



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

**Parto Normal: Liberdade de Movimentos e o
Cuidado Centrado na Mulher**

Inês Marques Correia

**Lisboa
2020**



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

**Parto Normal: Liberdade de Movimentos e o
Cuidado Centrado na Mulher**

Inês Marques Correia



Orientadora: Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira
Coorientadora: Maria João Coito Delgado



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Cada nova vida permite-nos descobrir a dimensão mais gratuita do amor,
que nunca cessa de nos surpreender.”*

Papa Francisco, 2016

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria João Delgado, pela sensibilidade e abertura com que acolheu cada ideia, permitindo-me descobrir, etapa por etapa, o caminho a percorrer. Obrigada pelo apoio sábio, generoso e paciente, pela exigência desafiadora e pela valorização do empenho empreendido!

A todos os profissionais que acompanharam o meu percurso formativo e, de um modo particular, à Vanessa. Obrigada pelos ensinamentos partilhados, pela atitude sempre positiva e motivadora e pela disponibilidade e incentivo incondicionais!

Às minhas colegas de curso e de profissão. Obrigada pela partilha de conhecimentos e de experiências, pela compreensão, pelos momentos de decompressão e pelo apoio constante!

Aos meus amigos, por me acompanharem neste desafio, por acolherem cada desabafo e por compreenderem os períodos de ausência. Obrigada por me permitirem redescobrir o significado da *amizade*!

Aos meus pais e irmãos, pilares da minha existência e fonte inesgotável de carinho, confiança e coragem. Obrigada pela liberdade com que me educaram no carisma da unidade e pela genialidade com que me inculcaram a arte de amar, a caridade, a fé, o valor da vida e do respeito!

Às mulheres e famílias com que me cruzei, por partilharem um momento tão íntimo e excecional. Obrigada pela generosidade e pelo privilégio de testemunhar o milagre da vida!

RESUMO

Os avanços tecnológicos e médicos verificados ao longo do século XX conduziram a práticas em obstetrícia cada vez mais focadas nos profissionais. O parto, anteriormente considerado um evento natural e inato, passou a ser dominado pelo intervencionismo, com conseqüente interferência no processo fisiológico, desvalorização das preferências da mulher e minimização da sua capacidade de parir. É neste contexto que o enfermeiro obstetra pode assumir um papel fulcral para a normalização do parto, implementando um modelo de cuidados que promova escolhas informadas e envolvimento na tomada de decisão e proporcione liberdade à parturiente, capacitando-a para atingir uma experiência de parto positiva.

O presente Relatório de Estágio procura espelhar a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do grau de Mestre, descrevendo e analisando o percurso efetuado no contexto do Estágio com Relatório, inserido no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o qual foi potenciado pela implementação do projeto intitulado: *Liberdade de movimentos para o parto normal: cuidado centrado na mulher*.

Como referencial teórico, norteador dos cuidados, foi selecionada a Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa, de Brendan McCormack e Tanya McCance. Metodologicamente foi implementada uma prática baseada na evidência e uma prática reflexiva, traduzida na descrição, análise e reflexão das intervenções instituídas. Através da *Scoping Review* foi efetuado o mapeamento da evidência científica disponível sobre a temática. No decurso do Estágio com Relatório, foi aplicado um instrumento de registo de interação, posteriormente submetido a análise de conteúdo e análise estatística. Os resultados obtidos traduzem o papel protetor e promotor da liberdade de movimentos na incidência do parto normal, proporcionando à parturiente uma ferramenta para otimizar a sua experiência e gerir a dor, benefícios a que acrescem a diminuição da duração do TP, do risco de trauma perineal e a melhoria dos *outcomes neonatais*. Esta revela-se uma intervenção especializada primordial do EEESMO, capaz de respeitar a fisiologia do nascimento e de recuperar a autonomia e o protagonismo da mulher, maximizando a sua experiência de parto.

Palavras-chave: enfermeiro obstetra, parto normal, movimento, assistência centrada no paciente.

ABSTRACT

The technological and medical advances made throughout the twentieth century have led to practices in obstetrics increasingly focused on professionals. Childbirth, previously considered a natural and innate event, began to be dominated by interventionism, with consequent interference in the physiological process, devaluing women's preferences and minimizing their ability to give birth. It is in this context that midwife can assume a central role for the normalization of childbirth, implementing a care model that promotes informed choices and decision-making involvement and provides freedom for the parturient, enabling her to achieve an positive childbirth experience.

The present report seeks to reflect the acquirement of competencies of midwife and master's degree, describing and analysing the course carried out in the context of the Internship with Report, inserted in the 9thCMESMO of ESEL, which was boosted by the implementation of the project titled: *Freedom of movement for normal childbirth: woman-centered care*.

Brendan McCormack and Tanya McCance's Theory of Person-Centered Nursing was selected as the theoretical guiding reference of care. Methodologically, an evidence-based practice and a reflexive practice was implemented, translated into the description, analysis and reflection of the instituted interventions. Through the Scoping Review, the available scientific evidence on the subject was mapped. During the Internship with Report, an interaction recording instrument was applied and later submitted to content analysis and statistical analysis. The results obtained reflect the protective and promoter role of freedom of movement in the incidence of normal childbirth, providing to the parturient a tool to optimize her experience and manage pain, benefits that add to the reduction in the duration of labour, the risk of perineal trauma and the improvement of neonatal outcomes. This proves to be a primordial specialized intervention of midwives, capable of respecting the physiology of birth and restoring women's autonomy and protagonism, maximizing their experience of childbirth.

Key-words: nurse midwives, natural childbirth, movement, patient-centered care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	17
1.1 Enfermeiro Obstetra	17
1.2 Parto Normal	18
1.3 Liberdade de Movimentos	20
1.4 Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa de Brendan McCormack e Tanya McCance.....	22
2 PERCURSO METODOLÓGICO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	27
2.1 Scoping Review.....	27
2.1.1 Objetivo e questão de pesquisa.....	28
2.1.2 Critérios de inclusão	28
2.1.3 Estratégia de pesquisa	29
2.1.4 Extração e apresentação dos dados.....	30
2.1.5 Conclusões	33
3 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: PRÁTICA REFLEXIVA	35
3.1 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal.....	37
3.2 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	41
3.3 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	62
3.4 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	64
3.5 Desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ANEXOS

Anexo I – Estratégia de pesquisa na base de dados *CINAHL® Complete*

Anexo II – Estratégia de pesquisa na base de dados *Medline Complete*

Anexo III – Estratégia de pesquisa na base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews*

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de pesquisa aplicados às bases de dados

Apêndice II – Fluxograma da *Scoping Review*

Apêndice III – Tabelas de extração de dados de *Scoping Review*

Apêndice IV – Síntese dos principais resultados da *SR*

Apêndice V – Ciclo *Parir em Movimiento: Anatomía Funcional para el Parto Fisiológico®*

Apêndice VI – Descrição e análise crítica da semana de observação participante decorrida no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, do CHPVVC

Apêndice VII – Análise de Conteúdo

Apêndice VIII – Instrumento de registo de interação

Apêndice IX – Caracterização e análise crítica do contexto de estágio de bloco de partos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - *Person-centred Nursing Framework* (McCormack & McCance, 2019).....23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da análise de conteúdo dos registos de interação do 1º estágio do TP.....	49
Quadro 2 - Síntese da análise de conteúdo dos registos de interação do 2º estágio do TP.	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Recurso à alteração de posições no 1º estágio do TP.....	48
Gráfico 2 – Recurso à deambulação/de pé/balanço rítmico no 1º estágio do TP.....	48
Gráfico 3 – Recurso à bola de nascimento no 1º estágio do TP.....	48
Gráfico 4 – Recurso à almofada de ar no 1º estágio do TP.....	48
Gráfico 5 – Recurso à hidroterapia.....	51
Gráfico 6 – Recurso à musicoterapia.....	51
Gráfico 7 – Recurso à massagem.....	51
Gráfico 8 – Recurso à aplicação de calor.....	51
Gráfico 9 – Posição de parto no 2º estágio.....	53
Gráfico 10 – Duração médio do 2º estágio do TP.....	53
Gráfico 11 – Integridade perineal.....	57
Gráfico 12 – Integridade perineal de acordo com posição de parto.....	57
Gráfico 13 – Índice <i>Apgar</i> médio ao 1º e 5ºmin.....	60

