreira, Martins-Melo, & Fernandes, 2012).

A institucionalização da assistência no trabalho de parto foi implementada almejando a diminuição das taxas de morbilidade e de mortalidade materna e perinatal. Porém, a implementação de práticas cada vez mais tecnológicas e intervencionistas, que contribuíram para uma melhoria dos resultados perinatais, também conduziram a uma assistência uniformizada, destituindo a mulher do seu papel ativo, causando-lhe insatisfação e medo (OE & APEO, 2012).

Na minha prática profissional como enfermeira generalista a exercer funções num BP, pude verificar que as expectativas dos casais, se prendiam com a vivência de um parto no qual os seus desejos se concretizassem.

Neste âmbito, tendo como ponto de partida a reflexão sobre a realidade no meu local de trabalho (na qual o parto só decorre na posição de litotomia), a constatação da manifestação da vontade das parturientes para adotarem posições verticais (ou não supinas) e as recomendações de várias entidades (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009;

OE, 2013c), iniciei uma revisão da literatura na qual desenvolvi conhecimentos relativos às vantagens dessas posições nomeadamente o controlo da dor. Deste modo, elegi como foco para o meu percurso de aprendizagem **a promoção da adoção de posições verticais no controlo da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto (TP).**

As posições verticais no primeiro estágio do TP são definidas como todas as posições nas quais a parturiente evite estar deitada, ou seja, incluem estar sentada, de pé (a deambular), de joelhos, em quatro apoios ou de cócoras (APEO & FAME, 2009; Balaskas, 2015). A evidência científica evidencia inúmeras vantagens da adoção destas posições, tais como: a redução do tempo de TP; a melhoria da dinâmica uterina; a melhoria da circulação materno-fetal e a diminuição do nível de dor da parturiente (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009; Romano & Lothian, 2008; Zwelling, 2010; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013).

Atualmente, nas salas de partos, a posição de litotomia como posição fundamental a adotar durante o TP, é justificada pelos profissionais pela “necessidade” da realização de intervenções (tais como a monitorização cardíaca fetal contínua, o uso rotineiro de cateterização venosa, a utilização de analgesia epidural), com a estrutura das salas de partos, e com a falta de informação das parturientes sobre as vantagens da mobilidade e da verticalidade (WHO, 1996; Zwelling, 2010).

Durante o TP a dor pode ocorrer como um fenómeno que interfere de forma negativa, condicionando a experiência do parto. Embora possa ser variável de mulher para mulher, a dor, durante o TP, pode ser severa e levar à perda de controlo. Durante o primeiro estágio do TP (tendo uma duração média de 8 a 12 horas em nulíparas e de 5 a 6 horas em múltiparas) as parturientes tendem a experimentar níveis de dor elevados podendo atingir a exaustão (Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikha, 2014; APEO & FAME, 2009; WHO, 1996). Porém, de acordo com a evidência científica que identifiquei (Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikha, 2014; Arulappan, 2014; Gizzo, et al., 2014; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013; Miquelutti M. A., Cecatti, Morais, & Makuch, 2009), este tipo de dor poderá ser efetivamente minimizado ou controlado pela parturiente ao adotar posições verticalizadas, contribuindo também para o aumento das possibilidades de ter um parto normal.

Alterar rotinas e práticas institucionalizadas constitui um grande desafio para a enfermagem e implica ultrapassar a resistência à mudança. Neste contexto, emergiu a importância da prática baseada na evidência científica e da sua divulgação como

contributo fundamental para o processo de mudança (OE, 2001, OE, 2011). Seguindo as orientações da *World Health Organization* (WHO, 1996), vários países têm desenvolvido estratégias para a promoção do parto fisiológico, com o mínimo de intervenções e com cuidados de elevada qualidade, e da autonomia da parturiente. O EEESMO, com os seus conhecimentos e competências, é o profissional de saúde que possui os instrumentos necessários para que os cuidados prestados sejam significativos para a mulher/família e para que a sua qualidade seja uma realidade (OE, 2011).

A prática baseada na evidência (PBE), é essencial, para a melhoria da qualidade dos cuidados e dos resultados em saúde (OE, 2006). Neste âmbito, é fundamental que o exercício profissional autónomo do EEESMO seja orientado pela tomada de decisão, que por sua vez deve integrar, o respeito pelas características individuais de cada mulher/família e a evidência científica atual (OE, 2015b).

De acordo com o Guia Orientador da UC - ER (ano letivo 2015/2016), este estágio tem como principal finalidade a aquisição de competências essenciais à *“prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal”*. O presente relatório, elaborado segundo uma metodologia descritiva, engloba uma reflexão crítica sobre o meu percurso de desenvolvimento de competências na área da Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente a competência H3 do Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro - “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”.

Deste modo, no percurso desenvolvido tive como bases orientadoras:

- as recomendações da WHO (1996) para o parto normal;
- o Projeto Maternidade com Qualidade (2013) [desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO)], mais especificamente os indicadores de evidência, “estímulo para a adoção de posições não supinas durante o trabalho de parto e parto” e “Alívio da dor/ medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto”;
- os objetivos da UC - ER, do plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

- as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE,2010a) e as competências da *International Confederation of Midwives* (ICM,2013).

O modelo teórico escolhido como referência para a realização do estágio e para a elaboração deste relatório, foi o Modelo de Jean Watson, uma vez que, “O enfermeiro é visto como um co-participante no processo de cuidar. Portanto é colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo” (Watson, 2002a, p 65). O estabelecer desta relação entre o enfermeiro e a parturiente, permite não só uma maior confiança por parte desta no profissional que lhe presta cuidados, como possibilita ao enfermeiro ajudar a parturiente “na aquisição de conhecimento próprio, autocontrolo e preparação para o auto cuidado” (Watson, 2002a, p. 65). Visto que *aprendemos uns com os outros*, o enfermeiro que acompanha o TP tem um papel preponderante, na promoção das posições verticais, contribuindo para que a parturiente adote a posição na qual pode conseguir um melhor controlo da dor e uma maior sensação de conforto.

Assim, os objetivos que presidiram ao desenvolvimento do meu estágio com relatório foram:

- Identificar a evidência científica sobre a promoção de posições verticais no controlo da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto;
- Mobilizar a evidência científica no decurso do estágio;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, promovendo a adoção de posições verticais como estratégias de controlo da dor;
 - Desenvolver competências na promoção da saúde da parturiente e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
 - Desenvolver competências para o diagnóstico precoce e para a prevenção de complicações durante o trabalho de parto;
 - Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o trabalho de parto.

A PBE, linha orientadora deste trabalho, surge como um elo entre os resultados da pesquisa e a sua aplicabilidade na prática, conduzindo a uma tomada de decisão

baseada no consenso das informações mais relevantes para um melhor cuidar (Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004; Pedrolo, et al., 2009).

O relatório que apresento encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico que sustenta cientificamente o meu percurso e onde é apresentado o referencial teórico conceptual que lhe serviu de referência. A segunda parte refere-se à análise crítica do desenvolvimento do meu percurso de aprendizagem e à aquisição de competências específicas do EEESMO, bem como às considerações éticas e limitações do percurso desenvolvido e às implicações para a prática. Por último apresento algumas considerações finais sobre os contributos do percurso realizado e as referências bibliográficas.

PARTE I - A VERTICALIDADE E O CONTROLO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

1. O TRABALHO DE PARTO NORMAL: CONCEITOS E PRESSUPOSTOS

O TP e o nascimento podem parecer acontecimentos simples, uma vez que, após o seu início, se segue uma sequência previsível de ocorrências que têm como desfecho final o nascimento. Contudo, a progressão real dos acontecimentos torna cada trabalho de parto uma experiência única (Colman & Colman, 1994).

Por TP entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos através dos quais os produtos da concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) são expulsos da cavidade uterina pelo canal vaginal para o exterior. Este processo resulta da presença de contrações uterinas regulares associadas ao apagamento e à dilatação do colo uterino, acompanhados pela descida fetal (Posner, Dy, Black, & Jones, 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), é definido como Parto Normal um:

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

Desde que lhes sejam dados o apoio e a atenção adequados, a maioria das mulheres saudáveis podem ter os seus filhos, com o mínimo de intervenções, sem que a segurança do processo seja comprometida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, 2010). Neste âmbito, realça-se que em Portugal, uma grande parte das mulheres, recorre aos cuidados hospitalares, assim que têm início as contrações uterinas (apesar de ainda poderem estar numa fase muito inicial do TP) resultando com frequência em situações de internamentos precoces. Neste processo, a avaliação do início do TP, é considerada como um dos aspetos mais relevantes pois se for incorreta poderá conduzir a uma cascata de intervenções precoces e desnecessárias (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal , 2010).

Assim, torna-se fundamental identificar de forma correta os sinais que apontam para um verdadeiro início de TP [progressão regular de contrações uterinas;

apagamento e dilatação do colo uterino; perda de líquido amniótico; existência de fluxo sanguinolento (Lowdermilk & Perry, 2008; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, 2010)] e os diferentes estádios do TP, uma vez que permitem compreender a dinâmica e evolução do mesmo (APEO & FAME, 2009). De acordo com Lowdermilk & Perry (2008) o TP engloba quatro estádios:

Primeiro estádio - inicia-se com o diagnóstico de trabalho de parto, correspondendo ao apagamento e dilatação cervical acompanhado pelas primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. Este estádio é ainda dividido em três fases: a fase latente (até ao apagamento do colo e 3/4 cm de dilatação); fase ativa (entre os 3/4 cm e os 8/9 cm de dilatação) e fase de transição (entre os 8/9 cm até à dilatação completa);

Segundo estádio – corresponde ao período que compreende a dilatação completa do colo uterino e a saída completa do feto;

Terceiro estádio – decorre desde a saída completa do feto até à expulsão da placenta e das membranas.

Quarto estádio – compreende as duas horas imediatamente após o parto, correspondendo ao período de recuperação imediata e de estabilização hemodinâmica.

Lowdermilk (2008a), considera que os diferentes estádios do TP são influenciados por vários fatores e enumera cinco fatores que considera essenciais: “o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe e as reações psicológicas” (Lowdermilk, 2008a, p.334). No entanto, a par com os aspetos fisiológicos e psicológicos da parturiente, existem outros fatores que também podem ter influência no processo, tais como o local e o ambiente físico, a cultura, a preparação para o nascimento e o apoio recebido (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009).

No que concerne ao parto normal destacam-se várias vantagens (quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicológico) tais como: uma recuperação materna mais rápida; um menor risco de hemorragia e de infeção; a diminuição do número de dias de internamento; a possibilidade da mulher assumir mais rapidamente o seu papel familiar e social; a diminuição de custos sociais e de saúde; e a facilitação da interação/participação do companheiro/pai e da interação mãe/bebé promovendo a sua vinculação e o processo de transição para a parentalidade (APEO & FAME, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, 2010).

No entanto, apesar das vantagens mencionadas, os profissionais de saúde tendem a assentar a sua prática profissional em pressupostos intervencionistas em prol da segurança dos cuidados obstétricos e do controlo do risco. Neste âmbito, constata-se uma utilização rotineira de intervenções (que interferem com a fisiologia do processo) e um aumento do stress experienciado pela mulher que podem condicionar o decurso do trabalho de parto implicando novas intervenções (APEO & FAME, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, 2010).

Tendo em conta a multiplicidade de contextos e de fatores que pode afetar a progressão de um TP normal, e no sentido de orientar os profissionais de saúde, a WHO publicou em 1996, “*Care in Normal Birth: a practical guide*”. Este guia contempla práticas que apelam ao respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, realçando que as intervenções devem ser cautelosas e seletivas e que os recursos tecnológicos disponíveis devem ser utilizados criteriosamente. Entre as práticas referidas destacam-se a importância da liberdade de posicionamento e de movimento durante o trabalho de parto e o encorajamento para a adoção de posições verticais.

Dentro da mesma lógica, a APEO e a *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME) publicam em 2009, um documento de consenso “Iniciativa Parto Normal”. Neste documento, é referida a utilização de posições verticais como prática utilizada no período de dilatação e como técnica complementar para o alívio da dor – “Poder movimentar-se livremente durante o processo de parto, ajuda a mulher a lidar com a sensação dolorosa” (APEO & FAME, 2009, p.49 e 65).

Em Portugal, a preocupação com a promoção do parto normal tem sido crescente e em 2012 a OE e a APEO publicaram o documento de consenso “Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada”. Neste documento, a liberdade de movimentos e a adoção de posições verticais durante o TP, são referidas como práticas promotoras do parto normal e é destacada a necessidade de serem incentivadas pelos profissionais de saúde (OE&APEO, 2012).

A MCEESMO, com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, e deste modo, incrementar os indicadores da prática clínica, em 2013, publicou o projeto “Maternidade com Qualidade”. Neste, o “estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto”, é apresentado como um indicador de evidência e de medida (OE, 2013c). Além disso, a “Liberdade de movimentos –

Deambulação/mudança de posição” é indicada como o primeiro dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor da parturiente (OE, 2013b, p.1).

Contudo, independentemente dos documentos elaborados, da sua divulgação e do esforço concertado de várias organizações (nacionais e internacionais) para promover a sua operacionalização, tem-se constatado uma forte tendência para a sobrevalorização da tecnologia e do intervencionismo (APEO & FAME, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, 2010).

Neste contexto, e segundo a APEO & FAME (2009) e a OE (2011), é fundamental que a prática da assistência ao parto normal seja uma PBE e que seja seguida e apoiada, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

2. A DOR NO TRABALHO DE PARTO: DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGENS

Globalmente a dor é definida como, uma sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (OE&ICN, 2011, p. 50).

Situada no TP, a dor é considerada como uma experiência subjetiva e individual que envolve uma complexa interação de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e ambientais (Leeman , Fontaine, King, Klein, & Ratcliffe, 2003; IASP, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008; Ebirim, Buowari , & Ghosh, 2012) e é referida como severa e insuportável por mais de noventa por cento das parturientes (IASP,2005).

Segundo Nilsen, Sabatino, & Lopes (2011), a dor e o desconforto no TP, podem ser de origem visceral e somática. Durante o primeiro estágio do TP, a dor é visceral e ocorre essencialmente durante a contração, levando à dilatação e ao apagamento do colo uterino. Os estímulos dolorosos têm origem no segmento inferior e no colo uterino, sendo transmitidos por fibras sensoriais que caminham juntas com os nervos simpáticos, entrando na medula ao nível da T10, T11 e T12 (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010a; Ebirim, Buowari , & Ghosh, 2012).

Com a progressão do primeiro estágio do TP e por ação da oxitocina, as contrações uterinas tornam-se mais intensas e dolorosas, atingindo a porção inferior do abdómen, irradiando para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e para as coxas (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010a).

No segundo estágio do TP, mais precisamente durante o período expulsivo, a dor é somática pela distensão e tração das estruturas pélvicas em redor da cúpula vaginal e pela distensão do assoalhado pélvico e do períneo (Nilsen, Sabatino, & Lopes, 2011).

Os fatores psicológicos, como a ansiedade e o medo, também estão associados ao aumento da intensidade da dor, devido ao aumento da secreção de catecolaminas (hormonas libertadas em situações de stress). A libertação destas hormonas, está normalmente aliada ao pico da contração (stress), porém quando o medo e a ansiedade são excessivos, a sua produção é quase contínua. Deste modo, a tensão muscular aumenta, a eficácia das contrações diminui e a experiência de desconforto e dor

elevam-se, podendo atrasar a progressão do TP (Schmid, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008).

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (OE, 2008, p.9).

Atualmente a dor tem uma expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados, pelo que os instrumentos de auto-avaliação devem ser privilegiados, tendo em conta a seguinte ordem de prioridade : “Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ);” entre outras (OE, 2008, p.16).

Neste âmbito, a monitorização e a promoção de medidas que contribuam para o alívio da dor da parturiente devem ser privilegiadas nos cuidados prestados pelo EEESMO. Perante a ocorrência de dor, “o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (OE, 2008, p.17). Durante o TP, a avaliação da dor é fundamental como ponto de partida para a promoção do seu alívio. Devido ao seu caráter pessoal e subjetivo, deve ser dada especial relevância ao auto-relato e as parturientes, devem ser orientadas de modo a poderem melhorar as sensações físicas e a prevenirem a percepção psicoemocional da dor (APEO & FAME, 2009).

A perspetiva intervencionista remete para uma abordagem farmacológica do alívio da dor, através das técnicas sistémica, inalatória e/ou loco-regional.

A técnica loco-regional (epidural) é a mais divulgada em Portugal devido à sua eficácia, apesar de ainda existirem algumas dúvidas sobre a possibilidade de efeitos adversos para a mãe e para o feto (WHO, 1996; Bismarck, 2003; Graça, 2010a).

O primeiro estágio do TP tem uma duração variável, podendo decorrer em aproximadamente trinta minutos, ou levar dois ou três dias. Durante a fase latente deste estágio, a maioria das parturientes referem a presença de contrações dolorosas, regulares e de forte intensidade (Balaskas, 2015). Porém, muitos dos profissionais de saúde ligados ao período periparto, defendem que “quando aplicada precocemente, antes dos dois centímetros de dilatação cervical”, a analgesia epidural, “conduz a um prolongamento do trabalho de parto” (Brazão, 2010, p. 361). Assim, apesar da parturiente referir dor, muitas vezes durante um período que pode ser longo, não reúne os critérios que possibilitem a realização de analgesia epidural.

Deste modo, realça-se a relevância da utilização das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Estas estratégias, incluem uma ampla variedade de técnicas orientadas a melhorar as sensações físicas e que previnem a percepção psicoemocional da dor (liberdade de movimento – mudança de posição/ deambulação, bola de Pilatos/nascimeto, hidroterapia, massagem, musicoterapia). Além disso, na maioria das vezes, não são necessários recursos dispendiosos para a sua aplicação e não impedem a utilização de estratégias farmacológicas para o alívio da dor numa fase posterior (APEO & FAME, 2009; Osório, Júnior & Nicolau, 2014).

A WHO realça a importância das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, visto não apresentarem efeitos prejudiciais sobre a fisiologia materna ou fetal. Neste âmbito apresenta a oportunidade da parturiente assumir posições verticais ou da sua preferência, durante o TP como o primeiro método não farmacológico do alívio da dor, a par do apoio empático que lhe deve ser prestado pelo EESMO (WHO,1996).

As estratégias não farmacológicas, por vezes não são valorizadas pelos profissionais de saúde nem pelas grávidas, que questionam ou veiculam algum ceticismo relativamente à sua efetividade. Neste sentido, a intervenção do EESMO é fundamental para a sua aplicação e implementação, identificando e divulgando a evidência científica que corrobora a sua efetividade na redução da intensidade da dor durante o TP.

3. A ADOÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: ALTERNATIVAS E CONTRIBUTOS NO CONTROLO DA DOR

A liberdade de movimentos, bem como a adoção de posições verticais ou a mudança de posição durante o TP, são identificadas na evidência científica como promotoras do TP normal. As posições verticais, ao permitirem a ação da gravidade, favorecem a progressão da apresentação fetal ao longo do canal de parto, da mesma forma que, os movimentos permitem a alteração dos diâmetros e da forma da pelve materna. No primeiro estágio do TP ajudam ainda a parturiente a gerir o desconforto provocado pelas contrações (Romano & Lothian, 2008; Di Franco, 2009; Shilling, 2009; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013).

Sabe-se hoje, que, antes da institucionalização e da medicalização do TP, as parturientes procuravam espontaneamente adotar posturas verticalizadas e que até à implementação do uso fórceps por François Mauriceau, no século XVII, a posição supina não aparecia associada ao TP. (Botell & Bermúdez, 2012; Di Franco, 2009; Silva, Silva, Soares, & Ferreira, 2007).

Mauriceau, incitou à uniformização da posição horizontal para o TP (afirmando que era mais confortável para a parturiente e para o profissional que assistia o parto, que era facilitadora das intervenções médicas e do estudo do mecanismo do parto) e a progressiva medicalização do parto, veio normativizá-la (Mamede, Mamede, & Dotto, 2007; Silva, Silva, Soares, & Ferreira, 2007).

Na sociedade ocidental, a utilização crescente das intervenções médicas, tais como, o uso da monitorização cardíaca fetal contínua, as perfusões endovenosas de oxitocina e a ampla utilização da analgesia epidural, interferiram com a liberdade de movimentos da parturiente e limitaram a adoção posições não supinas (Mamede, Mamede, & Dotto, 2007; Zwelling, 2010; WHO, 1996). De igual modo, a imobilidade durante todos os estádios do TP tornou-se uma ocorrência comum para os profissionais e amplamente aceite pelas mulheres.

No entanto, nos últimos anos, a mobilidade e a adoção de posições verticais (de joelhos, de cócoras, sentada, de pé e de quatro apoios) durante o TP têm sido objeto de interesse para os investigadores. Os estudos analisados, apontam como principais vantagens, os seguintes resultados:

- *Redução do tempo de TP* - As alterações hormonais que ocorrem ao longo da gravidez, conduzem ao relaxamento das articulações e ligamentos pélvicos. Associados à mobilidade materna e à força da gravidade durante o TP, favorecem a ampliação dos diâmetros pélvicos e a consequente facilitação da descida da apresentação fetal (alinhamento do feto na bacia materna) (APEO & FAME, 2009; Shilling, 2009; Simkin & Ancheta, 2011; Calais-Germain & Parés, 2013; Kumud, Rana, & Chopra, 2013; Gizzo, et al., 2014).

- *Melhoria da dinâmica uterina* – À adoção da verticalidade no TP estão associadas contrações uterinas mais regulares, intensas e eficazes, que são favorecidas pela pressão da apresentação fetal no colo uterino. Esta pressão influencia a segregação de oxitocina favorecendo a dilatação do colo uterino e o encadeamento de esforços expulsivos espontâneos (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009; Shilling, 2009; Simkin & Ancheta, 2011; Gizzo, et al., 2014).

- *Melhoria da circulação materno-fetal* – A circulação sanguínea nos grandes vasos abdominais, artéria aorta e veia cava, pode ficar comprometida pela posição materna. A posição de litotomia, facilita a compressão destes vasos pelo peso do útero e do feto, o que pode conduzir a padrões anómalos da frequência cardíaca fetal (FCF) ou à hipotensão materna. Desta forma, e para evitar esta compressão, são recomendadas posições verticais ou laterais, que traduzem melhores resultados materno-fetais. Nestas posições, observam-se melhorias nos valores tensionais maternos, na irrigação placentar e consequentemente na oxigenação fetal, que se traduzem em menor percentagem de padrões anómalos na frequência cardíaca e em menores alterações no pH fetal (WHO, 1996; Romano & Lothian, 2008; Di Franco, 2009; APEO & FAME, 2009; Zwelling, 2010; Simkin & Ancheta, 2011).

- *Diminuição do nível de dor da parturiente* – A liberdade de movimentos e a possibilidade de mudança de posição durante o TP, promovem o alívio da dor e consequentemente uma menor necessidade de analgesia (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009; Di Franco, 2009; Shilling, 2009; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013; Gizzo, et al., 2014). Segundo Balaskas (2015), numa posição verticalizada “há menor compressão sobre os nervos pélvicos que derivam da parte inferior da coluna e do sacro e menor resistência aos esforços uterinos” (Balaskas, 2015, p.65), logo menores níveis de dor.

A fisiologia da dor é variável no decurso do TP e o seu controlo e alívio condicionam o bem estar físico e emocional da parturiente, podendo afetar de forma significativa, a experiência do parto.

No primeiro estágio do TP, o movimento e a adoção de posições verticalizadas, constituem a mais importante resposta fisiológica à dor. Estas posições, possibilitam à parturiente uma melhor perceção, relativamente ao mecanismo da contração uterina e ao consequente aumento da pressão no períneo, o que lhe permite gerir e controlar a dor sentida ao identificar as posições que lhe proporcionam maior conforto. (Schimid, V., 2005; Bio, Bittar, & Zugaib, 2006).

Neste sentido, o projeto da MCEESMO da OE (2013b): “Maternidade com Qualidade”, apresenta no indicador de evidência e medida o “ Alívio da dor/medidas não farmacológicas no TP” no qual é mencionado como um dos principais métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a “Liberdade de Movimentos”, que inclui a “Deambulação/ mudança de posição” e a “Bola de Pilatos”.

De acordo com o relatório referente a 2014 (OE, 2015c), onde foram publicados os resultados deste projeto, “houve um aumento do número de parturientes em que ocorreu mobilidade durante o TP, em 60% das Instituições participantes” e foi confirmado que “a mobilidade adequada da parturiente influencia de forma positiva o trabalho de parto” (OE, 2015c, p.2).

As posições verticais e a possibilidade de se movimentarem livremente na procura da posição mais confortável, possibilitam uma diminuição da dor sentida pelas parturientes, e um maior auto-controlo durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2008; Simkin & Ancheta, 2011; Balaskas, 2015). Tal facto, permite que as parturientes se tornem participantes ativas e conscientes no seu parto, favorecendo a secreção de opiáceos endógenos – endorfinas (Schmid, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008).

A dor, compromete o processo de pensamento da pessoa que a vivência, perturba e interfere na sua qualidade de vida, pelo que o seu controlo é um intento prioritário (OE, 2008). O EEESMO pode assumir, um papel de extrema importância, no controlo da dor, promovendo o bem-estar físico e psicológico da parturiente durante o primeiro estágio do TP. Proporcionar informação, transmitir segurança, demonstrar compreensão e disponibilidade, dissipam na maior parte dos casos, os medos e as dúvidas sentidos pelas parturientes, condicionando positivamente a sua perceção da dor, e, por conseguinte, a experiência do parto. Neste âmbito, a utilização da tecnologia não deve condicionar a qualidade dos cuidados prestados, e os profissionais devem

procurar estratégias que permitam a liberdade de movimentos e a adoção de posições não supinas, possibilitando um maior alívio da dor e a satisfação das parturientes (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009; Zwelling, 2010; Baker, 2010).

4. A TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON NA PROMOÇÃO DO ALÍVIO DA DOR DA PARTURIENTE

O *cuidar* é entendido como a “essência da Enfermagem, sendo caracterizado pela reciprocidade entre” o enfermeiro e a “pessoa cuidada” (Silva, Valente, Bitencourt, & Brito, 2010, p.549).

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)” (OE, 2001, p.10). Assim, a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, constitui uma oportunidade de *cuidar*, sendo o objetivo deste cuidado “ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde”(OE, 2001, p.10). Segundo Romano e Lothian (2008), os enfermeiros obstetras encontram-se numa condição privilegiada para prestar cuidados, que, ao serem baseados na evidência científica, ajudam a parturiente a tomar a sua própria decisão informada. Além disso, ao envolverem a parturiente como parceira na formulação do seu plano de cuidados, ajudam-na a preservar a sensação de controlo, promovendo a sua participação no nascimento do seu filho e o reforço da sua auto estima e do seu nível de satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008).

Cuidar é considerado como uma das características centrais dentro do meta-paradigma do conhecimento e da prática de enfermagem (DiNapoli & Nelson, 2010). Na escola “Caring”, situada no paradigma da transformação, é reconhecida à pessoa cuidada, a competência para ser agente e parceira nas decisões de saúde que lhe dizem respeito (Kèrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996), o que me impulsionou a eleger como linha orientadora deste trabalho, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (1979).

De acordo com a teoria de Jean Watson, “a arte de cuidar ganha dimensões próprias da enfermagem”, não se traduzindo em atividades e tarefas rotineiras, mas sim “num trabalho complexo que deve ter como finalidade o atendimento às pessoas, por intermédio da ação de cuidar” (Mathias, Zagonel, & Lacerda, 2006, P.334). Neste sentido, a relação que se estabelece “de humano-para-humano”, permite:

ajudar a pessoa a encontrar significados na doença, no sofrimento, na dor e na existência; (...)
ajudar o outro a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual um sentido de harmonia é estabelecido, apesar das circunstâncias externas” (Watson, 2002a, p.96).

Assim, o enfermeiro é um co-participante neste processo, pois ao desenvolver o cuidado com uma intencionalidade genuína, torna possível a conexão com a pessoa cuidada através da empatia. Deste modo, as prioridades e interesses no cuidado dessa pessoa, vão ao encontro das suas prioridades e interesses individuais (Mathias, Zagonel, & Lacerda, 2006).

Durante o TP, a relação que se estabelece entre o enfermeiro obstetra e a parturiente/família é fundamental para a qualidade e significado dos cuidados prestados. Esta relação permite ao enfermeiro compreender de forma profunda o alvo dos seus cuidados, as suas expectativas e receios relativamente ao TP e ir ao seu encontro promovendo a sua autonomia de modo a tornar o processo, numa experiência positiva.