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACNM – *American College of Nurse-Midwives*

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BP – Bloco de partos

BSG – Boletim de saúde da grávida

CGRMF – Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal

CHPVVC – Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPPP – Curso de preparação para o parto e parentalidade

CPP – Consulta de plano de parto

CS – Convivente significativo

CPS – Cuidados de saúde primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decúbito lateral

DPE – Deontologia Profissional de Enfermagem

EBSCO – *Elton B. Stephens Company Publishing*

EC – Ensino Clínico

ECP – Enfermagem Centrada na Pessoa

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – Frequência cardíaca fetal

HAP – Hospital de apoio perinatal

IA – Índice de *Apgar*

ICM – *International Confederation of Midwives*

ICN – *International Council of Nurses*

IPPF – *International Planned Parenthood Federation*

IG – Idade gestacional

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LM – Litotomia modificada

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

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientadora do local

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCA – *Patient-controlled analgesia*

PCNF – *Person-centred Nursing Framework*

PP – Plano de parto

PPT – Parto pré-termo

RCM – *Royal College of Midwives*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de parto

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é o culminar do percurso efetuado ao longo da Unidade Curricular Estágio com Relatório (UC-ER), inserida no 2º ano, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), encontrando-se sujeito a apreciação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Ao longo do meu crescimento, sempre olhei para o parto como um elemento natural no ciclo de vida de um casal que deseje ter filhos. Contudo, a experiência pessoal, desenvolvida nos ensinamentos clínicos (EC) do curso de licenciatura em enfermagem, levou-me a acreditar que, nos tempos modernos, o nascimento e o parto tinham passado para o domínio dos profissionais e da tecnologia, restringindo o casal a um papel passivo, isento de escolhas. Sendo esta uma perspetiva tão díspar da conceção de cuidados de enfermagem que fui construindo e que, como enfermeira, procuro premiar no meu quotidiano profissional, centrada nas necessidades e preferências do paciente, optei por direcionar o meu interesse para outras áreas de cuidados. A recente transferência para uma unidade de medicina materno-fetal, traduziu-se num novo confronto com a realidade de que os cuidados a casais em processo de gravidez e parto se mantêm longe do desejável. Concomitantemente, nos últimos anos, desenvolvi duas experiências de voluntariado internacional, nas quais me deparei com a ausência de competências na área da saúde materna e obstétrica. A motivação crescente levou-me a ingressar no CMESMO, onde constatei o papel fulcral que os enfermeiros têm a desempenhar para devolver o parto à mulher/casal. Com efeito, a *International Confederation of Midwives* (ICM, 2014b) e a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, 2019) reconhecem os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) como profissionais de excelência do cuidar na área da saúde materna e obstétrica, a nível mundial, capazes de assumir intervenções autónomas em situações que envolvam processos fisiológicos e de vida normais, no ciclo reprodutivo da mulher, sendo o seu modelo de cuidados tradutor de benefícios para esta, o recém-nascido (RN) e a família.

Não obstante o parto seja um processo natural, sem complicações para a maioria das mulheres e RN, ao longo das últimas décadas, as mulheres têm sido encorajadas a parir em instituições de saúde de forma a assegurar o acesso a profissionais competentes e a tecnologia de ponta (OE & APEO, 2012). Contudo, em muitas destas instituições, prevalece um modelo de cuidados no qual o profissional de saúde assume o controlo do processo de parto, minimizando a capacidade da mulher para parir, expondo a parturiente a intervenções médicas desnecessárias e, conseqüentemente, interferindo no processo fisiológico do nascimento e na sua experiência de parto (ICM, 2017b; WHO, 2018c).

Exemplo deste fenómeno é o crescente aumento das taxas de cesariana e da prevalência de episiotomia a nível mundial, acima do valor expectável pelas indicações clínicas (OPSS, 2018). Sendo o indicador de qualidade dos cuidados obstétricos, comumente utilizado a nível internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estipula que uma taxa de cesarianas superior a 10%, não está associada a uma redução da taxa de morbi-mortalidade materna e neonatal (WHO, 2015c). Contudo, em Portugal, a prevalência desta prática alcançou proporções epidémicas atingindo, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), um valor máximo em 2009, de 36,7% e encontrando-se, em 2018, em 34,1% (PORDATA, 2019; OPSS, 2018). No que se refere à prevalência de episiotomia, entre mulheres com parto eutócico, esta atingiu um valor de 54,1%, em 2015, consideravelmente superior às recomendações emanadas pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), cuja meta proposta é de 5% (OPSS, 2018).

Face a uma prática que traduz a “tentação de tratar todas as parturientes de modo rotineiro, com elevado grau de intervenção, mesmo em situações de baixo risco obstétrico” (OE & APEO, 2012, p. 17), emerge a necessidade de normalizar o nascimento, de proporcionar à mulher/família a vivência deste processo num ambiente seguro e com o mínimo de intervenções necessárias (OE & APEO, 2012; Balaskas, 2017; WHO, 2018c). Baseado na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto (TP) e parto fisiológicos e um sentimento de realização pessoal e controle através do envolvimento na tomada de decisão, torna-se premente um ambiente de parto que minimize o medo e proporcione liberdade à parturiente, um modelo de cuidados respeitoso, holístico, baseado nos direitos humanos e centrado na mulher, capaz de potenciar escolhas informadas e de a capacitar a aceder ao tipo

de cuidados de que necessita e deseja (ACNM, 2015; OE, 2015b; Balaskas, 2017; ICM, 2017b; WHO, 2018c; Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gulmezoglu, 2018).

Este relatório assume particular relevância na descrição do percurso desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao cuidado do EEESMO, alicerçado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019), no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019) e nas *Essential Competencies for Midwifery Practice* da ICM (2019), concorrendo, conseqüentemente, para a obtenção do título de Enfermeira Especialista e do grau de Mestre.

O itinerário metodológico, no âmbito do ER, iniciou-se na UC Opção II, na qual foi proposta a realização de um projeto inovador, fundamentado numa filosofia de cuidados centrados na pessoa e baseado na evidência científica (ESEL, 2019^a). Sob a orientação da Prof.^a Maria João Delgado, elaborei o projeto “*Liberdade de movimentos para o parto normal: cuidado centrado na mulher*”, visando aprofundar o tema da liberdade de movimentos enquanto estratégia de promoção do parto normal e ferramenta de implementação de cuidados centrados na mulher.

Partindo das diretrizes mencionadas, defini como objetivos:

- Identificar evidência científica no âmbito da liberdade de movimentos enquanto estratégia de promoção do parto normal, incluindo os ganhos em saúde associados à sua utilização;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal, que me permitam potenciar a sua saúde e capacitá-la para o recurso à liberdade de movimentos e para a tomada de decisão sobre o parto normal;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, que me permitam capacitá-la para assumir um papel ativo no seu trabalho de parto, com o recurso à liberdade de movimentos;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade;

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a saúde;
- Desenvolver competências do domínio da *responsabilidade profissional, ética e legal*, que me permitam promover a proteção dos direitos humanos da mulher e família.