Na perspetiva de Watson (2002a), “a pessoa não é simplesmente um organismo ou um ser físico”, pois possui três esferas do ser – mente, corpo e alma, sendo um organismo que experiencia e compreende (Watson, 2002a, p.98). Desta forma, deve ser tida em consideração a sua autonomia e a sua liberdade de escolha, que leva ao seu autoconhecimento, ao autocontrolo e conseqüentemente à sua responsabilidade no próprio cuidado (Talento, 2000) .

A possibilidade de se movimentar e de trocar de posição durante o 1º estágio do TP, empodera a parturiente, contribui para a sua espontaneidade e desinibição e facilita o assumir do controlo sobre a sua experiência de parir (Balaskas, 2015).

Segundo Watson (2015, 2016), os principais elementos conceituais da sua teoria são: processo *Clinical Caritas*; o momento do cuidado transpessoal; consciência do cuidado e as modalidades de cuidado-cura.

Os elementos do processo *Clinical Caritas*, evoluíram a partir dos fatores de cuidados apresentados inicialmente por Watson na sua teoria. Assim, ao expor estes elementos, Watson amplia os seus conceitos, incluindo a fé do ser cuidado, a conexão do ser humano para um plano que ultrapassa o concreto e visual e a proposição do *healing* (recomposição, restauração, reconstituição do ser) que não deve ser entendido como cura (Mathias, Zagonel, & Lacerda, 2006; Carvalho, Neta, Silva, & Araújo, 2011).

O processo *Clinical Caritas* é composto por dez elementos do cuidado:

1. Praticar o amor, a amabilidade e a equidade, no contexto da consciência do cuidado;
2. Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado;
3. Cultivar práticas próprias espirituais e do “eu transpessoal”, ultrapassando o próprio ego;
4. Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico;

5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada;
6. Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, alinhado em práticas artísticas de cuidado-reconstituição;
7. Empenhar-se na experiência genuína de ensino/aprendizagem para se autogerir e aprimorar o autoconhecimento;
8. Criar um ambiente de reconstituição (healing), em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado;
10. Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da qual a do ser cuidado. (Watson, 2015, p. 325)

A palavra *Caritas* tem origem no grego, significando valorizar e dar especial atenção afetiva. O processo *Caritas* em enfermagem encoraja os enfermeiros, a não se centrarem apenas no cuidado físico, mas também nos valores espirituais. Assim, o enfermeiro e a pessoa cuidada, envolvem-se em relações de cuidados autênticas, e as tarefas de rotina e os cuidados convencionais tornam-se holísticos. A prestação de cuidados de forma holística, permite que ambos (enfermeiro e pessoa cuidada), se conectem num nível mais profundo da humanidade e do universo, desenvolvendo uma relação transpessoal (Lukose, 2011).

Deste modo, só o desenvolvimento de uma relação profunda entre o EEESMO e a parturiente, permite que este a compreenda no seu todo. A cultura da parturiente, as suas experiências anteriores, a preparação ou não para o nascimento e o apoio recebido influenciam de forma significativa o comportamento e a dor sentida durante o 1º estágio do TP. Assim, a sua atitude pode variar em função destes fatores, podendo “não refletir de forma fidedigna, a intensidade da dor” nem os sentimentos experienciados pela parturiente (Lowdermilk, 2008c, p. 357).

Segundo Watson (2002b), uma relação transpessoal, refere-se

a uma relação intersubjetiva, de pessoa-para-pessoa, que inclua dois indivíduos num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois, ligando outras dimensões de ser e uma consciência mais profunda/mais elevada que dê ao campo fenomenológico e planos de sabedoria interior: o reino do espírito humano (Watson, 2002b, p.114).

Perante esta perspetiva, torna-se importante refletir sobre o momento do cuidado e a relação de cuidado que se estabelece, entre a parturiente e o EEESMO. Quer o enfermeiro, quer a parturiente, “possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se

desenvolvem” (OE, 2001, p.10), que são transportados para o momento do cuidado. Assim, quer as intervenções do EEESMO, quer a forma como a parturiente vive o seu TP e lida com as emoções sentidas (medo, dor), atingem dimensões mais profundas do ser humano. Ambos “ transportam para a relação uma história de vida e um campo fenomenológico, que é experiênciado de modo único (a partir do mundo interior de cada um)”, sendo cada interveniente influenciado pela natureza do momento (Watson, 2002b, p.115).

Deste modo, tanto o enfermeiro como a pessoa cuidada, estão “num processo de ser e de se tornar”, pois “o momento de cuidar transpessoal torna-se parte da história de vida de ambas as pessoas e oferece-lhe novas oportunidades” (Watson, 2002, p.115-116). Assim, o cuidar ultrapassa o tempo e o espaço e continua como parte do maior complexo padrão de vida de ambos (Watson, 2010).

Nesta linha de pensamento, Watson (2002b) refere a importância da consciência de cuidar, sendo esta a intencionalidade para cuidar (curar). Ou seja, esta consciência corresponde ao uso deliberado do pensamento (imagens e sentimentos), que cada pessoa usa e que pode influenciar a sua fisiologia e saúde física. Do mesmo modo, a intencionalidade consciente do enfermeiro, para cuidar “deverá sustentar ideias que são cuidativas, carinhosas, abertas, generosas e recetivas” em vez de, “intencionalidade para controlar manipular e ter poder” sobre a pessoa cuidada (Watson, 2002b, p. 121). Deste modo, os sentimentos (vibrações) transmitidos pelo EEESMO, à parturiente/família, poderão condicionar de forma significativa a experiência. Os EEESMO que respeitam a parturiente, a apoiam, protegem, encorajam, que estão disponíveis e a confortam, ajudam-na a recordar a experiência do nascimento dos seus filhos de forma positiva. Por sua vez mulheres que foram pouco apoiadas, sentem-se frustradas relativamente à experiência do parto, recordam sentimentos de dor, falta de conforto e os comportamentos negativos de alguns prestadores de cuidados (Lowdermilk & Perry, 2008).

A forte ligação que se estabelece entre o EEESMO e a parturiente, no momento do cuidado transpessoal, atinge um nível mais profundo, ultrapassando o momento presente e contribuindo para o processo de cuidar-curar (Lukose, 2011). Para Watson (2015), as modalidades de cuidado-cura vão além do momento de cuidado, pois ficam intrínsecas em quem as vivencia e refletem-se posteriormente. A teoria de Watson, vê além do físico e do presente, procurando fontes mais profundas de cura interior, definidas mais em termos espirituais do que na eliminação da doença/dor do momento presente.

PARTE II – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O estágio, que proporcionou o desenvolvimento das minhas competências, decorreu nos Serviços de BP e SUOG, de dois hospitais localizados em diferentes regiões do país.

Iniciei o meu percurso num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, que serve uma população de cerca de 340.000 habitantes e no qual ocorrem cerca de 3000 partos por ano. A maternidade desse hospital tem como alicerces, para a sua metodologia de trabalho, a humanização dos cuidados e a satisfação das utentes/famílias (SNS, 2016), integrando o Projeto Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015c).

As utentes que recorreram ao serviço de urgência deste hospital, eram utentes grávidas ou do foro ginecológico da sua área de abrangência e utentes de outras regiões do país por falta de recursos, para a ocorrência de um parto de alto risco.

Por sua vez, no BP do hospital referido prestam-se cuidados a parturientes em todos os estádios do TP, a grávidas em indução do TP e são prestados cuidados intensivos a grávidas ou puérperas com patologia grave. Os cuidados imediatos aos RN são prestados no berçário. São ainda proporcionadas às parturientes de baixo risco todas as condições promotoras de um parto normal, incluindo a liberdade de movimentos durante o primeiro e segundo estádios do TP.

A equipa de enfermagem, deste serviço englobava 36 enfermeiros obstetras, a enfermeira chefe e 8 enfermeiros de cuidados gerais. Esta equipa encontrava-se dividida em 5 equipas, estando distribuídos em cada turno, 5/6 enfermeiros obstetras e 1/2 enfermeiros de cuidados gerais. O enfermeiro chefe de equipa, era responsável por distribuir os elementos em cada turno, utilizando a metodologia de trabalho do enfermeiro responsável e procurando cumprir os rácios de 1:2 no primeiro estágio do TP e de 1:1 no segundo estágio (OE, 2014).

A segunda metade do meu percurso decorreu num hospital de referência de um centro hospitalar do sul do país no qual ocorrem cerca de 2500 partos por ano. Esse hospital, assegura a prestação de cuidados de saúde, a uma população de 450.000 habitantes, número que pode triplicar no verão (SNS, 2016). No BP prestam-se cuidados a grávidas com complicações da gravidez e a parturientes em todos os

estádios do TP, uma vez que a unidade de grávidas/medicina materno-fetal, é parte integrante do serviço, localizando-se paralelamente ao serviço de urgência e ao BP. Os cuidados imediatos aos RN são prestados nas salas de partos e no mesmo piso localizam-se ainda a unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, o serviço de internamento de puerpério e de ginecologia.

A equipa de enfermagem, era constituída por 27 enfermeiros obstetras, a enfermeira chefe e 16 enfermeiros de cuidados gerais. Em cada turno estavam presentes 4 EEESMO e 3 enfermeiros de cuidados gerais. Na maioria dos turnos ficava apenas 1 EEESMO, acompanhado de 1 enfermeiro de cuidados gerais, responsável por todas as parturientes que ocupavam as quatro salas do BP.

Relativamente aos espaços físicos e aos recursos materiais, ambos os serviços apresentavam um ambiente acolhedor, possibilidade de controlo de temperatura e de luminosidade, música, bolas de partos e permitiam a presença do acompanhante significativo.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em Portugal, “O EEESMO é aquele que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências específicas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” (OE, 2011, p.2). No decorrer do TP, o EEESMO assume um papel de grande relevância sendo da sua competência “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2010a, p.5).

Com o intuito de promover o meu desenvolvimento de competências específicas enquanto futura EEESMOG, foi fundamental aproveitar cada experiência, cada situação e cada atividade realizada ao longo desta UC. A par disso, destaco ainda a importância da atualização permanente dos conhecimentos, através da consulta da evidência científica disponível, que segundo a OE (2015b), é uma das condições primordiais para a excelência dos cuidados.

Neste capítulo, tenho como finalidade descrever o meu percurso de aprendizagem, refletindo sobre as várias competências que desenvolvi e as atividades que realizei.

2.1. Identificação da evidência científica sobre a promoção de posições verticais no controlo da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto

O enfermeiro deve manter o rigor técnico e científico na implementação das suas intervenções através da atualização contínua dos seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, aperfeiçoando sistematicamente as suas competências (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril). Assim, de acordo com OE “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional (...) nem o exercício profissional (...) pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p.6).

Deste modo, o EEESMO deve procurar manter os seus conhecimentos atualizados, de forma a otimizar as suas competências e a qualidade dos cuidados por si prestados.

A eficácia das intervenções em saúde, tem sido uma das principais preocupações dos profissionais, ao longo dos tempos. Ao reconhecerem a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica, os enfermeiros, têm estado na vanguarda da PBE (Caring & Smyth, 2004; JBI, 2014).

Galvão (2004), refere a revisão sistemática da literatura como um dos recursos mais importantes na PBE, pois facilita a análise da evidência ao categorizar, avaliar e sistematizar os resultados pesquisados. Nesta lógica, perante os contributos desse tipo de metodologia e perante a impossibilidade de respeitar todas as suas etapas, a revisão da literatura (RL) realizada no decurso do estágio com relatório teve como ponto de partida a formulação de uma questão que permitisse a emergência de uma resposta com significado e que orientasse os passos subsequentes (Craig & Smyth, 2004).

Assim, elaborei a questão segundo a mnemónica PICO: *Population, Intervention, Comparison, Outcome(s)* (JBI, 2014): **Qual a efetividade da adoção de posições verticais (I) pela parturiente (P), como estratégia de controlo da dor no primeiro estágio do trabalho de parto (O)?**

Quadro 1.- Questão PICO

Acrónimo	P (População)	I (Intervenção)	C (Comparação)	O (Outcomes)
Descrição das Componentes	Parturientes	Posições verticais	Estudos randomizados	Dor no primeiro estágio do TP

Para a realização da RL, tendo em conta os protocolos da Joanna Briggs Institute (JBI, 2014), foram eleitos os descritores, em linguagem natural e em linguagem indexada, que combinados com os operadores booleanos OR e AND originaram as seguintes expressões de pesquisa:

- **Termos indexados na CINAHL Plus with Full Text (CINAHL Headings):**
(“Expectant mothers” OR “Female” OR “Labor Stage, First”) AND “Patient, positioning” AND (“Randomized Controlled Trials” OR “Clinical Trials+”) AND “Labor, pain”

- **Termos indexados na MEDLINE with Full Text (MeSH2016):**

(“Female” OR “Pregnant Women” OR “Labor Stage, First”) AND “Patient Positioning+” AND “Labor Pain”

- **Termos indexados na base de dados na Cochrane Central Register of Controlled Trials:**

(“Female” OR “Labor Stage, First”) AND (“patient positioning” OR “patient positioning nursing”) AND (“labor pain” OR “labor pain nursing”)

- **Termos indexados na base de dados Cochrane Database of Systematic Reviews:**

(“Expectant mother” OR “Female” OR “Labor Stage, First”) AND (“Patient, positioning” OR “Upright positions”) AND (“Pain” OR “Labor, pain”)

- **Termos indexados na base de dados Abstracts of Reviews of Effects:**

(“female” OR “labor stage, first”) AND “patient, positioning” AND (“labor pain” or “labor pain nursing”).

- **Linguagem natural Google Académico:**

Vertical positioning AND labor pain AND first stage of labor.

Segundo a JIB (2014), o comparador é o elemento da mnemónica PICO que pode ser deixado fora da questão, ou posicionado como uma declaração generalizada. Na questão formulada, a comparação aparece nas bases de dados como randomized controlled trials ou clinical trials, porém quando associei a estes termos o operador booleano AND na realização da pesquisa, todos os artigos foram excluídos (à exceção da base de dados CINAHL).

Para rever a melhor evidência científica, defini os critérios de inclusão, o horizonte temporal e as bases de dados utilizadas para a realização da pesquisa. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos de natureza quantitativa e revisões sistemáticas de literatura com meta análise; estudos que englobassem parturientes no primeiro estágio do TP e estudos publicados em língua inglesa. O horizonte temporal utilizado disse respeito ao período entre 2007 e 2017. A plataforma utilizada foi a EBSCOHost (CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE With Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials; Abstracts of Reviews of Effects) e Google Académico.