De forma a adquirir conhecimentos decorrentes da melhor evidência científica disponível e fundamentar a prática de cuidados, foi efetuada uma *Scoping Review (SR)*, ferramenta indissociável de uma Prática Baseada na Evidência (PBE), que teve a seguinte questão de partida: Qual a influência da liberdade de movimentos no parto normal?

Para sustentar a temática em estudo e o desenvolvimento de competências pretendido, optei por mobilizar, como referencial teórico de enfermagem, a Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa (ECP), teoria de médio alcance, proposta por Brendan McCormack e Tanya McCance, uma vez que esta coloca a experiência humana no centro da prestação de cuidados, priorizando valores como a dignidade, o respeito, a privacidade, a autodeterminação, a comunicação e a relação terapêutica, para promover satisfação e envolvimento com o cuidar, sensação de bem-estar e desenvolvimento de uma cultura terapêutica (McCormack & McCance, 2010).

Estruturalmente, este documento é constituído pelos capítulos: *Enquadramento Teórico*, onde se pretende clarificar os conceitos centrais da temática em estudo e o referencial teórico de enfermagem mobilizado; *Percurso Metodológico: Prática Baseada na Evidência*, que integra a SR desenvolvida; *Percurso para a aquisição de competências de Especialista e do grau de Mestre: Prática Reflexiva*, onde surge a descrição e análise dos objetivos, das atividades implementadas e dos resultados obtidos, com conseqüente reflexão sobre a aquisição de competências técnicas, científicas, relacionais e éticas. Por fim, nas *Considerações Finais*, serão apresentadas as conclusões, as limitações e os constrangimentos identificados, terminando com a lista das *Referências Bibliográficas*.

O relatório encontra-se elaborado de acordo com as normas constantes no guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e as referências bibliográficas respeitam as normas APA6th.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Para a compreensão da temática em estudo foram identificados como conceitos centrais: enfermeiro obstetra, parto normal, liberdade de movimentos e cuidado centrado na mulher. Os mesmos serão abordados individualmente ao longo do presente capítulo, espelhando a revisão da literatura efetuada. Será também incluída a descrição do referencial teórico de enfermagem elegido para fundamentar as intervenções implementadas.

1.1 Enfermeiro Obstetra

De acordo com a OE (2015b) e a ICM (2017a), o enfermeiro obstetra é definido como um indivíduo que completou um programa formativo legalmente reconhecido no seu país, baseado nas *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* e nos *Global Standards for Midwifery Education* da ICM e que demonstra competências para a prática da profissão. Este é reconhecido como um profissional responsável e confiável, que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar o apoio, os cuidados e o aconselhamento necessários durante a gravidez, o parto e o pós-parto, capaz de assumir responsabilidades na condução do parto e de fornecer cuidados aos RN (OE, 2015b; ICM, 2017a). Neste sentido, a OE acrescenta que o EEESMO “é responsável, no seu exercício profissional, por intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, a Mulher que está envolvida em processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo” (OE, 2015b, p.14). A definição de intervenções autónomas encontra-se plasmada no Decreto-Lei nº.161/96, de 4 de Setembro de 1996, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) onde se lê: “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (Decreto-Lei nº.161/96, de 4 de Setembro, 1996, p.2961).

Assim, o EEESMO, enquanto profissional de excelência na prestação de cuidados à mulher grávida, reconhece a gravidez e o nascimento como uma etapa da vida e um evento fisiológico, nos quais a mulher e a sua família são os decisores principais, tendo como área de atuação autónoma o parto normal e, conseqüentemente, a sua defesa e promoção (ICM, 2014c, 2017a).

1.2 Parto Normal

A OMS definiu o parto normal como:

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (WHO, 1996, p.3).

Paralelamente, a ICM (2014c) estabelece que o parto normal é um processo único e dinâmico, baseado na interação fisiológica e psicológica entre a mãe e o feto, que ocorre quando a mulher inicia, prossegue e completa o parto, culminando no nascimento espontâneo de um bebé de termo, na posição de vértice, sem necessidade de intervenção cirúrgica, médica ou farmacêutica. Neste sentido, o *American College of Nurse-Midwives (ACNM)* (2015), acrescenta ainda que o parto normal, ao ser potenciado pela capacidade humana inata da mulher e do feto, decorre sem intervenções desnecessárias, associando-se a uma maior probabilidade de um nascimento seguro e saudável.

Verificando-se que, para a maioria das mulheres, a gravidez e o parto são eventos fisiológicos, todas as mulheres devem ter acesso a cuidados de continuidade prestados por EEESMO (ICM, 2014c; OE, 2015b; WHO, 2018c). Perante a realidade verificada atualmente e anteriormente descrita, de crescente medicalização do parto, com impacto na segurança e bem-estar da parturiente e do RN, o EEESMO deve assumir um papel central na minimização da interferência no processo natural e contribuir para uma experiência positiva, capaz de potenciar a autoestima e a confiança da mulher e o seu bem-estar psicológico no período pós-natal (Aune, Holsether & Kristensen, 2018).

A OE e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) enunciam, no Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada” (2012, p.23), como práticas promotoras do parto normal:

- *Possuir e aplicar sistematicamente conhecimentos e métodos que otimizem o desenvolvimento fisiológico da gravidez, trabalho de parto, nascimento (...);*
- *Informar e envolver a mulher nas decisões do seu próprio cuidado e do bebé (...) possibilitando decisões esclarecidas;*
- *Oferecer informação e educação sobre a gravidez, preparação para o nascimento e parentalidade, centrada nas necessidades da mulher/casal/família (...);*
- *Facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários;*

- *Fomentar práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, incluindo: (...) apoiar a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical (...).*

Em 2013, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) lançou o *Projeto Maternidade com Qualidade*, com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, através da regulação do exercício profissional, definindo entre os indicadores de evidência e de medida do projeto, o estímulo a posições não supinas e a promoção e aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP (MCEESMO, 2013b).

Mais recentemente, em 2018, a OMS emitiu o documento – *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* – no qual estabelece um conjunto de recomendações e normas de boas práticas para a condução do TP sem complicações, entre as quais: um cuidado de maternidade respeitoso, nomeadamente, cuidados organizados e fornecidos a todas as mulheres de forma a manter a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, que garantam a liberdade de danos e maus-tratos e possibilitem uma escolha informada e apoio contínuo; o incentivo à adoção da mobilidade e de posições verticais durante o primeiro estágio do TP, em mulheres de baixo risco; a adoção de uma posição de parto da escolha individual da mulher, incluindo posições verticais, em mulheres com ou sem analgesia epidural, durante o segundo estágio do TP (WHO, 2018c).

Das recomendações enunciadas, emerge a necessidade de uma filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica centrada na mulher, um cuidar em parceria, cuja ênfase seja colocada na capacitação, afirmando a sua própria força e as suas competências pessoais, através do recurso ao movimento e a posições da sua preferência, durante o TP (OE, 2015b; Prosser, Barnett & Miller, 2018; WHO, 2018c).

As mulheres têm o direito a efetuar escolhas esclarecidas sobre o recurso, ou não, a intervenções, devendo ser participantes ativas nas decisões que afetam a sua saúde e a do seu RN (ACNM, 2015; ICM, 2014a, 2017b; WHO, 2018c). Para tal, é perentório que o EEESMO providencie à mulher/família informação que promova a compreensão do nascimento como um processo normal de vida, capacitando-os para tomar decisões informadas e promovendo o seu *empowerment* para advogarem sobre questões que afetam a sua saúde (ICM, 2014a, 2017b; OE, 2015b).