A estratégia de pesquisa utilizada visou encontrar estudos publicados e não publicados, sendo realizada em três etapas: uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE e CINAHL; uma segunda pesquisa nas outras bases de dados incluídas; e por último uma pesquisa manual nas listas de referências dos estudos que responderam positivamente aos critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e a eliminação dos artigos repetidos obtiveram-se 52 artigos (Apêndice 1). A seleção dos artigos foi efetuada através da leitura do título, do resumo e sempre que existiram dúvidas, do texto integral, tendo sido selecionados 7 artigos. A extração de dados dos estudos selecionados foi feita com base no instrumento de extração de dados do JBI – MASTARI data extraction instrument. Realço ainda, que, nos estudos selecionados os posicionamentos verticais foram promovidos através de várias estratégias (tais como: a dança, a bola de nascimento, a liberdade de posicionamentos, a orientação para a mudança de posicionamentos) e a avaliação da dor foi efetuada através de escalas visuais analógicas e/ou escalas numéricas.

No estudo randomizado desenvolvido por Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikha (2014), foi avaliada a efetividade da verticalidade (posição adotada para dançar) no controlo da dor. A dor e a satisfação foram medidas através da escala visual analógica e na análise dos dados foi utilizado o teste t e o Qui-quadrado. A pontuação média da dor no grupo que utilizou a dança durante o trabalho de parto foi significativamente mais baixa do que a do grupo de controlo ($p < 0.05$). A pontuação média da satisfação no grupo que utilizou a dança durante o trabalho de parto, foi significativamente maior do que a do grupo de controlo ($p < 0.05$). Realçaram ainda que a efetividade da verticalidade foi superior na avaliação efetuada 30 minutos depois da intervenção (pontuação média da dor no grupo de controlo foi de 9.56 e no grupo que utilizou a verticalidade foi de 8.73).

Arulapan (2014), desenvolveu um estudo randomizado em que utilizou a bola de nascimento para promover a verticalidade durante o primeiro estágio do TP. Para a avaliação da dor utilizou uma escala numérica (de zero a 10) e verificou, que a intensidade da dor referida pelas parturientes que utilizaram a bola, foi significativamente menor, comparativamente com aquelas que não a utilizaram. No grupo que utilizou a bola, nenhuma das parturientes apresentou dor intensa (entre 7 e 10), porém, no grupo controle, 12,45% das parturientes referiram dor intensa. Relativamente à dor moderada (entre 4 a 6), 56,6% das parturientes do grupo que

utilizou a bola apresentaram dor moderada comparativamente com 81,9% das parturientes do grupo que não utilizou. Este estudo revelou uma diferença significativa entre a dor referida pelo grupo submetido à intervenção ($p=0.001$) e o grupo de controlo.

Gizzo, et al. (2014), desenvolveram um estudo em que entre outros aspetos, avaliaram o efeito da adoção de posições verticais no nível de dor das parturientes (e na sua solicitação de analgesia). Utilizaram uma escala numérica para avaliação da dor (0-10) e encontraram diferenças significativas nos níveis de dor ($p < 0.001$) e nas solicitações de analgesia ($p < 0.0001$). A pontuação média da dor foi maior no grupo que não adotou posições verticais bem como a percentagem dos pedidos de analgesia 34.8% (comparativamente com 9.6% das parturientes que adotaram posições verticais).

Phumdoung, et al., (2014) realizaram um estudo comparativo em que analisaram a efetividade das posições verticais (de joelhos e semi-sentada com a cabeça elevada num ângulo entre 45-60°, simultaneamente com a audição de música) e da utilização de oxitocina no alívio da dor durante o TP. Medições repetidas (utilizando a análise das covariâncias) revelaram que o grupo que adotou posições verticais apresentou menos dor e menos “distress” causado pela dor do que o grupo que utilizou oxitocina. Neste estudo foi utilizada uma escala visual analógica (régua de dor 0-100mm) tendo-se verificado uma diferença média, entre os dois grupos, de 10,20mm na primeira hora, 10,71mm na segunda hora e 8,62mm na terceira hora.

Rana (2012), estudou a relação existente entre a posição adotada pelas parturientes na fase ativa do TP e o nível de dor. Assim, orientou as parturientes para alternarem a posição sentada com a posição supina de modo a poder comparar o nível de dor. A maioria das parturientes que estava sentada referia um nível de dor abdominal menor (do que as que estavam em posição supina) e as parturientes que mudavam da posição de sentadas para posições supinas referiram intensificação da dor. Rana, concluiu que na fase ativa do trabalho de parto, havia uma relação estatisticamente significativa entre a posição adotada (nas posições verticais constatam-se menores níveis de dor) e o nível de dor na região lombar e abdominal ($p = 0,000$).

Miquelutti M. A., Cecatti, Morais, & Makuch (2009), (apesar de considerarem a hipótese dos resultados do estudo que desenvolveram estarem contaminados pelo facto de as parturientes dos dois grupos em determinadas fases terem alternado

posições supinas e verticais) utilizaram uma escala visual analógica (0-10) em fases diferentes do TP (4cm, 6cm e 8cm de dilatação). A avaliação da dor de acordo com a posição adotada aos 4 cm de dilatação, mostrou que as mulheres com pontuação média da dor <5 se mantiveram na posição vertical cerca de 41% da duração do TP, enquanto que as que tiveram uma pontuação média da dor >7 permaneceram na posição durante 21% da duração do TP ($p=0.02$). Aos 6 cm de dilatação não foram encontradas diferenças significativas. Os autores concluíram que as posições verticais são uma prática não farmacológica que ajuda no alívio da dor e promove o conforto da mulher durante o TP. Mencionam ainda que a orientação dos profissionais de saúde sobre as várias posições verticais que podem ser adotadas durante o parto pode ajudar as mulheres a sentirem-se confortáveis e a minimizar a dor durante esta fase e que esta prática está de acordo com as diretrizes estabelecidas para a humanização do parto.

No estudo desenvolvido por Nilsen, Sabatino, & Lopes (2011), foi avaliada a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o TP, entre mulheres que tiveram um parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia. Utilizaram um questionário validado para avaliar a dor e o comportamento durante o TP (segundo a perspetiva da mulher), e duas escalas de dor: uma analógica e outra alfanumérica. No entanto os autores referiram que quando analisaram a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto de acordo com as três posições estudadas, não houve diferença significativa.

A análise dos resultados de 6 dos 7 artigos selecionados, confirmam a efetividade das posições verticais no controlo da dor durante o primeiro estágio do TP (Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikha, 2014; Arulappan, 2014; Gizzo et al, 2014; Phumdoung, et al., 2014; Miquelutti, Cecatti, Morais, & Makuch, 2009;). Neste âmbito, realço a importância da divulgação da evidência científica aos profissionais de saúde e da informação das parturientes/acompanhantes sobre as vantagens das posições verticais no controlo da dor durante o TP.

2.2. Mobilização da evidência científica no decurso do estágio

A promoção de posições verticais no primeiro estágio do TP como estratégia para o alívio/controlo da dor, constituiu o foco da minha aprendizagem ao longo deste estágio. Apoiada pelo indicador de evidência “Alívio da dor/medidas não farmacológicas no TP e parto” e do projeto “Maternidade com Qualidade” (OE, 2013b)

a minha atuação, foi pautada pela mobilização dos conhecimentos adquiridos através da realização da RL.

Atendendo a que “um grupo de trabalho é aquele que interage, principalmente, para partilhar informação e tomar decisões que auxiliem cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente” (Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes, 2005, p. 204), foi igualmente relevante expor e promover a importância da utilização de posições verticais, junto das equipas de enfermagem dos locais onde decorreu o estágio.

Deste modo, e atendendo às características específicas de cada equipa de enfermagem e das práticas utilizadas em cada um dos locais de estágio, procurei planejar estratégias adequadas a cada contexto institucional e profissional.

O primeiro hospital onde tive o privilégio de estagiar, integrava o Projeto “Maternidade com Qualidade” (OE, 2015c), pelo que a promoção das posições verticais como estratégia para o alívio da dor, era amplamente utilizada junto das parturientes. Neste sentido e procurando desenvolver competências nesse âmbito foi fundamental desenvolver a abordagem dessa temática junto das parturientes/famílias. Assim, a principal ferramenta utilizada, foi a comunicação, uma vez que é um instrumento elementar do cuidado em enfermagem, estando presente em todas as ações realizadas seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender às necessidades básicas das parturientes (Pontes, Leitão & Ramos, 2008). Neste contexto e com o objetivo de complementar a informação fornecida oralmente, planeei e elaborei um álbum seriado, com imagens alusivas às posições verticais para o alívio da dor no TP.

A promoção de posições verticais para o controlo/alívio da dor no primeiro estágio do TP junto das parturientes/famílias, implicou o planeamento e a realização de várias atividades, que passaram não só pela informação, sugestão e incentivo, mas, principalmente, pela demonstração de disponibilidade e pelo apoio efetivo.

Deste modo, procurei capacitar as parturientes com conhecimentos relativamente a cada intervenção proposta promovendo a sua participação ativa durante o TP e um maior controlo sobre o seu corpo (Balaskas, 2015).

Neste âmbito, realço que no período de estágio que desenvolvi no segundo hospital, a realidade encontrada foi francamente diferente. Nessa unidade, além de constatar que não era promovida a adoção de posições verticais, verifiquei que as parturientes, permaneciam em posições supinas durante toda a fase ativa do TP.

Atendendo a que um trabalho em equipa gera sinergia positiva através de um esforço coordenado (Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes, 2005), procurei planear momentos de reflexão em equipa nos quais me fosse possível divulgar a evidência científica encontrada e perceber informalmente as perspetivas dos EEESMO face à mesma. Assim, em concordância com a docente orientadora, a EEESMO orientadora e com a Sra. enfermeira chefe deste serviço, foi planeada e realizada uma ação de formação que decorreu no dia 20 de junho de 2016, na sala de reuniões do serviço.

A realização dessa ação de formação permitiu, clarificar conceitos, divulgar a evidência científica identificada, promover um espaço de partilha de conhecimentos e de experiências entre os enfermeiros do serviço e a reflexão sobre os cuidados prestados na sala de partos. Na ação realizada, a monitorização cardiotocográfica contínua, a administração de fluidoterapia e os efeitos da analgesia epidural, foram os aspetos verbalizados pelos EEESMO como obstáculos à verticalidade durante o TP.

Destarte, a sessão de formação realizada foi, sem dúvida, positiva e gratificante para o meu percurso de aprendizagem, pois a reflexão conjunta com esta equipa de enfermagem pareceu contribuir para a mudança relativamente a alguns aspetos. Entre as mudanças referidas, destacam-se uma maior utilização do sistema de telemetria existente no serviço (e que raramente havia sido utilizado), a monitorização cardíaca fetal intermitente em parturientes de baixo risco (com a possibilidade de deambularem e de utilizarem os sanitários) e a promoção de outras posições junto das parturientes em detrimento da posição horizontal.

2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, promovendo a adoção de posições verticais como estratégia de controlo da dor

Acompanhar a parturiente/família durante o TP, é uma das actividades mais importantes do EEESMO, principalmente se atendermos à ansiedade e ao medo, que este momento representa para a maioria dos envolvidos (Silva, 2010). O controlo da dor durante o TP é um dos cuidados prioritários, contribuindo para o bem estar físico e emocional das parturientes. A promoção das posições verticais durante o primeiro estágio do TP, permite às parturientes sentirem um maior controlo da dor, terem a

percepção da posição que lhes proporciona maior conforto e participarem mais ativamente no seu TP (Nilsen, Sabatino, & Lopes, 2011).

A experiência de cuidado que se desenvolve entre o EEESMO e a parturiente, quer seja na fase latente, quer seja na fase ativa do TP, é caracterizada pela parceria estabelecida. “Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2001, p.10). O EEESMO através das suas competências, deve incluir nos cuidados que presta a análise das preferências das mulheres relativamente a todos os aspetos da experiência da gravidez e do nascimento, respeitando as suas crenças, valores e tradições específicas (APEO & FAME, 2009).

Segundo Watson (2002b), a “ocasião real de cuidar (...) envolve acção ou escolha por parte do cuidador e do receptor dos cuidados”. Esta relação (transpessoal) que se estabelece entre ambos tem como objetivo a proteção, o aumento da preservação da dignidade, da humanidade, do todo e da harmonia interior, contemplando ainda o auto-conhecimento e o auto-controlo (Watson, 2002b).

Assim, enquanto o EEESMO, auxilia a parturiente/família na vivência ativa do seu parto, esta, proporciona ao EEESMO momentos de aprendizagem, de reflexão, de desenvolvimento e a melhoria das suas competências, para um melhor cuidar.

2.3.1. Desenvolvimento de competências na promoção da saúde da parturiente e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

Durante este estágio, tive o privilégio de prestar cuidados a 85 parturientes/famílias, procurando estabelecer uma relação empática, focada no respeito, de modo a assegurar a sua dignidade e individualidade. Segundo Watson (2010a), a manutenção da dignidade humana é um dever vital da enfermagem.

O primeiro contacto que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente/família, é de extrema importância, uma vez que alguns fatores como a comunicação, a confiança e a empatia, condicionam o estabelecimento de uma relação terapêutica e a experiência do parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Deste modo, procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica adequada, na qual as parturientes sentissem a minha disponibilidade, ajudando-as assim a exteriorizar os seus sentimentos (Watson, 2002a). Este tipo de abordagem permitiu-me realizar uma avaliação inicial completa

e detalhada de cada parturiente a quem prestei cuidados (suplementada com a consulta do Boletim de Saúde da Grávida, do processo de enfermagem e dos exames complementares de diagnóstico) e uma avaliação e análise das suas preferências, proporcionando um cuidado personalizado e humanizado, indo ao encontro dos seus desejos e expectativas.

No decorrer do estágio, nenhuma das parturientes a quem tive oportunidade de prestar cuidados, apresentou um plano de parto por escrito. Porém a maioria referiu verbalmente as suas preferências.

Durante o primeiro estágio do TP o apoio do EEESMO é fundamental, pois embora a maioria das parturientes venha informada e com expectativas relativamente ao seu parto, é no desenrolar do mesmo que surge grande parte das dúvidas e receios.

Sobre este aspeto, a OE refere que “quando a mulher não apresenta um plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas” (OE, 2015b, p.39).

Procurei, ainda, promover o parto normal, tendo sempre em conta fatores como o ambiente físico, o apoio durante o TP, o consentimento informado da parturiente, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a liberdade de movimentos, a nutrição durante o TP e a avaliação do bem estar fetal.