1.3 Liberdade de Movimentos

Ao longo da história, nas diferentes culturas, as mulheres sempre recorreram a diversas posições durante o TP (Shilling, 2009; MCEESMO, 2013b; Balaskas, 2017). Segundo a MCEESMO (2013b), em Portugal, a configuração das salas de partos e o reduzido *empowerment* das grávidas face aos seus direitos no processo de parto, constituem indicadores implícitos da prevalência da posição de litotomia, dados corroborados pelo estudo desenvolvido pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), que ao analisar as experiências de parto das mulheres portuguesas, concluiu que 80,2% das mulheres inquiridas adotaram a posição referida, no período expulsivo (APDMGP, 2015). Contudo, esta é uma prática que contraria várias recomendações nacionais e internacionais, as quais relevam a importância de promover a liberdade de movimentos e a adoção de posições verticais, salientando a primazia na posição de parto de escolha individual da mulher (Romano & Lothian, 2008; Shilling, 2009; OE & APEO, 2012; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013; MCEESMO, 2013b; ACNM, 2015; OE, 2015b; WHO, 2018c; Prosser, et al., 2018; RCM, 2018; ICM, 2019).

A liberdade de movimentos surge associada a movimentos espontâneos que a mulher utiliza de forma instintiva em resposta à dor e a outras sensações, durante o TP, nomeadamente, deambular, balanço rítmico, inclinar para a frente, alteração de posições, com ou sem recurso a instrumentos de apoio ao movimento, como a bola de nascimento ou a almofada de ar (Romano & Lothian, 2008; Calais-Germain e Parés, 2009; Shilling, 2009; MCEESMO, 2013b; Balaskas, 2017). Num parto normal, a dor é um elemento do processo fisiológico, que permite à mulher interpretar e reagir a estímulos negativos, trabalhar no processo de parto e monitorizar o seu próprio bem-estar (Calais-Germain e Parés, 2009; MCEESMO, 2013b; OE, 2015b; Balaskas, 2017). Neste sentido, diversos autores referem que o uso do movimento durante o TP contribui como elemento de distração da dor e de dispersão da tensão muscular, conferindo à mulher uma sensação de maior liberdade, maior conforto e um TP mais eficaz (Shilling, 2009; Calais-Germain e Parés, 2009; MCEESMO, 2013b; Pedro e Oliveira, 2016; Balaskas, 2017).

No que se refere às posições maternas no TP, estas podem ser segmentadas em posições verticais/não supinas e posições supinas/reclinadas. As primeiras incluem todas aquelas que possibilitam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da mulher, englobando a posição de pé, sentada, joelhos, cócoras

e quatro apoios (Mineiro, Rito, Cardoso e Sousa, 2016; Charles, 2018a; WHO, 2018c). Por oposição, nas posições supinas, a mulher apresenta um ângulo inferior a 45° entre o tronco e os membros inferiores, correspondendo à posição de litotomia/decúbito horizontal, semirreclinada/litotomia modificada (LM) e decúbito lateral (DL) (Mineiro, Rito, Cardoso e Sousa, 2016; Charles, 2018a; WHO, 2018c). Não obstante o DL seja incluído no grupo das posições supinas, é de ressaltar que o mesmo oferece vantagens relativamente às restantes, mantendo a correta orientação uterina, a eficácia das contrações e a mobilidade pélvica (Calais-Germain e Parés, 2009; Charles, 2018a). Ao assumir posições verticais ou ao mudar frequentemente de posição, para responder às indicações do seu próprio corpo, a mulher beneficia da força da gravidade, orienta a sua pélvis de forma multidirecional e promove a progressão eficiente, permitindo ao feto encontrar o seu caminho através do canal de parto (Romano & Lothian, 2008; Calais-Germain e Parés, 2009; Shilling, 2009; MCEESMO, 2013b; Balaskas, 2017).

Planear permanecer ativa durante o TP, experimentando e treinando diferentes posições e movimentos durante a gravidez, permitirá adquirir maior confiança para o seu uso no parto, a qual poderá ser potenciada pelo prestador de cuidados presente e pela existência de um ambiente de parto que faculte várias opções de mobilidade (Shilling, 2009; OE e APEO, 2012; RCM, 2017; Zileni, Glover, Jones, et al., 2017). Não obstante a expressão, o controlo, a cooperação e o trabalho com a dor do parto sejam algo individual e dependente de diferentes fatores, medidas que promovam a tomada de decisão e a sensação de controlo e que proporcionem conforto irão fomentar a capacidade das mulheres em TP para dominar o processo de nascimento e influenciar a sua experiência de parto (MCEESMO, 2013b; Nieuwenhuijze, Low, Korstjens & Lagro-janssen, 2014; Balaskas, 2017). Estas poderão transcender a dor física, manterem-se conectadas com o seu corpo e as suas emoções e encontrar a energia necessária para trabalhar com a natureza, durante o TP (Calais-Germain e Parés, 2009; Balaskas, 2017; WHO, 2018c).

1.4 Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa de Brendan McCormack e Tanya McCance

Baseada na premissa de que a maioria das mulheres deseja um TP fisiológico e um sentimento de realização pessoal e controle através do envolvimento na tomada de decisão, a OMS advoga o direito a uma experiência de parto positiva, capaz de preencher ou exceder as suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias (WHO, 2018c). Para isso, propõe um modelo de cuidados de maternidade respeitoso, centrado na mulher, capaz de potenciar escolhas informadas e de disponibilizar apoio contínuo durante o TP e o nascimento, modelo defendido também por outras organizações (RCM, 2014; ACNM, 2015; OE, 2015b; ICM, 2017; WHO, 2018c). Sendo inequívoco que todas as mulheres e todos os RN têm direito a cuidados de saúde de elevada qualidade, a qual resulta da relação complexa da tríade segurança, efetividade e cuidado centrado na pessoa (Crowe & Manley, 2019), torna-se explícita a urgência de exceder o foco meramente técnico, para englobar práticas de cuidados autenticamente humanas.

A necessidade emergente de abordagens sensíveis e dignificantes, capazes de reafirmar a importância dos fundamentos do cuidar e de colocar a experiência humana no centro da prestação de cuidados, conduziu ao desenvolvimento da Teoria de ECP, apresentada por McCormack & McCance (2010; 2017). Esta posiciona-se como uma teoria de médio alcance, com origem em duas ferramentas conceptuais [a *Conceptual Framework for Person-centred Practice*, de McCormack (2003) e a *Caring in Nursing Practice Conceptual Framework*, de McCance (2001)], compreende conceitos relativamente específicos e realça a relação entre esses conceitos (McCormack, 2019; McCance, McCormack & Slater, 2020).

O conceito de cuidado centrado na pessoa deriva de uma perspetiva humanista do cuidar, que tem como princípios basilares a centralidade da liberdade humana, a autodeterminação e a responsabilidade, o holismo, a existência de diferentes formas de conhecimento e a importância do tempo, espaço e relacionamento, considerando cada pessoa como única (McCormack & McCance, 2006, 2010, 2017; Brink e Skott, 2013). Neste, surge como primordial o estabelecimento de uma relação terapêutica entre profissional, paciente e suas pessoas significativas, a construção de confiança e compreensão mútuas e a partilha de experiências (McCormack & McCance, 2010, 2017; Brink e Skott, 2013).

Brendan McCormack e Tanya McCance (2010) propõem uma ferramenta conceptual para a prática de enfermagem – *The Person-centred Nursing Framework (PCNF)* – a qual reconhece e se baseia na complementaridade entre *caring* e *person-centredness*. Esta releva a complexidade da ECP e, através da articulação de constructos-chave, enfatiza as dimensões contextual, atitudinal e moral de práticas de cuidado humanistas (McCormack & McCance, 2017).