Promovi a prestação de cuidados individualizados, evitando procedimentos rotineiros, tendo em atenção o conforto e a autonomia da parturiente/família e a progressão do TP. Neste contexto, foi fundamental desenvolver a prática da compaixão, da compreensão e da equidade, tendo em consideração a importância da consciência/intencionalidade do cuidado (Watson, 2015, 2016).

Atendendo a que o TP pode ser influenciado por inúmeros fatores, tais como o ambiente e o apoio que é prestado à parturiente durante o TP, promovi sempre junto destas um ambiente tranquilo, assegurando a privacidade, o conforto e a presença de um familiar significativo (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009; Balaskas, 2015).

O apoio que é dado à parturiente/família, “reduz as consequências adversas do medo e do stress associado ao TP num lugar desconhecido” (APEO & FAME, 2009, p. 74).

Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, crenças e valores, permite compreender mais profundamente a pessoa cuidada (Watson, 2015, 2016). Neste sentido, pratiquei a escuta ativa das parturientes,

incentivei-as a colocarem questões e a esclarecerem as suas dúvidas de modo a identificar as suas necessidades. O esclarecimento de dúvidas, a explicitação de conceitos e de termos técnicos bem como a avaliação de cada situação em particular, permitiram-me fornecer informação significativa que pareceu contribuir de forma positiva para a experiência das parturientes/famílias.

Promover um ambiente terapêutico, permitiu-me ajudar as parturientes a participarem ativamente no seu parto e ir ao encontro das suas expectativas. A criação de um ambiente seguro, centrado na pessoa, é essencial, sendo esta uma das competências do enfermeiro, promover “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos” (OE, 2010b).

Um dos fatores que interfere de forma considerável na experiência das parturientes é a dor. Algumas mulheres consideram-na como a pior dor sentida e muitas vezes, superior ao que esperavam (Gayeski & Brüggemann, 2011). Desta forma, tendo em conta cada parturiente/família e a sua resposta à dor, procurei proporcionar informação adequada (sobre os riscos e benefícios dos métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis em cada instituição), adequar um plano individualizado que contribuisse para o alívio do stress e para promover o autoconhecimento (Watson, 2002a, 2015, 2016).

Para avaliar o nível de dor sentido pela parturiente, utilizei como instrumento de avaliação a escala numérica da dor, que estava instituída em ambos os locais de estágio.

No percurso que realizei, constatei que o método mais utilizado como estratégia para o alívio da dor no primeiro estágio do TP foi a analgesia epidural (57,1% das parturientes que acompanhei). Não obstante, através da identificação das expectativas das parturientes, pude aperceber-me de que, aquando da sua admissão muitas não consideravam o recurso a métodos farmacológicos. Neste âmbito, tendo sempre o cuidado de envolver o acompanhante, promovi a adoção de posições verticais como principal estratégia não farmacológica para o controlo da dor e a utilização de outros métodos não farmacológicos, tais como a hidroterapia (duche), as técnicas respiratórias e de relaxamento, a musicoterapia, o toque e a massagem e a aplicação de calor e de frio.

Realço, ainda, que a adoção de posições verticais, muitas vezes por mim sugerida (incluindo a liberdade de movimentos e a utilização da bola de nascimento) foi o método mais utilizado. Revelando-se muito útil para a maioria das parturientes,

foi relacionado com maiores níveis de conforto e maior capacidade de auto-controlo, contribuindo para que não tivessem sentido necessidade de recorrerem a estratégias farmacológicas (18,8%), como tinham planeado.

A mobilidade e adoção de posições verticais está associada a uma melhor adaptação anatómica e fisiológica ao TP. Assim, permite uma melhoria na dinâmica uterina, um aumento dos diâmetros pélvicos e a atuação da gravidade na descida do feto, contribuindo para um maior conforto da parturiente e para uma experiência de parto positiva (Simkin & Ancheta, 2011; Calais-Germain & Parés, 2013; OE & APEO, 2012).

Contudo, apesar das vantagens das estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o TP, o EEESMO também é detentor de conhecimentos fundamentais sobre “medidas farmacológicas para o tratamento e controlo da dor do trabalho de parto, incluindo os riscos relativos, desvantagens, segurança de métodos específicos de tratamento da dor e o seu efeito na fisiologia normal do trabalho de parto” (ICM, 2013, p.11). Assim, e sempre mediante o respeito pelo consentimento informado da parturiente, proporcionei métodos farmacológicos para o alívio da dor, tais como terapêutica endovenosa (protocolada e mediante prescrição médica) e terapêutica loco-regional, em colaboração com a equipa médica (analgesia).

Além da dor, para muitas parturientes, o facto de não poderem ingerir alimentos sólidos ou líquidos durante o parto, também constitui um fator de desagrado e desconforto (APEO & FAME, 2009; Lothian, 2014). Segundo a OE (2013a), um dos indicadores de evidência do “Projeto Maternidade com Qualidade” é a promoção da alimentação da grávida durante o TP uma vez que a evidência científica existente não justifica o jejum e a restrição de comida e bebida pode resultar em desidratação e cetose (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009; Lothian, 2014). Não obstante, a restrição da ingestão de líquidos e de sólidos é uma prática adotada na maioria das maternidades em Portugal (OE, 2013a). Assim, uma das medidas de conforto que proporcionei às parturientes no primeiro hospital onde decorreu o estágio foi a promoção da ingestão de líquidos, oferecendo sumos de fruta sem polpa, chá, água e gelatina. Em determinadas situações, e de comum acordo com a equipa médica, foi proporcionado às parturientes de baixo risco a ingestão de bolachas ou sandes, contribuindo para um aumento do seu conforto e da sua satisfação. Neste âmbito, realço que na segunda unidade hospitalar onde decorreu o estágio, estas práticas não eram permitidas, e as parturientes permaneciam em jejum durante todo o

TP. Neste contexto promovi a partilha da evidência científica atual com a enfermeira orientadora e com a Sr.^a enfermeira chefe do serviço, o que contribuiu para a negociação com a equipa multidisciplinar da possibilidade de alterar esta restrição às parturientes de baixo risco. Ainda no decurso do meu estágio, a ingestão de pequenas quantidades de chá, água e sumos de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100ml de 15 em 15 min (OE, 2013a), foi uma prática adotada embora não tenha sido completamente aceite por toda a equipa multidisciplinar.

Outro dos temas que procurei abordar e discutir com as parturientes/famílias foi, o contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido (RN). Este contacto, direto e precoce entre mãe e filho após o parto, “facilita o desenvolvimento da relação pais/bebé” (Manning, 2008, p.525), promovendo, assim, a vinculação precoce e a amamentação na primeira hora de vida, como é recomendado pela WHO (1996). Neste sentido, foi importante identificar os conhecimentos apresentados pelas parturientes/famílias, de modo a apoiá-las, informá-las e a capacitá-las no desenvolvimento destas competências.

Durante o puerpério imediato, tive o cuidado de promover o aleitamento materno junto das puérperas/ famílias e de manter o RN em contacto pele-a-pele com a mãe, durante a amamentação ou o máximo de tempo possível. Neste período, foi igualmente importante estar atenta ao estado geral do RN, mantendo sempre a sua vigilância.

Tive ainda o cuidado de envolver o acompanhante, durante todos os estádios do TP, quer fosse nos cuidados à parturiente quer fosse nos cuidados ao RN. Assim, tentei promover a participação do acompanhante nos cuidados de higiene e conforto ao RN, uma vez que o apoio, a confiança e a partilha de informações é crucial, no desempenho dos seus novos papéis e na vivência de uma parentalidade positiva. Segundo Manning (2008), “os pais estão a adaptar-se bem aos seus novos papéis quando apresentam uma percepção realista e a aceitação das necessidades dos seus filhos, bem como das limitações das suas capacidades” (Manning, 2008, p.528).

2.3.2 Desenvolvimento de competências para o diagnóstico precoce e para a prevenção de complicações durante o trabalho de parto

Durante esta UC, tive oportunidade de avaliar várias grávidas/fetos que recorreram ao serviço de Urgência de Obstetrícia. Ainda no contacto inicial, foi de extrema importância proceder ao exame físico da parturiente que permitiu não só avaliar o estado geral da utente, como também a evolução do TP. Realizei as

manobras de Leopold de modo a determinar a apresentação e a situação fetal, bem como o local de auscultação de frequência cardíaca fetal (FCF). Procedi à monitorização cardiotocográfica e à avaliação e interpretação do traçado, de modo a avaliar o bem-estar fetal.

Efectuei a avaliação cervical, através do toque vaginal, uma vez que este é o método mais aceite para avaliar a progressão do TP, embora possa ser incómodo para a parturiente (APEO & FAME, 2009).

Tendo em atenção o que é essencial no cuidado da parturiente (Watson, 2015, 2016), apenas realizei a avaliação cervical quando necessário, tendo em conta as queixas e o consentimento informado, explicando os procedimentos e a progressão do TP. Segundo a WHO (1996), o número de toques vaginais deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio do TP, devendo ser realizado com um intervalo de quatro horas, se não existirem outras queixas.

Durante o primeiro estágio do TP, a avaliação da progressão do TP e dos resultados obtidos, consiste numa atividade contínua. Esta avaliação bem como a condução do TP, são essenciais, uma vez que interferem diretamente nos resultados maternos e neonatais (OE, 2015b). Deste modo, as intervenções por mim realizadas prenderam-se com a necessidade de avaliar e conduzir adequadamente o TP, registando pertinentemente a informação no processo de enfermagem e no partograma de cada utente. Além disso, foi de extrema importância a utilização do partograma como ferramenta de trabalho, pois permitiu-me

realizar uma adequada avaliação da evolução do trabalho de parto, tendo em conta os vários fatores que o podem afetar, tais como os sinais vitais maternos, estado fetal e do saco amniótico, a cor do líquido amniótico, assim como a evolução da dilatação e dinâmica uterina (APEO & FAME, 2009, p. 45).

A avaliação do bem-estar fetal foi outro cuidado constante, uma vez que a avaliação do traçado cardiotocográfico e da FCF, constitui o método mais utilizado na atualidade para conhecer o estado de oxigenação do feto (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009; Graça, 2010b; Lothian, 2014). Embora evidência científica, recomende a auscultação intermitente nas mulheres consideradas de baixo risco, a monitorização contínua em TP, continua a ser uma realidade muito presente (WHO, 1996; Academy of Pediatrics e American College of Obstetricians and Gynecologists 2012; Lothian, 2014). Desta forma, e tendo em atenção as recomendações de cada unidade hospitalar, tentei promover períodos de auscultação intermitente ou a

utilização da telemetria, de modo a proporcionar medidas de conforto às parturientes (facilidade na liberdade de movimentos e utilização dos sanitários). Porém, tive sempre em atenção que “o TP representa um período de stress fisiológico para o feto”, sendo a “monitorização continua do seu estado de saúde (...) parte essencial dos cuidados de enfermagem” (Lowdermilk D. , 2008b, p.389).

A interpretação do traçado cardiotocográfico é complexa, requerendo um “conhecimento aprofundado da fisiologia e da fisiopatologia do feto e o treino contínuo da leitura dos traçados” (Graça, 2010b, p.341). Assim, para um melhor desenvolvimento das minhas capacidades e competências neste âmbito, foi essencial realizar uma pesquisa profunda e um estudo constante, de modo a completar os meus conhecimentos. Foram igualmente importantes os momentos de diálogo e partilha com as EEESMO orientadoras, que permitiram clarificar algumas questões.

Durante o estágio, no que respeita à monitorização cardiotocográfica, identifiquei algumas alterações do padrão normal, tais como a taquicardia fetal, desacelerações precoces ou tardias, bradicardia fetal ou a simples perda de sinal.

Neste sentido, implementei intervenções adequadas a cada situação, tendo em atenção a causa subjacente, referenciando sempre as situações que ultrapassavam a minha área de atuação. Nos casos em que as perdas de sinal foram muito evidentes, ou que surgiram dúvidas que comprometeram de forma significativa a interpretação do traçado e avaliação do bem-estar fetal, procedi à monitorização interna. Assim, no decorrer deste estágio, realizei 5 monitorizações internas, tendo sempre o cuidado de verificar se todas as condições estavam reunidas (rotura de bolsa de águas, ausência de infeção e consentimento da parturiente).

A amniotomia foi realizada nos casos em que se suspeitou de uma evolução do TP lenta, já se tendo recorrido a outras medidas como, mudanças de posição, mobilização ou deambulação (APEO & FAME, 2009). Deste modo, foi necessário realizar, 10 amniotomias, tendo em consideração que para a realização desta técnica é importante que a apresentação fetal esteja bem apoiada, de modo a evitar o prolapso de cordão umbilical (WHO,1996).

Atendendo a que a condução do TP nem sempre é fácil, uma vez que a sua evolução também não é linear, foi necessário realizar na maioria das vezes procedimentos invasivos. Estes procedimentos, tais como a administração de medicação ou fluídos, a tricotomia, os exames vaginais, a monitorização fetal interna ou a amniotomia, foram avaliados e realizados mediante uma indicação seletiva e não

rotineira (OE, 2015b). Segundo (Watson, 2015, 2016), um dos principais fatores de cuidado é proporcionar apenas o que é essencial ao cuidado humano, ajudando nas necessidades básicas, de modo a potenciar o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado.

O EEESMO é o profissional com competência para aplicar “as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” H3.2.6 (OE, 2010a, p.5). Porém, esta fase do TP reveste-se de uma importância profunda para toda a família e em especial para a parturiente, pois representa o momento em que irão conhecer o bebé há muito aguardado. Nesta fase é importante que o EEESMO tenha sensibilidade suficiente para ir ao encontro das necessidades e expectativas das parturientes, sendo de igual modo importante transmitir confiança, segurança e incentivo, orientando a parturiente para que esta participe no seu parto.

Na fase inicial do estágio senti uma grande necessidade de me concentrar na execução das técnicas adequadas para a assistência do parto e para a promoção do bem-estar fetal, visto que constituíam novas aprendizagens. Contudo, com o desenvolvimento de múltiplas experiências fui, conseguindo conciliar a parte técnica com a parte relacional evoluindo para uma maior confiança e autonomia.

Ao longo do estágio, assisti 70 partos eutócicos sob supervisão das EEESMO orientadoras. Prestei “cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto” conduzindo partos limpos e seguros e resolvendo determinadas situações de modo a “maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos”, tal como preconizado pela ICM (2013, p.11).

A maioria dos partos que realizei foram de parturientes que já tinha seguido no primeiro estágio do TP, havendo já uma relação empática estabelecida e um planeamento do período expulsivo. Indo ao encontro de Watson (2015, 2016), dediquei-me numa experiência genuína de ensino/aprendizagem, de modo a satisfazer as necessidades e os desejos destas parturientes relativamente ao parto, negociando cada situação, de modo a garantir sempre o bem-estar materno-fetal e tentando nunca desapontar as suas expectativas.

No decurso do segundo estágio do TP, respeitei sempre que possível a posição adotada pelas parturientes ou a da sua preferência, sendo muitas vezes necessário incentivá-las no sentido de perceberem qual a posição que sentiam ser a mais adequada para elas. As posições de eleição foram as posições de sentada na cama, ou semi-sentada com os pés apoiados e tive ainda a oportunidade de realizar um parto

na posição de quatro apoios na primeira unidade hospitalar onde decorreu o estágio. Respeitei, assim, as recomendações do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2014) e da APEO&FAME (2009), que referem que as parturientes devem ser encorajadas a escolher as posições em que se sintam mais confortáveis, desencorajando-se as posições supinas ou semi-supinas.

Tentei sempre respeitar a evolução fisiológica do TP, aguardando pelos esforços expulsivos espontâneos das parturientes (WHO, 1996; APEO & FAME, 2009). Porém, ocorreram situações, como nos casos em que as parturientes estavam sob o efeito de analgésicos (epidural), em que foi necessário orientá-las relativamente à forma como deveriam respirar, ajudando-as deste modo a manter o autocontrolo e a serem as protagonistas do seu parto.

Outro dos cuidados que tive nos partos que assisti, foi a proteção da musculatura perineal através da manobra de Ritgen Modificada (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, tive constantemente o cuidado ao realizar a técnica da episiotomia, de modo a que fosse sempre seletiva, de acordo com as recomendações da WHO (1996), uma vez que o seu uso rotineiro, está associado a maiores níveis de dor no pós-parto, dificulta a mobilidade, não previne lesões do períneo além de promover o aumento da perda hemática (WHO, 1996; Lothian, 2014).

Nos partos a que assisti, 18 partos terminaram com períneo intacto, 20 com lacerações de Grau I, 8 com lacerações de Grau II e 24 com episiotomia. As episiotomias foram sempre efetuadas, no sentido de abreviar o período expulsivo de modo a manter o bem-estar fetal (Graça, 2010a).

A clampagem tardia do cordão foi outro dos procedimentos que realizei. A clampagem deve ocorrer 2 a 3 minutos após o nascimento, ou apenas após o cordão deixar de pulsar - Clampagem tardia. A clampagem tardia é considerada mais fisiológica ao permitir a ocorrência de uma transfusão placentária que fornece ao RN cerca de 30% do volume sanguíneo e 60% mais de eritrócitos (APEO & FAME, 2009). De igual modo, dei oportunidade à parturiente ou ao acompanhante de cortarem o cordão umbilical, respeitando sempre a sua vontade. Esta situação só não foi possível nos casos em que os RN apresentavam circulares cervicais apertadas. Nesses casos, intervi adequadamente na redução das que se apresentavam largas e clampando de imediato as circulares apertadas. Num dos partos foi possível realizar a Manobra de Somersault (Santos, 2015).

Após o nascimento, o RN, foi observado e foi avaliado o seu bem-estar, sendo depois colocado em contacto pele-a-pele com a mãe, adequadamente coberto com um lençol aquecido e com um gorro, promovendo-se assim uma melhor adaptação à vida extra-uterina, a vinculação precoce da triade e a promoção do aleitamento materno.

Outras actividades que realizei prenderam-se com a promoção do bem-estar do RN, assegurando “a avaliação imediata do recém-nascido” e “implementando medidas de suporte na sua adaptação à vida extra-uterina” H3.2.7 (OE, 2010a, p. 5), tais como: assegurar a permeabilidade das vias aéreas do RN; aspirar secreções quando necessário; observação física geral do RN, avaliando o índice de APGAR e detetando precocemente possíveis complicações; avaliação do peso do RN; administração de vitamina k (profilaxia da doença hemorrágica neonatal). Além da avaliação do seu estado geral. Foram ainda prestados outros cuidados necessários, quer fossem protocolados ou prescritos pelo médico, como é o caso da pesquisa de glicémia capilar ou a realização de gasimetrias. As situações que ultrapassaram a área de atuação do EEESMO, foram sempre referenciadas. Nos casos em que realizei a assistência, promovi o contacto pele-a-pele cerca de uma hora, após a primeira avaliação, sendo os restantes cuidados prestados por mim. Nos casos em que os TP evoluíram para uma situação de distócia, tive sempre o cuidado de acompanhar as parturientes e prestar os primeiros cuidados aos RN.

Segundo Graça (2010a), entende-se por distócia um TP de evolução anormalmente lenta, que se deve à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão.

É da competência do EEESMO “identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do TP e referenciar as situações que estão para além da sua área de atuação” H.3.2.3 (OE, 2010a, p.5). No decorrer do estágio, tive oportunidade de acompanhar situações de distócia, tais como 7 cesarianas, 6 partos por ventosas e 2 por fórceps. Todas estas situações resultaram de parturientes a quem tive o privilégio de acompanhar durante o primeiro estágio do TP, tornando-se deste modo tão importante para elas como para mim a minha presença durante as intervenções.

A relação terapêutica, empática e de confiança que se estabelece entre o EEESMO e a parturiente é de tal modo significativa que só o facto do EEESMO

permanecer ao seu lado lhe transmite segurança, permitindo-lhe manter o controlo perante um ato tão invasivo.

Após o nascimento, até à expulsão da placenta e das respetivas membranas, ocorre a dequitação ou terceiro estágio do TP. A dequitação pode ocorrer usando-se uma abordagem passiva ou fisiológica em que se aguarda pela separação e expulsão natural da placenta, ou por controlo ativo com a administração de uterotónicos após o nascimento, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina após a expulsão da placenta (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009). Durante este estágio tive oportunidade de atuar das duas formas, em alguns casos controlando ativamente o descolamento e expulsão da placenta e, noutros, adotando uma atitude expectante, principalmente nas mulheres que assumiram uma postura verticalizada.

Segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde (2014) e da NICE (2014), a gestão do terceiro estágio do TP deve ser ativa, no sentido de diminuir o risco de hemorragia pós-parto e consequentemente a necessidade de transfusão sanguínea. Para tal é recomendado a administração de uterotónicos, sendo a oxitocina o fármaco de eleição, e a tração controlada do cordão. De igual modo, outro dos cuidados que se deve ter após a dequitação, e que foi por mim realizado foi a vigilância do tônus uterino (globo de segurança de Pinard) através da palpação abdominal. Este cuidado, bem como a avaliação da perda sanguínea materna e da integridade da placenta e membranas, estão recomendados a todas as mulheres, possibilitando assim a identificação precoce da atonia uterina pós-parto (OMS, 2014; OE, 2015b).

2.3.3 Desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o trabalho de parto

A forma como o EEESMO aborda e envolve a parturiente nos seus próprios cuidados durante o TP, pode ser facilitadora ou dificultadora de todo o processo (OE, 2015b). Deste modo, durante o estágio com relatório, o suporte emocional e psicológico da parturiente e do convivente significativo foram uma constante. Este suporte e o respeito pela parturiente/família, durante o TP, traduzem-se num dever fundamental, que potencia a “expressão de sentimentos positivos e negativos” (Watson, 2015, p. 325),

Durante este estágio foi possível acompanhar parturientes com indução do TP e com patologia associada à gravidez e/ou concomitante (diabetes gestacional, hipertensão arterial prévia ou induzida pela gravidez, pré eclâmpsia, entre outros) pelo que foi fundamental, promover intervenções necessárias e adequadas a cada situação e referenciar as que estavam além da área de atuação do EEESMO.

Nos partos que assisti ocorreu, ainda, uma situação de retenção da placenta, sendo necessário referênciá-la para a equipa médica, que procedeu à sua remoção manual. Ocorreu também uma situação de suspeita de membranas fragmentadas que, foi igualmente, referênciada após a revisão manual da cavidade uterina, com supervisão da EEESMO orientadora.

Avaliar a “integridade do canal de parto e aplicar as técnicas de reparação adequadas” é outra das competências do EEESMO, H3.3.4 (OE, 2010a. P.5). Desta forma, empenhei-me em desenvolver competências para efectuar essa avaliação de modo a poder proceder à reparação perineal, sempre que necessário.

A morbidade materna associada à reparação perineal pode ter um impacto importante na saúde da mulher, causando-lhe desconforto e angústia. Tal facto, pode afetar a capacidade da mulher para cuidar do seu bebé e dos outros membros da família, retardando o seu regresso ao papel social que desempenha (APEO & FAME, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, 2010).

Perante esta realidade e a sua relevância, aquando do início do estágio, a sutura e a reparação perineal causaram-me alguma ansiedade. Esta ansiedade tinha como foco principal a responsabilidade na execução da técnica, atendendo às consequências que esta situação pode trazer para as mulheres (dor, hemorragia, infeção, deiscência), bem como o facto de ser uma situação e uma técnica nova na qual não me sentia confiante. Porém, com a ajuda das EEESMO orientadoras foi possível evoluir tecnicamente na execução das episiorrafias e perineorrafias. Foi, ainda, gratificante para mim ter tido oportunidade de aprender várias técnicas de sutura (sutura em três planos, sutura em dois planos, sutura intradérmica), e verificar à posteriori (já no puerpério) os resultados estéticos e de evolução cicatricial, bem como a satisfação e o conforto manifestado pelas parturientes.

O puerpério imediato, ou quarto estágio do TP, é um período instável que decorre nas primeiras duas horas após o nascimento, ainda no bloco de partos (OE, 2015b). Este estágio representa um processo de reajustamento dos órgãos maternos,

ao estado não gravídico, em que os sistemas orgânicos começam a estabilizar. De igual modo, o RN também se encontra ainda em adaptação à vida extra-uterina (Lowdermilk & Perry, 2008).

Assim, os cuidados que providenciei às puerperas/RN neste período foram fundamentais, no sentido de lhes proporcionar bem-estar e conforto e uma vigilância cuidada, promovendo a transição para a parentalidade, esclarecendo dúvidas e partilhando informação relevante de acordo com cada situação.

Foi de igual modo importante realizar uma avaliação física pormenorizada da puérpera devido à sua instabilidade neste período. Assim, procedi à avaliação dos sinais vitais, da coloração da pele e mucosas, das mamas e dos mamilos, da involução uterina, das perdas hemáticas e das suas características, do períneo e da sua reparação (episiorrafia/perineorrafia), dos membros inferiores e ainda da estabilidade hemodinâmica, da presença de globo vesical e do controlo da dor, sempre com o intuito de prevenir e identificar complicações ou necessidades em função das quais fosse necessário planear intervenções específicas.

Nas puérperas submetidas a cesariana a vigilância foi semelhante, porém acresceu a necessidade de avaliação do penso da sutura operatória e destacou-se a importância da monitorização da dor, e a avaliação da sensibilidade e mobilidade dos membros inferiores nos casos de anestesia loco-regional.

Posteriormente, quando reunidas todas as condições necessárias em que a puérpera e RN se encontravam estáveis, procedi à sua transferência para o serviço de internamento. Aquando dessa transferência, foi imperativo transmitir toda a informação pertinente e referente aos cuidados prestados ao longo dos vários estádios do TP, além de disponibilizar toda a documentação, de modo a promover a continuidade e a qualidade dos cuidados.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO PERCURSO DESENVOLVIDO

O foco dos cuidados de enfermagem é o ser humano e como tal é ele o alvo da nossa atuação, quer seja na prestação diária de cuidados, quer seja no desenvolvimento de trabalhos de investigação. Assim, torna-se fundamental salientar que o respeito pelos direitos humanos é inerente à enfermagem (ICN, 2012).

Deste modo, a investigação científica em enfermagem “é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Martins, 2008, p.62). Além disso, “agir éticamente é ser capaz de em cada situação de cuidados usar a evidência em função do bem do outro, protegendo a sua vulnerabilidade e respeitando os seus valores e expectativas” (Botelho, 2010, p.1).

O presente trabalho foi desenvolvido de acordo com os princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), bem como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

De acordo com o ponto 6, do artigo 9º do REPE, “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”, (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

Neste sentido, a investigação em enfermagem sugere como um dever dos seus profissionais, na procura, em todos os seus atos, da excelência do exercício na profissão (OE, 2015a). A investigação é assim reconhecida como o meio de extrema importância para o desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem. Tendo em consideração a abordagem quantitativa assumida pelo presente trabalho, a presença do CDE, foi uma constante, em todas as intervenções desenvolvidas.

Embora na investigação em enfermagem raramente surjam riscos consideráveis para os investigados, é de igual modo fundamental uma reflexão ética. (Martins, 2008).

Assim, durante este estágio as minhas intervenções e a prática de cuidados, enquanto enfermeira e aluna do CMESMO, foram orientadas pelos princípios gerais descritos no Artigo 99.º do CDE. Tive sempre preocupação em defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana, aplicando os valores universais da ética, tendo constantemente em atenção os princípios de responsabilidade, respeito pelos direitos

humanos e excelência do exercício na profissão de enfermagem (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro) . Além disso, os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da fidelidade, da veracidade, da justiça e da confidencialidade, emanados pelo International Council of Nurses, foram sempre respeitados, durante a realização do estágio e aplicação do projeto (Nunes 2013; Martins, 2008).

No primeiro contacto estabelecido com as parturientes tive sempre o cuidado de me identificar, bem como à instituição de ensino responsável pela minha formação, de modo a possibilitar à parturiente a liberdade de opção de ser atendida por outro enfermeiro (alinea c) do artigo 104º do CDE). Contudo, as parturientes a quem tive o privilégio de prestar cuidados nunca o solicitaram, aceitando bem a minha condição de estudante (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro).

Outro dos cuidados que tive sempre em conta foi o de informar a parturiente e a família, relativamente aos cuidados e intervenções realizadas junto desta (Artigo 105º do CDE). Ao informar, esclarecer, e capacitar a parturiente nas tomadas de decisão acerca de si, foi possível promover, apoiar e respeitar os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). Além disso, segundo a Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina, “qualquer intervenção do domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada, quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos” (OE, 2015a, p.74).

No decorrer do estágio, assim como na redação do presente relatório, respeitei sempre todos os valores humanos, direitos, deveres e responsabilidades emanados no CDE. Saliento ainda o cuidado que sempre tive na defesa e respeito, pela intimidade das parturientes e pelo sigilo profissional (Artigos 107º e 106º do CDE). O segredo profissional constitui uma responsabilidade dos profissionais e não um privilégio, uma vez que determinadas informações são confinadas ao enfermeiro, devido à relação estabelecida com os clientes (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro; OE, 2015a).