Como representado na figura 1, a PCNF engloba quatro constructos, nomeadamente, pré-requisitos, ambiente de cuidados, processo centrado na pessoa e *outcomes* (McCormack & McCance, 2010, 2017). Para atingir resultados centrados na pessoa, primeiramente é necessário considerar os atributos do enfermeiro, enquanto pré-requisito para gerir o ambiente de cuidados, de forma a prestar cuidados de enfermagem efetivos, implementados através do processo de ECP. Esta sequência conduz, em última análise, aos *outcomes*, componente central da ferramenta (McCormack & McCance, 2006, 2010, 2017; McCormack, 2019). De referir que os elementos individuais de cada constructo apresentam também eles relações entre si (McCormack, 2019).

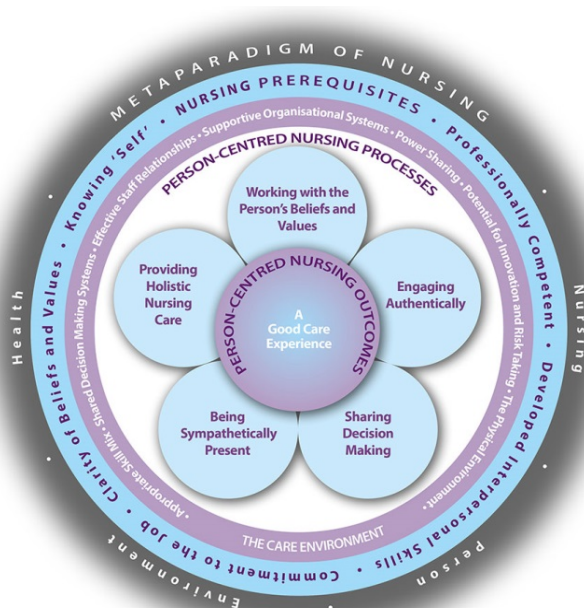


Figura 1- *Person-centred Nursing Framework* (McCormack & McCance, 2019)

Os pré-requisitos focam-se nos atributos do enfermeiro, são considerados pedras basilares e compreendem: competência profissional; competências interpessoais desenvolvidas; comprometimento com o trabalho; consciência das crenças e valores que guiam a sua prática; e autoconhecimento. O ambiente de

cuidados, direcionado para o contexto em que os cuidados ocorrem, inclui: combinação de habilidades apropriada; sistemas de tomada de decisão partilhada; relações profissionais efetivas; sistemas organizacionais de apoio; partilha de poder; potencial para a inovação e risco; ambiente físico. O processo de enfermagem centrado na pessoa engloba a prestação de cuidados através de um conjunto de atividades, designadamente: trabalhar com as crenças e valores dos utentes; envolvimento autêntico; estar empaticamente presente; tomada de decisão partilhada; e providenciar cuidados holísticos. Por fim, os *outcomes* correspondem aos resultados esperados de um cuidado centrado na pessoa efetivo, resumidos numa boa experiência de cuidado, para a pessoa e para o enfermeiro (McCormack & McCance, 2017; McCormack, 2019; McCance, McCormack & Slater, 2020).

A PCNF, conforme representada na figura 1, resulta da revisão da ferramenta inicialmente apresentada pelos autores (McCormack & McCance, 2010), de forma a incorporar o meta-paradigma de enfermagem. Ao contrário de outras teorias de enfermagem, que pré-determinam uma perspetiva epistemológica de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, os autores consideram que o conhecimento em enfermagem está em constante evolução, resultando de relações dinâmicas e interdependentes que constituem pessoas, incluindo os enfermeiros, no seu contexto de saúde/ambiente, ideia expressa através dos componentes principais dos constructos da ECP (McCormack, 2019). A forma como cada enfermeiro, a equipa de enfermagem e as organizações constroem a relação entre os constructos é determinada pela forma como explicitam os valores que sustentam a construção do meta-paradigma de enfermagem (McCormack, 2019).

A análise do modelo sugere que a Enfermagem pode ser traduzida no estabelecimento e promoção de relações terapêuticas entre os prestadores de cuidados, os pacientes e os seus significantes; sustentada por valores como o direito individual à autodeterminação, respeito e compreensão mútuos; potenciada por culturas de *empowerment* que promovem abordagens contínuas para o desenvolvimento da prática (McCormack & McCance, 2017).

A Pessoa, elemento capital, refere-se a todos os sujeitos envolvidos numa interação de cuidados, englobando pacientes, família/cuidadores, colegas de enfermagem e outros membros de equipa multidisciplinar. Para os autores, o conceito de pessoa incorpora: os valores que esta considera como importantes; a forma como expressa as suas crenças; a forma como se envolve emocionalmente nas relações;

os sonhos, esperanças e desejos para a sua vida; e o estilo de vida que deseja viver (McCormack & McCance, 2017; McCormack, 2019). No contexto do presente relatório, a mulher, no âmbito de todo o ciclo reprodutivo, surge como entidade beneficiária de cuidados do EEESMO (OE, 2015b). Mais especificamente, a grávida diz respeito à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; a parturiente refere-se à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante os quatro estádios do TP; a puérpera corresponde à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal (OE, 2015b).

O Ambiente foca-se no contexto em que decorre a prestação de cuidados, englobando sete características, anteriormente referidas, com o potencial de limitar ou fortalecer o desenvolvimento de um processo centrado na pessoa, impactando, indiscutivelmente, a sua operacionalização (McCormack & McCance, 2017; McCormack, 2019). Torna-se essencial a existência de uma cultura centrada na pessoa nas instituições de saúde, que permita aos profissionais experienciar e trabalhar de acordo com esta filosofia, potenciada por métodos de trabalho que promovam *feedback* contínuo, reflexão e envolvimento (McCormack, Borg, Cardiff, Dewing, Jacobs, Janes, Karlsson, ... Wilson, 2015).

A Saúde é o reflexo de “viver uma vida positiva” e abrange todas as dimensões do ser. Esta corresponde à valorização, preservação e proteção da singularidade do outro enquanto pessoa e ao seu bem-estar, alcançado através da resposta às suas necessidades, reconhecendo e priorizando o que é importante para ele (McCormack & McCance, 2017; McCormack, 2019).

Transpondo os pressupostos abordados para o contexto da saúde materna, a prestação de cuidados centrados na mulher é de natureza flexível, episódica e dinâmica, estando dependente de necessidades individuais, conhecimento, perícia e valores do EEESMO, da mulher e da flexibilidade organizacional dentro do sistema de saúde (Fontein-Kuipers, Groot & Staa, 2018). O EEESMO tem a responsabilidade de conhecer, desenvolver e sedimentar os pré-requisitos essenciais para prestar cuidados centrados na mulher efetivos, cuja combinação lhe permitirá gerir o desafio de um contexto em constante mudança e implementar intervenções direcionadas às capacidades, preferências, estilo de vida e objetivos individuais de cada mulher/família. Estes últimos desempenham um papel principal na construção do seu plano de cuidados, sendo apoiados para tomar decisões informadas, para gerir com sucesso a sua saúde e os cuidados de que necessitam e para deliberar quando

convidar outros a agir em seu nome, o que lhes permitirá atingir uma experiência de cuidados positiva, *outcome* final da ECP e enfatizado nas recentes recomendações emanadas pela OMS (WHO, 2018c).

O cuidado centrado na mulher torna-se assim numa “filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica que dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica” (OE, 2015b, p.8), a que se associa a necessidade de *empowerment* do próprio EEESMO para advogar pela mulher, “permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de julgamentos” (OE, 2015b, p.9).

2 PERCURSO METODOLÓGICO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Benner, Tanner e Chesla (2009), defendem o desenvolvimento do enfermeiro, de iniciado a perito, através da aquisição progressiva de competências, em articulação com o aprofundamento do conhecimento teórico e clínico em enfermagem. Neste processo, o enfermeiro especialista torna-se um elemento decisivo para a melhoria de indicadores em saúde, nomeadamente, resultados clínicos, qualidade de atendimento, satisfação do cliente e custos associados (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018). Com efeito, a utilização criteriosa da evidência, inerente a uma prática avançada, permite informar uma tomada de decisão conscienciosa, explícita e judiciosa, com impacto positivo na qualidade dos cuidados e na melhoria do desempenho do sistema de saúde (ICN, 2012; Brower & Nemec, 2017), competências previstas nos *Domínios de Competência B e D*, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

O presente capítulo pretende descrever o percurso metodológico delineado para a aquisição de competências de enfermeira especialista e de mestre, de acordo com os objetivos estabelecidos, o qual concorreu para a implementação de uma PBE, recurso indissociável do exercício de enfermagem avançada e requisito para a excelência do cuidar do EEESMO. Como referem Brower & Nemec (2017), a PBE resulta da interligação entre a melhor evidência científica disponível, a experiência e a perícia individual do profissional e a preferência do cliente, incluindo as suas preocupações, expectativas e valores.

2.1 Scoping Review

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) (2012), é essencial que os enfermeiros desenvolvam a capacidade de identificar a melhor evidência disponível, elemento integrante de uma PBE. Para aceder à evidência científica a mobilizar na prática de cuidados e dar resposta ao primeiro objetivo específico traçado – Identificar evidência científica no âmbito da liberdade de movimentos enquanto estratégia de promoção do parto normal, incluindo os ganhos em saúde associados à sua utilização

– elaborei uma SR, instrumento de revisão da literatura proposto pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI).

A SR, desenvolvida por Arksey e O'Malley, surgiu em resposta ao rápido aumento de investigação primária produzida, procurando possibilitar uma síntese mais efetiva e rigorosa da evidência (Peters, Godfrey, McInerney, Khalil, Parker & Soares, 2017). Esta tem por objetivo determinar que tipo de evidência (quantitativa e/ou qualitativa) está disponível sobre um tópico e representá-la, através do mapeamento dos dados (Peters, *et al.*, 2017). De acordo com o JBI (Peters, *et al.*, 2017), a aplicação deste instrumento inicia-se com a definição de um protocolo, o qual permite delinear, *à priori*, os objetivos e a metodologia a seguir.

A SR aqui apresentada intitula-se: “Liberdade de movimentos no parto normal: uma *scoping review*” e o *background* da mesma encontra-se no subcapítulo 1.3 do presente relatório, no qual foram abrangidos os principais elementos do tópico em revisão, resultados da pesquisa efetuada na literatura cinzenta.

2.1.1 Objetivo e questão de pesquisa

Esta revisão tem como objetivo mapear a evidência existente acerca da influência do recurso à liberdade de movimentos, pela mulher em TP, no parto normal. Para tal, considerando a mnemónica de referência PCC (população, conceito e contexto) (Peters, *et al.*, 2017), foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: “Qual a influência da liberdade de movimentos no parto normal?”. Identificaram-se, como elementos constituintes: (C)onceito – liberdade de movimentos; (C)ontexto – parto normal. Não foi incluído o elemento (P)opulação, uma vez que o contexto é no parto normal, inferindo-se, o envolvimento da mulher grávida/parturiente.

2.1.2 Critérios de inclusão

De forma a detalhar as características das fontes a serem consideradas para a presente revisão, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Tipo de participantes: artigos que incluam mulheres que experienciaram um parto normal, independentemente da sua idade.
- Conceito: artigos que abordam o uso do movimento e a escolha livre de diferentes posições de parto, como estratégia de intervenção durante o primeiro e/ou segundo estágio do TP.

- Contexto: artigos que abordam o parto normal, de início espontâneo, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez, decorrente de uma gravidez de baixo risco.
- Tipo de fontes de informação: estudos quantitativos e qualitativos, independentemente da metodologia utilizada nos mesmos, escritos em língua inglesa, portuguesa e castelhana (idiomas de domínio dos revisores), publicados nos últimos seis anos.

2.1.3 Estratégia de pesquisa

Atendendo às recomendações do JBI (Peters, et al., 2017), a estratégia de pesquisa foi desenvolvida em três fases, decorrendo entre abril de 2018 e junho de 2019. De referir que a segunda e terceira fases da pesquisa foram atualizadas até à elaboração do presente relatório, de forma a incluir a evidência científica entretanto emanada.

Inicialmente procedeu-se a uma pesquisa limitada nas bases de dados *CINAHL® Complete* e *MEDLINE Complete*, da plataforma *EBSCOhost Integrated Search* e à análise dos descritores e das palavras contidas no título e no resumo dos artigos considerados, com o intuito de obter termos de linguagem natural associados à questão e determinar os termos indexados das respetivas bases. A segunda fase da pesquisa residiu na aplicação de todos os termos naturais e indexados identificados, nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE* e de todos os termos naturais na base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews* (como se encontra esquematizado no apêndice I), combinando-os, posteriormente, através dos operadores booleanos “OR” e “AND”. Desta operacionalização, resultaram 131 artigos na base de dados *CINAHL*, 166 artigos na base de dados *MEDLINE* e 2 artigos na base de dados *Cochrane*, os quais foram extraídos recorrendo ao software de gestão de referências *Mendeley®*, com o intuito de eliminar os artigos duplicados. A estratégia de pesquisa completa, aplicada em cada uma das bases de dados, encontra-se incorporada nos anexos I, II e III, respetivamente. De seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e dos resumos dos artigos obtidos e, por fim, à leitura e à aplicação dos critérios de inclusão, nos artigos com acesso ao conteúdo integral, para efetuar a seleção dos artigos elegíveis, tendo-se obtido um total de doze artigos. A terceira fase da pesquisa consistiu na análise da lista de referências dos artigos

selecionados, de modo a obter estudos adicionais, após a qual foram aditados quatro artigos.

A estratégia de pesquisa descrita encontra-se sistematizada no fluxograma da SR, apresentado no apêndice II, adaptado do fluxograma *PRISMA* desenvolvido por Moher et al. (2009), sugerido pelo JBI (Peters, et al., 2017).

2.1.4 Extração e apresentação dos dados

Para registar a informação chave, contida em cada um dos artigos elegidos e obter a resposta à questão de pesquisa, foi desenvolvida uma tabela de extração de dados, de acordo com as orientações da JBI (Peters, et al., 2017), a qual foi aplicada aos dezasseis artigos (apêndice III). A extração dos dados foi retificada por dois revisores, tendo qualquer discordância verificada sido alvo de discussão.

Os dados obtidos encontram-se sintetizados na tabela apresentada no apêndice IV, cuja estruturação decorreu da análise detalhada dos artigos. Da apreciação efetuada, verifica-se que a influência da liberdade de movimentos e da adoção de posições verticais durante o TP pode ser estratificada em quatro categorias, nomeadamente, tipo de parto, duração do TP, efeitos maternos e efeitos fetais/no RN.

Um dos primeiros achados a destacar prende-se com a relação positiva constatada entre a liberdade de movimentos e a incidência do parto normal. Com efeito, após implementarem intervenções para aumentar a confiança das parteiras e das parturientes para o uso da mobilidade em TP, num bloco de partos do Reino Unido, Morrall & Beach (2017), obtiveram um aumento da incidência do parto normal de 59,9% para 64,7%. Paralelamente, ao analisarem os fatores que influenciam a capacidade da mulher para atingir um parto normal, Prosser, Barnett & Miller (2018) concluíram que a de liberdade de movimentos durante todo o TP e a adoção de uma posição de parto não supina desempenharam um papel promotor.