Tendo em consideração todos os valores anteriormente mencionados, a redação do presente relatório de estágio tem como objetivo reportar somente o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto estudante a realizar a UC estágio com relatório. Deste modo, procurei manter sempre o anonimato das parturientes/famílias, das instituições onde decorreu o estágio e das orientadoras que acompanharam o meu percurso.

As questões éticas expostas não constituíram qualquer limitação ao percurso desenvolvido e ao trabalho realizado.

As limitações encontradas na aplicação do projeto prenderam-se com: o fator temporal definido num período de apenas 525 horas de contacto; a minha actividade profissional em simultâneo; o desconhecimento do local de estágio aquando da realização do projeto; e com o facto de o estágio ter decorrido em dois hospitais diferentes. Esta experiência, embora enriquecedora, condicionou a aplicação do projeto, devido à necessidade de me integrar em dois contextos com metodologias de trabalho diferentes.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

“A observação, elemento central no processo de investigação, está estreitamente ligada à teoria, a qual explica as relações entre os fatos observados” (Fortain, Grenier & Nadeau, 2003, p.241). Deste modo, a observação participante no decurso do estágio permitiu-me analisar as realidades face à evidência científica encontrada e refletir sobre alternativas que pudessem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio, as intervenções realizadas foram planeadas e implementadas, tendo por base a bibliografia consultada, a RL realizada e as particularidades dos contextos de cuidados.

A assistência no parto normal deve ser, entendida com uma mudança de atitude no relacionamento estabelecido entre a parturiente/família e os profissionais de saúde. Neste sentido, devem ser apresentadas às parturientes alternativas às abordagens extremamente medicalizadas e interventivas, promovendo o seu direito de escolha (Carlos de Amorim, Cottin, Araújo, & Davim, 2012).

A informação fundamentada e o esclarecimento das dúvidas, possibilitam o desenvolvimento das potencialidades humanas e a intervenção das parturientes como sujeitos capazes de se envolver na escolha dos cuidados mais adequados para si (Pereira & Bento, 2011).

Neste contexto, acredito que este trabalho poderá contribuir para a promoção de uma abordagem mais fisiológica do TP e do exercício da autonomia da parturiente através da elaboração de um plano de parto, escrito ou verbalizado.

A utilização de posições verticais como estratégia para o alívio da dor no primeiro estágio do TP, representa uma medida eficaz e não invasiva que deve ser promovida (WHO, 1996). Esta estratégia pode ser utilizada conjuntamente com outros métodos ou de modo isolado, proporcionando alívio da dor, reduzindo a intervenção e melhorando a experiência vivida durante o TP (Carlos de Amorim, Cottin, Araújo, & Davim, 2012). Porém, do que pude observar no decurso do estágio, percecionei que a maioria das parturientes não está informada sobre as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e que alguns profissionais ainda apresentam algum ceticismo quanto à sua eficácia.

Deste modo realço a importância da RL que realizei e da mobilização da evidência encontrada, para a promoção de estratégias não farmacológicas de alívio da

dor da parturiente, para a divulgação da efetividade da utilização de posições verticais no primeiro estágio do TP no controlo da dor e para a reflexão sobre a importância da prática baseada em evidência científica.

“O raciocínio clínico de enfermeiras especialistas ocorre na vivência do cuidado e na atribuição de valores para esse cuidado”. Porém, para desenvolver um raciocínio clínico é necessário treinar o pensamento crítico, através de uma reflexão constante sobre os conhecimentos existentes e o contexto de cuidados (Cerullo & Cruz, 2010, p.3)

Torna-se deste modo fundamental refletir sobre a prática, questionando as intervenções e as estratégias utilizadas em cada situação de modo a, fomentar a reflexão e incluir a melhor evidência científica disponível na prestação diária de cuidados. Em todos os momentos avaliamos situações, tomamos decisões e desenvolvemos conclusões. Porém é a nossa capacidade de refletir e de pensar de forma crítica que nos permite considerar novas perspectivas e reconsiderar as decisões (Lima & Cassiani, 2000).

Relativamente à promoção da verticalidade como estratégia para o controlo da dor no primeiro estágio do TP, foi possível verificar o interesse e empenho, das equipas de enfermagem, na partilha de informação e de experiências. Envolver os profissionais dos contextos onde decorreu o estágio, na partilha de conhecimentos e na análise das práticas desenvolvidas pareceu ter contribuído para o reconhecimento da importância da prática baseada em evidência como uma realidade.

Atualmente as mulheres/famílias procuram cada vez mais informação relativamente ao TP e às respostas que podem obter para que o processo vá ao encontro das suas expectativas e desejos. Neste âmbito o exercício profissional do EEESMO constitui um pilar fundamental, uma vez que este possui os conhecimentos e as competências, que garantem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. A relação terapêutica que se desenvolve entre o EEESMO e a parturiente permite compreender e explorar as suas intenções, esclarecendo-as e adaptando-as ao contexto dos cuidados e a cada situação específica, promovendo sempre a sua autonomia.

Do meu ponto de vista, acredito ter contribuído para o questionar de algumas práticas (rotinizadas e sem fundamento na evidência científica), o que pode ser impulsionador de processos de mudança e promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste âmbito, realço ainda a importância da mobilização da evidência científica na minha participação na prestação dos cuidados às parturientes nos dois contextos de cuidados e na realização deste relatório.

Contudo com a elaboração do presente trabalho foi possível perceber a necessidade de mais investimento por parte dos EEESMO relativamente ao desenvolvimento desta temática, complementando-a ou abordando-a noutra perspetiva. As posições verticais podem ser utilizadas como método para o alívio da dor, no entanto apresentam também outras potencialidades, tais como o favorecimento da progressão do TP. Além disso existem varios métodos não farmacológicas de alívio da dor, para além da posição vertical, tais como o apoio à parturiente, a massagem, a hidroterapia, entre outras, passíveis de ser exploradas. Este investimento passará pela realização de mais investigação, que permitirá ajudar a compreender e a conhecer melhor a sua aplicabilidade na realidade Portuguesa.

PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido ao longo deste estágio confluiu para o aprofundar de conhecimentos e de competências específicas do domínio do EEESMO, bem como para a mobilização e para a consolidação de conhecimentos científicos teóricos e práticos que ao serem utilizados na prática clínica permitiram fundamentar a minha intervenção. Neste processo a análise e a reflexão do percurso de aprendizagem realizado em diferentes contextos de cuidados, foi fundamental para o desenvolvimento da minha autonomia enquanto futura enfermeira obstetra e para conseguir encontrar alternativas adequadas de acordo com as situações encontradas (Martins, 2008).

Foi igualmente importante compreender, que a evidência científica, vista como um conhecimento objetivo, neutro e orientado para a verdade, não consegue por si só responder às questões específicas que emanam do quotidiano dos cuidados (Martins, 2008). Logo, torna-se fundamental refletir sobre as diferentes realidades institucionais e sobre a realidade de cada parturiente, de cada situação, na sua diversidade, compreendendo que não existem respostas únicas, sendo necessário ir mais além, estabelecendo uma relação transpessoal, confiando na intuição e na subjetividade humanas (Watson, 2002b; Martins, 2008).

A experiência nos dois Blocos de Partos possibilitou-me o desenvolvimento de conhecimentos e competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e na comunidade durante o TP, acompanhando-a ao longo dos diferentes estádios. Atendendo a que nenhum parto é igual e que cada mulher/casal tem expectativas diferentes para cada gravidez e TP, direcionei a minha intervenção, no sentido da prestação de cuidados verdadeiramente significativos e individualizados.

Deste modo, tornou-se essencial o desenvolvimento de uma prática de cuidados baseada na empatia, no respeito e na valorização de cada pessoa a quem prestei cuidados, nunca descurando a avaliação do risco e garantindo assim a segurança dos cuidados prestados. Foi neste âmbito que surgiu a oportunidade de abordar a temática: *adoção de posições verticais no controlo da dor durante o primeiro estágio do TP*.

A dor sentida durante o TP condiciona a forma como a parturiente/casal vivem a sua experiência de parto. As estratégias utilizadas para o seu controlo/alívio, assumem assim um papel preponderante, para uma vivência positiva do TP.

Entre as estratégias utilizadas para o controlo/alívio da dor em TP, podemos encontrar os métodos farmacológicos e os métodos não farmacológicos. Contudo a WHO (1996), realça a importância de explorar os métodos não farmacológicos na promoção da saúde da parturiente, uma vez que são mais seguros e com menor necessidade de intervenção. Este facto é corroborado pela evidência científica, que tem demonstrado como a eficácia destes métodos pode ser benéfica para a parturiente, ao proporcionar uma evolução mais fisiológica do primeiro estágio do TP, que se reflete no alívio da dor e no conforto da parturiente.

Se atendermos a que existe um interesse cada vez maior por parte dos casais, relativamente à vivência de um parto normal, além de todas as vantagens, ganhos em saúde e satisfação das famílias a ele associados, justifica-se um verdadeiro investimento nesta temática, bem como o seu contributo para a minha prática de cuidados.

A WHO (1996) salienta ainda que uma das intervenções prioritárias do EEESMO é ajudar a parturiente no controlo/alívio da dor durante o TP. Neste sentido destaca-se o papel fulcral do EEESMO no acompanhamento das parturientes/famílias, uma vez que os seus conhecimentos e competências lhe permitem o desenvolvimento de uma maior sensibilidade para as orientar e respeitar, indo ao encontro das suas preferências.

Atendendo a que a educação para a saúde é uma área privilegiada da prática do EEESMO, na promoção da verticalidade como estratégia para o controlo/alívio da dor é fundamental informar, sugerir e apoiar os casais, sempre respeitando aquilo que são as suas expectativas relativamente ao parto. Na minha perspectiva, o ideal seria incluir mais informação sobre esta temática durante a vigilância pré-natal, de modo a que as grávidas/convivente significativo adquirissem conhecimentos fundamentados cientificamente. Considero ainda, que a falta de informação limita a participação ativa destes no seu parto, além de comprometer a sua tomada de decisão.

Deste modo, acredito ser igualmente pertinente fornecer esta informação durante o TP, ajudando e orientando a parturiente a escolher livremente as posições e os movimentos, que a auxiliem a diminuir ou a controlar a sensação dolorosa e aumentem o seu conforto.

Desenvolver competências no âmbito desta temática, assegurando sempre os aspetos éticos e deontológicos, foi para mim primordial, sendo este objetivo, atingido

mais facilmente, devido ao apoio imensurável da docente e das enfermeiras orientadoras.

Ao longo deste percurso, foram ainda de extrema importância, todos os momentos de reflexão e análise, que fomentaram o desenvolvimento de um pensamento crítico e crescimento enquanto pessoa e profissional. Desta forma importa realçar, como verdadeiramente enriquecedores os momentos aprendizagem e partilha com as enfermeiras orientadoras, relativamente à autonomia, qualidade técnica, responsabilidade, tomada de decisão e autoavaliação. De igual modo, realço o empenho da docente orientadora, no constante acompanhamento e apoio com vista à minha evolução, revelando-se um pilar essencial nesta caminhada.

Durante este estágio desenvolvi todas as atividades propostas, tendo como diretrizes as competências específicas do EEESMO, segundo a OE e a ICM. O desenvolvimento destas competências permitiu-me aprofundar conhecimentos com vista à humanização e à melhoria da qualidade dos cuidados. Saliento ainda a importância do contributo para a PBE através da identificação e da mobilização da evidência científica no decurso do estágio, fundamental na melhoria dos cuidados prestados e na promoção da mudança de comportamentos de alguns profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdolahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikha, F. (2014). Effect of Dance Labor on the Management of Active Phase Labor Pain & Clients' Satisfaction: A Randomized Controlled Trial Study. *Global Journal of Health Science*, 219-226. Doi:10.5539/gjhs.v6n3p219
- Abreu, L., Munar, D., Queiroz, A., & Fernandes, C. (2005). O trabalho de equipe em enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5 (2), 203-207. Acedido a 01-12-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a15.pdf>
- American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Guidelines for Perinatal Care - seventh edition. Washington: American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: <http://reader.aappublications.org/guidelines-for-perinatal-care-7th-edition/4?ajax>
- APEO & FAME. (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Arulappan, J. (2014). Effectiveness of Birthball Usage During Labour on Pain and Child Birth Experience Among Primi Parturient Mothers: A Randomized Interventional Study. *International Journal of Scientific Research*, 3 (7), 416-418. Acedido a 13 - 01 - 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net>
- Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18 (8), 492-497. Acedido a 06-04-2016. Disponível em: http://www.beijingyues.com/download/Holter_19_Midwives_should_support_women_to_mobilize_during_labour.pdf
- Balaskas, J. (2015). *Parto Ativo. Guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground.
- Bio, E., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia*, 28(11), 671-679. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n11/a07v2811.pdf>
- Bismarck, J. A. (2003). *Analgesia e Obstetícia*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Botelho, M. R. (2010). Evidência e Ética. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), p.1. Acedido a 05-11-2016. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt>
- Botell, M. L., & Bermúdez, M. R. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia,. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38 (1), 134-145. Acedido a 26-02-2016. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>
- Brazão, R. (2010). Analgesia e anestesia no parto. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal (339-355)*. Lisboa: Lidel.

- Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2013). *A pelve feminina e o parto*. Brasil: Manole.
- Caring, J., & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência - Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Carlos de Amorim, A. T., Cottin, R. S., Araújo, V. S., & Davim, R. B. (2012). Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva*, 9 (56), pp. 61-66. Acedido a 28-01-2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84223413006>
- Cerullo, J. B., & Cruz, D. M. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(1). Acedido a 27-01-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário Da República I Série A, N.º 93 (21-4-1998)*, 1739-1757.
- Di Franco, J. (2009). 5: Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força. *Lamaze International*. Acedido a 18-05-2016. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>
- DiNapoli, P., Nelson, J., Turkel, M., & Watson, J. (2010). Measuring the caritas processes: Cring factor survey. *International Journal for Human Caring*, 14(3), 15-20, Acedido a 05-07-2016. Disponível em: http://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/Final%20PDF%20of%20IAHC%20article_CFS%202010.Vol14.Iss3.pdf
- Ebirim, L., Buowari, O. Y., & Ghosh, S. (2012). Physical and Psychological Aspects of Pain in Obstetrics. *Pain in Perspective*, 219-236. Doi: 10.5772/2627
- Favero, L., Pagliuca, L., & Lacerda, M. (2013). Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Revista Escola de Enfermagem*, 500-505. Acedido a 30-06-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/32.pdf>
- Fortain, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M. F. Fortain, (2003). *O processo de investigação* (239-265). Loures: Lusociência.
- Galvão, C., Sawada, N., & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 549-556. Doi:10.1590/S0104-
- Gayeski, M., & Brüggemann, O. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enfermagem*, 774-782. Acedido a 09-08-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way

- to give birth? A cohort study in Italy, 1-7. Acedido a 07-01-2017. Disponível em: doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2014/638093>
- Graça, L. M. (2010a). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2010b). Monitorização fetal intraparto. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (339-355). Lisboa: Lidel.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- ICM. (2013). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. *International Confederation of Midwives*, 1-19. Acedido a 02-05-2016. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/>
- ICN. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- International Association for the Study of Pain. (2005). *Core Curriculum for Professional Education in pain*. United Kingdom: J. Edmond Chanlton. Acedido a 27-02-2016. Disponível em: <https://issuu.com/iasp/docs/core-corecurriculum>
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewer's Manual*. Australia: The University of Adelaide. Acedido a 16-07-2016. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Kèrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Masson.
- Kumud, Rana, A. K., & Chopra, S. (2013). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nulliparous mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9 (1), 10-20. Acedido a 04-07-2016. Disponível em: <http://medind.nic.in/nad/t13/i1/nadt13i1p10.pdf>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Acedido a 22 de 01 de 2017. Disponível em: <http://thecochranelibrary.com>
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M., & Ratcliffe, S. (2003). The Nature and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief. *American Family Physician*, 68 (6), 1109-1112. Acedido a 16-04-2016. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2003/0915/p1109.html>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181 (16-09-2015) 8059-8105.
- Lima, M. C., & Cassiani, S. B. (2000). Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8(1), pp. 23-30. Acedido a 26-01-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12430.pdf>

- Lima, M. S., Moreira, K. A., Martins-Melo, F. R., & Fernandes, A. F. (2012). Atuação da Enfermagem na Humanização do Parto: Uma revisão integrativa. *Revista Tendência da Enfermagem Profissional*, 2,727-732. Acedido a 21-03-2016. Disponível em:
http://www.researchgate.net/publication/240770009_Parto_humanizado_na_pe_rcepo_das_enfermeiras_obsttricas_envolvidas_com_a_assistncia_ao_parto
- Lothian, J. A. (2014). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 198-209. Doi:10.1891/1058-1243.23.4.198
- Lowdermilk, D. (2008a). Avaliação do Feto durante o Trabalho de Parto. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (389-413). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. (2008b). Trabalho de Parto e Nascimento. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (333-354). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. (2008c). Controlo do Desconforto. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (355-387). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.
- Lukose, A. (2011). Developing a Practice Model for. *Nursing Science Quarterly*, 24 (1), 27-30. Doi:10.1177/0894318410389073
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição. *Escola Anna Nery R. Enfermagem*, 11 (2), 331-336. Acedido a 30-05-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- Manning, B. (2008). Transição para a Parentalidade. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (521-556). Loures: Lusodidacta.
- Martins, J. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12, 62-66. Acedido a 15-11-2016. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- Martins, M. F. (2011). Educação para a saúde e vigilância pré-natal: Interconfluências profissionais e familiares. *Tese de Douturamento*. Universidade do Minho. Acedido a 16-07-2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/19654>
- Mathias, J. J., Zagonel, I. P., & Lacerda, M. R. (2006). Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 332-337. Acedido a 26-06-2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a13v19n3.pdf>
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009). The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 393-398. Acedido a 12-05-2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a02v9n4.pdf>

- NICE. (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *NICE clinical guideline 190*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Acedido a 11-10-2016. Disponível em: http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_de_c2014.pdf
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. B. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 557-565. Acedido a 14-01-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a02.pdf>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setubal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Acedido a 12-05-2016. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- OE & APEO. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 26-02-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partido_Normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Regulamento dos padrões de qualidade em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 01-08-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-05-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 21-06-2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 03-06-2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com qualidade. Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS*. Acedido a 07-01-2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013b). *Projeto de MCEESMO- OE, Maternidade com qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Acedido a 04-01-2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013c). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido a 03-01-2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 07-02-2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-01-2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de Bolso - Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Projeto Maternidade com Qualidade resultados 2014. Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 20-01-2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf

Ordem dos Enfermeiros e International Council of Nurses. (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos enfermeiros. Acedido a 30-01-2017. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Acedido a 04-07-2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf

- Osório, S. M., Júnior, L. G., & Nicolau, A. I. (2014). Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(1), 174-184. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000100022
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 760-763. Acedido a 13-07-2016. Disponível em:
https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf
- Pereira, A. F., & Bento, A. D. (2011). Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Revista Rene*, 12(3), pp. 471-477. Acedido a 26-01-2017. Disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf
- Phumdoung, S., Youngwanichsetha, S., Mahattanan, S., Payakkamas, T., Maneechot, K., Chanudom, B., & Ajasariyasing, T. (2014). Prince of Songkla University Cat and upright positions together with music reduces the duration of active phase of labour and labour pain in primiparous women compared to oxytocin. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 19 (2), 70-77. doi:10.1111/fct.12113
- Pontes, A., Leitão, I., & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318. Acedido a 05-11-2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote*. Porto Alegre: Mc Graw Hill e Artmed.
- Rana, D. (2012). The Relationship Between A Woman's Position During Labor And The Level Of Feeling Pain In The Active Phase Of Labor. *Life Science Journal*, 9(4), 422-425. Acedido a 20-01-2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/>
- Romano, A., & Lothian, J. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting. *JOGNN*, 37, 94-105. Doi:10.1111/J.1552-
- Santos, S. (2015). Condução clínica da circular cervical do cordão umbilical no parto: prática clínica do EEESMO/Parteira. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 42-45. Acedido a 20-10-2016. Disponível em: <http://apeobstetras.com/docs/revista.pdf>
- Schmid, V. (2005). The meaning and functions of labour pain. *Midwifery Today*, 75, 54-57. Acedido a 04-07-2016. Disponível em:
<http://www.pubfacts.com/detail/16320886/The-meaning-and-functions-of-labour-pain>
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Entidades de Saúde*. Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 05-11-2016. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/>

- Shilling, T. (2009). Práticas de Nascimento Saudáveis - Liberdade de movimentos durante o TP. *Lamaze International*. Acedido a 30-05-2016. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>
- Silva, C., Valente, G., Bitencourt, G., & Brito, L. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Melleis. *Cogitare Enfermagem*, 548-551. Acedido a 25-07-2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18902/12210>
- Silva, L. B., Silva, M. P., Soares, P. M., & Ferreira, Q. T. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *FEMINA*, 35 (2), 101-106. Acedido a 01-05-2016. Disponível em: <http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>
- Silva, M. E. (2010). O papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (162-167). Lisboa: Lidel.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The Labor Progress Handbook- Early interventions to prevent and treat dystocia*. Chichester: Willey-Blackwell.
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In J. George, *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional* (253-264). Porto Alegre: Artmed.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura - um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2010). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (1), 129-135. Acedido a: 30-06-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>
- Watson, J. (2015). Jean Watson's Theory of Human Caring. In M. Smith, & M. Parker, *Nursing Theories & Nursing Practice* (321-340). Philadelphia: Davis Company.
- Watson, J. (2016). *Theory of Human Caring*. Watson Caring Science Institute. Acedido a 26-03-2017. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/>
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO. Acedido a 25-04-2016. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the Challenges: Maternal Movement and Positioning to Facilitate Labor Progress. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 35 (2), 72-78.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Fluxograma de pesquisa

Fluxograma de Pesquisa

<p>CINAHL Plus with Full Text (CINAHL Headings): <i>("Expectant mothers" OR "Female" OR "Labor Stage, First")</i> nº 1,428,688</p> <p>AND</p> <p><i>"Patient, positioning"</i> nº7,273</p> <p>AND</p> <p><i>("Randomized Controlled Trials" OR "Clinical Trials+")</i> nº 230,244</p> <p>AND</p> <p><i>"Labor, pain"</i> nº 1,789</p>	<p>MEDLINE with Full Text (MeSH2016): <i>("Female" OR "Pregnant Women" OR "Labor Stage, First")</i> nº 7,466,156</p> <p>AND</p> <p><i>"Patient Positioning+"</i> nº 5,467</p> <p>AND</p> <p><i>"Labor Pain"</i> nº 1,412</p>	<p>Cochrane Central Register of Controlled Trials: <i>("Female" OR "Labor Stage, First")</i> nº 453,434</p> <p>AND</p> <p><i>("patient positioning" OR "patient positioning nursing")</i> nº 547</p> <p>AND</p> <p><i>("labor pain" OR "labor pain nursing")</i> nº 442</p>	<p>Cochrane Database of Systematic Reviews: <i>("Expectant mother" OR "Female" OR "Labor Stage, First")</i> nº 1,658</p> <p>AND</p> <p><i>("Patient, positioning" OR "Upright positions")</i> nº 21</p> <p>AND</p> <p><i>("Pain" OR "Labor, pain")</i> nº 1,684</p>	<p>Abstracts of Reviews of Effects: <i>("female" OR "labor stage, first")</i> nº 6,971</p> <p>AND</p> <p><i>"patient, positioning"</i> nº 14</p> <p>AND</p> <p><i>("labor pain" or "labor pain nursing").~</i> nº20</p>	<p>Google Acadêmico: <i>(Vertical positioning and labor pain and first stage of labor)</i> nº 27,100</p>	<p>Nursing Reference Center: <i>(Não foi possível elaborar uma expressão de pesquisa adequada aos objetivos da pesquisa nesta base de dados).</i> nº 0</p>	<p>Pesquisa manual nas listas de referências dos estudos que responderam positivamente aos critérios de inclusão</p>
<p>Conjugação dos descritores, aplicação dos operadores booleanos OR e AND e aplicação dos limitadores temporais (2007-2017)</p>					<p>Limitadores temporais (2007-2017) e ordem de relevância</p>		<p>Limitadores temporais (2007-2017)</p>
<p>Total: 5 artigos</p>	<p>Total: 4 artigos</p>	<p>Total: 2 artigos</p>	<p>Total: 1 artigo</p>	<p>Total: 0 artigos</p>	<p>Total: 30 artigos</p>	<p>Total: 0 artigos</p>	<p>Total: 10 artigos</p>
<p>Total de artigos: 52</p>							
<p>Artigos excluídos segundo os critérios descritos</p>	<p>45 artigos excluídos</p>		<p>Artigos incluídos após leitura integral</p>		<p>7 artigos incluídos</p>		

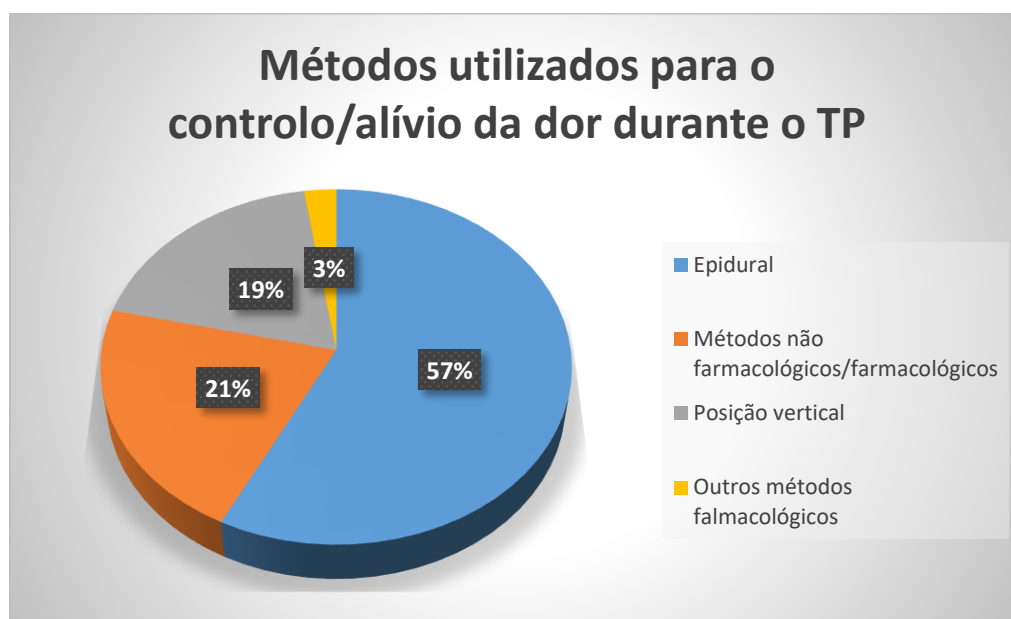
APÊNDICE 2 – Artigos selecionados: títulos, autores, datas e publicações

Título	Autor	Ano	Publicação
Effect of Dance Labor on the Management of Active Phase Labor Pain & Clients' Satisfaction: A Randomized Controlled Trial Study	Abdolahian S., Ghavi F., Abdollahifard S., Sheikhan F.	2014	Global Journal of Health Science
Effectiveness of Birthball Usage During Labour on Pain and Child Birth Experience Among Primi Parturient Mothers : A Randomized Interventional Study	Arulappan, Judie	2014	International Journal of Scientific Research
Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy	Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G.	2014	BioMed Research Internationa
Prince of Songkla University Cat and upright positions together with music reduces the duration of active phase of labour and labour pain in primiparous women compared to oxytocin	Phumdoung, et al.	2014	Focus on Alternative and Complementary Therapies
The Relationship Between A Woman's Position During Labor And The Level Of Feeling Pain In The Active Phase Of Labor	Rana, D.	2012	Life Science Journal
Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições	Nilsen E., Sabatino H, & Lopes M.H	2011	Revista escola de enfermagem USP
The vertical position during labor: pain and satisfaction	Miquelutti M. A., Cecatti, Morai J. G, & Makuch M. Y.	2009	Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil

APÊNDICE 3 – Dados observados

MÉTODOS UTILIZADOS PARA O CONTROLO/ALÍVIO DA DOR DURANTE O TP

Métodos utilizados para o controlo/alívio da dor durante o TP em %	
Epidural	57,1%
Métodos não farmacológicos/ farmacológicos	21,2 %
Posição vertical	18,8 %
Outros métodos farmacológicos	2,4%



Resultados obtidos através da prestação de cuidados/observação a 85 parturientes/famílias.