Por sua vez, num estudo coorte observacional, desenvolvido em Itália, com o objetivo de comparar os *outcomes* intraparto, maternos, fetais e neonatais, entre parturientes que assumiram posições verticais da sua preferência em mais de 50% do seu TP e parturientes que assumiram posições reclinadas, os autores verificaram, uma taxa de 87,1% de partos eutócicos no primeiro grupo, bastante superior ao valor verificado no segundo, de 48,7% de partos eutócicos, apurando, conseqüentemente, uma redução da incidência de partos distócicos e de cesarianas, associada ao

primeiro grupo (Gizzo, Gangi, Noventa, Bacile, Zambon & Nardell, 2014). Estes dados são também corroborados pela revisão integrativa da literatura avançada por Londoño, Castiblanco, Acosta e Astudillo (2018), de acordo com a qual se infere necessidade inferior de instrumentalização no parto vertical (14,21%) quando comparado com o parto em litotomia (22,22%) e pela revisão sistemática da literatura apresentada por Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles (2013).

Mais especificamente, a revisão sistemática da literatura empreendida por Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel (2017) e a meta-análise exposta por Deliktas & Kukulo (2018), ambas desenvolvidas com o objetivo de determinar o efeito do uso de diferentes posições de parto, no segundo estágio do TP, em mulheres sem analgesia epidural, comprovam a diminuição da incidência de partos instrumentados em posições verticais. De referir que estes autores não encontraram dados que comprovem a redução na incidência da taxa de cesarianas, nesta população, não obstante tenha sido um achado mencionado noutros estudos (Lawrence, *et al.*, 2013).

No que diz respeito à duração do TP, os resultados demonstraram uma evidência clara na sua diminuição quando as mulheres adotam posições verticais, quer no primeiro quer no segundo estágio do TP, não obstante existam oscilações do tempo em questão. Assim, para o primeiro estágio do TP, os valores médios encontrados variaram entre 1h e 22min (Lawrence, *et al.*, 2013) e 2h e 24min (Gizzo, *et al.*, 2014) e, para o segundo estágio do TP entre 6,16min (Gupta, *et al.*, 2017), 9min (Aguilar, Romero e Garcia, 2013), 17,53min (Londoño, *et al.*, 2018) e 50min (Gizzo, *et al.*, 2014).

Relativamente aos resultados maternos, constatou-se que mulheres encorajadas a manterem-se móveis e a adotarem posições verticais durante o TP referiram um aumento da sensação de controlo (Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjens, Bude & Lagro-Janssen, 2013; James & Hudek, 2017; Londoño, *et al.*, 2018), maior satisfação e melhoria da experiência de parto (James & Hudek, 2017; Morrall & Beach, 2017). Mais especificamente, James & Hudek (2017) concluíram que a utilização da bola de nascimento, em múltiparas, reduz a sensação de medo e promove o *empowerment* da mulher para o processo de parto. Contudo, a revisão sistemática da literatura concretizada por Walker, Kibuka, Thornton & Jones (2018), aponta para uma ligeira diminuição da satisfação materna com a experiência de parto verificada em posições verticais quando comparadas com decúbito lateral, em mulheres com

analgésia epidural, *outcome* analisado em apenas um dos estudos incluídos na revisão.

Simultaneamente, vários estudos reforçam o efeito positivo da liberdade de movimentos e das posições verticais na percepção dolorosa e, concludentemente, na redução do uso de analgesia epidural (Lawrence, *et al.*, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014; Gupta, *et al.*, 2017; James & Hudek, 2017; Londonõ, *et al.*, 2018; Prosser, Barnett & Miller, 2018). Concretamente, Gizzo, *et al.* (2014), obtiveram um score médio, na escala numérica, de 3.7 no grupo de parturientes que assumiram posições verticais da sua preferência, significativamente inferior ao score de 7.1, verificado no grupo de parturientes que assumiram posições reclinadas. Taavoni, Sheikhan, Abdolahian & Ghavi (2016) e James & Hudek (2017), destacaram a utilização da bola de nascimento como terapia complementar particularmente relevante na diminuição do score de dor experienciado em TP, uma vez que promove o relaxamento e permite à mulher cooperar com as contrações.

Da mesma forma, os estudos mapeados realçam uma redução da taxa de episiotomias verificada nas parturientes que adotaram posições verticais (Aguilar, Romero e Garcia, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014; Gupta, *et al.*, 2017; Deliktas & Kukulo, 2018; Londonõ, *et al.*, 2018; Walker, *et al.*, 2018), efeito potenciado pela utilização de banco de parto (Thies-Lagergren, Uldbjerg & Maimburg, 2020). Porém, todos eles apontaram para um aumento da incidência de lacerações perineais de grau I e II, nestas posições, com exceção do estudo efetuado por Deliktas & Kukulo (2018), o qual não descobriu diferença significativa, em mulheres sem analgesia epidural. De ressaltar que Londonõ, *et al.* (2018), encontraram um risco duas vezes superior de lacerações associado à posição de cócoras, em primíparas e Thies-Lagergren, Uldbjerg & Maimburg (2020), obtiveram percentagens de períneos íntegros estatisticamente inferiores associadas à utilização do banco de parto (4,5% vs 10,3%, em primíparas e 26,6% vs 37,4%, em múltiparas). Por sua vez, Gizzo, *et al.* (2014), Londonõ, *et al.* (2018) e Tunestveit, Baghestan, Natvig, Eide & Nilsen (2018), revelaram uma redução da incidência de lacerações perineais de grau III e IV, em posições verticais, destacando o efeito protetor da posição de quatro apoios.

Gupta, *et al.* (2017), Deliktas & Kukulo (2018) e Walker, *et al.* (2018) referiram, ainda, como resultado materno da adoção de posições verticais, o ligeiro aumento da hemorragia pós-parto, o qual não apresentou repercussão no seu bem-estar.

No que concerne aos desfechos fetais, foram evidenciados a diminuição da persistência da variedade occipito-posterior (Gizzo, *et al.*, 2014) e da incidência de frequência cardíaca fetal (FCF) anormal, correspondendo a uma redução variável de 13,05% em posições horizontais para 5,1% em posições verticais, no estudo apresentado por Gizzo, *et al.* (2014) e de 20,5% para 8,3%, na revisão efetuada por Londonõ, *et al.* (2018).

Por fim, Lawrence, *et al.* (2013) constataram existir menor probabilidade de admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais associada à liberdade de movimentos no primeiro estágio do TP e Walker, *et al.* (2018), apuraram, ainda, uma diminuição da incidência de pH baixo à nascença, associado a posições verticais no segundo estágio do TP, em mulheres com analgesia epidural.

2.1.5 Conclusões

Atendendo à questão de partida que norteou o mapeamento da evidência científica desencadeado e à segmentação dos resultados exposta, são evidentes os benefícios que advêm do recurso à liberdade de movimentos e da adoção de posições verticais durante o primeiro e segundo estádios do TP. Não obstante alguns estudos apresentem resultados ligeiramente contraditórios, os quais poderão ser alvo de pesquisa futura, não sendo reportados desfechos negativos associados à liberdade de movimentos, as mulheres devem ser apoiadas caso demonstrem desejo de se manterem ativas e encorajadas a adotarem posições confortáveis durante o TP.

Comprova-se, desta forma, a eficácia da liberdade de movimentos enquanto estratégia efetiva para reduzir o grau de intervencionismo, respeitar a fisiologia do parto e promover um cuidado centrado na mulher.

3 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: PRÁTICA REFLEXIVA

Assumindo-se como uma *práxis*, cujo conhecimento advém de uma prática reflexiva, a enfermagem entra numa lógica conceptual, a qual valoriza o recurso à investigação e à teorização, com ênfase nas respostas humanas desencadeadas no processo de saúde/doença, ao longo do ciclo de vida (Silva, 2007). A reflexão crítica apresenta-se, assim, como parte integrante e, possivelmente, elemento mais desafiante do exercício do enfermeiro especialista e mestre, implicando a capacidade de autorreflexão, autoconhecimento e reflexão da prática as quais lhe possibilitarão desenvolver-se como pessoa e como profissional (Hinchliff e Rogers, 2008).

Recorrendo à prática reflexiva enquanto método de trabalho e partindo dos objetivos específicos delineados no projeto de estágio anteriormente referido, ao longo do presente capítulo procurarei descrever e analisar o desenvolvimento das competências de EEESMO e de mestre, o qual, potenciado pela implementação da temática elegida, culminou numa intervenção pautada por um elevado nível de autonomia, qualidade e segurança.

Os resultados apresentados no capítulo anterior realçam, de forma inequívoca, a importância da liberdade de movimentos enquanto estratégia não farmacológica capaz de respeitar, apoiar e promover a fisiologia do nascimento, desígnio da intervenção do EEESMO e, concomitantemente, elevar as preferências e a autonomia da mulher/família, contribuindo para que a mesma atinja uma experiência de parto positiva, em linha com a prática de cuidados centrados na pessoa, modelo assistencial preconizado na área da saúde materna e selecionado para nortear o ER.

Numa ótica de trabalho de projeto, fomentado no decurso do CMESMO, desenvolvi um conjunto de atividades que me capacitaram para utilizar a liberdade de movimentos enquanto instrumento de promoção do parto normal e de cuidados centrados na mulher/família, complementando os conhecimentos adquiridos através do percurso curricular. Com efeito, McCormack & McCance (2010, 2017) propõem, como primeiro constructo da sua ferramenta, os pré-requisitos, conjunto de atributos que o enfermeiro deve apresentar desenvolvidos, de forma a implementar um cuidar centrado efetivo.

A par com a SR empreendida, estratégia inicial preponderante para enraizar, na evidência científica, as minhas próprias crenças e valores sobre a liberdade de movimentos, participei em congressos e conferências nacionais, com relevância reconhecida na área, nomeadamente: a conferência *Nascer em Amor 2018: Menos interferência, mais cuidados – partos excepcionais*, em maio de 2018; a reunião científica *O Parto no Século XXI, em dezembro de 2018*; o congresso *Nascer Positivo – III Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento*, em março de 2019; e o congresso *Nascer em Família: o Desafio da Inovação*, em outubro de 2019, no qual tive a oportunidade de apresentar um póster intitulado *Liberdade de movimentos no parto normal: uma Scoping Review*.

Decidi também frequentar o Curso *Ciclo Parir em Movimento: Anatomía Funcional para el Parto Fisiológico®*, desenvolvido de acordo com o Método Núria Vives. Enquanto estratégia inovadora, situa-se em linha com os princípios da ECP enunciados por McCormack & McCance (2017). A experiência e as aprendizagens emergidas da participação na formação, estão descritas e analisadas no apêndice V.

Posteriormente, realizei um período de observação participante no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, do Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE (CHPVVC), com o objetivo de analisar práticas de cuidados promotores do parto normal já estabelecidas dentro do SNS português (apêndice VI). Com efeito, este é considerado uma referência a nível nacional, reconhecido por implementar uma abordagem que coloca o casal no centro dos cuidados e potencia a fisiologia do parto. Foram dias intensos e extremamente enriquecedores, potenciados pela generosidade e disponibilidade de todos os profissionais do serviço mencionado e dos diversos casais com quem pude contactar.

A reflexão contínua sobre a prática de cuidados e consequente avaliação dos resultados obtidos foram uma constante no decurso do ER, quer de forma autónoma, quer em discussão com a orientadora do local (OL), a docente orientadora e a equipa multidisciplinar. Nesta linha, foram redigidos dois diários de aprendizagem e efetivada a participação nas quatro sessões de análise de práticas, que decorreram nas instalações da ESEL e que incluíram o corpo docente e discente do 9ºCMESMO.

O método selecionado para proceder à análise das interações de cuidados e à extração dos resultados provindos da aplicação da temática em estudo, foi a análise de conteúdo, amplamente utilizada no campo das ciências sociais e humanas (Bardin, 2015), devidamente explicitado no apêndice VII. Este envolveu a construção de um

instrumento de registo de interação de cuidados baseado na síntese da evidência científica sobre o tema (apêndice VIII). De referir que, observando o respeito pelos princípios éticos no tratamento dos dados, a apresentação dos excertos das unidades de registo relevantes para a análise e discussão encontra-se codificada e identificada com as siglas *RI*, assegurando o anonimato e confidencialidade das participantes.

3.1 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal

O percurso para o desenvolvimento das competências 1 e 2 do Regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019) e das competências inseridas na categoria 2 das *Essential Competencies for Midwifery Practic* (ICM, 2019), em articulação com a temática em estudo, iniciou-se nos estágios em contexto de cuidados de saúde primários (CSP) e de cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal (CGRMF), sendo potenciado pelo período de estágio decorrido no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia (SUOG).

A saúde sexual e reprodutiva é um direito contemplado na Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (*International Planned Parenthood Federation [IPPF], 2008*), potenciadora da vida e das relações interpessoais (DGS, 2008) e atualmente considerada uma meta universal a atingir até 2030, englobada no quinto objetivo de desenvolvimento sustentável, definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas (*Every Woman Every Child, 2015*), sendo da responsabilidade do EEESMO estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019). De acordo com a OMS (2016), incluídos no ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais constituem uma plataforma para a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção de doenças. Estes devem alicerçar-se em três eixos fundamentais, nomeadamente, cuidados centrados na pessoa, continuidade de cuidados no ciclo de vida e conceptualização da gravidez como oportunidade de intervenção e mudança, os quais concorrem para uma experiência positiva (DGS, 2015b; OE, 2015b).

No âmbito do SUOG, prestei cuidados a grávidas nos diferentes trimestres da gravidez, em situação de infeção do trato genito-urinário, perda hemática vaginal,

rotura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo (APPT), contratilidade uterina dolorosa e diminuição dos movimentos fetais. Ao efetuar o acolhimento à mulher/convivente significativo (CS) identifiquei-me sempre como estudante do CMESMO, solicitando o seu consentimento prévio para a continuação dos cuidados. Neste, priorizei o estabelecimento de uma comunicação eficaz, atenta às mensagens expressas verbal e não verbalmente, a manutenção de uma atitude empática e o envolvimento autêntico, valorizando os medos e preocupações expressos, numa ótica de cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017).

Para implementar uma avaliação inicial abrangente e detalhada, contemplei a anamnese, realizada com recurso à entrevista, à consulta do boletim de saúde da grávida (BSG) e ao processo clínico, quando disponível, e o exame objetivo pormenorizado, com particular atenção aos aspetos relacionados com o motivo inicial de vinda ao SUOG. O BSG revelou-se um instrumento essencial para a transmissão de dados clínicos referentes à mãe e ao feto, capaz de contribuir para a interligação entre os CSP, os cuidados de saúde hospitalar e outros profissionais envolvidos na vigilância da gravidez, melhorando a continuidade e a qualidade dos mesmos, aspeto evidenciado pela OMS (2016) e pela OE (2015b). Visando a avaliação do “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” e a identificação de “desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13562), de acordo com a idade gestacional (IG), efetuei a avaliação dos sinais vitais maternos, a identificação da perceção dos movimentos fetais, a avaliação da estática fetal (através das manobras de *Leopold*), a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e/ou a cardiocografia, a avaliação de eventuais perdas vaginais e a existência de desconfortos e outros riscos potenciais, incluindo eventuais desvios ao padrão de adaptação à gravidez (Charles, 2018a). Sendo o *empowerment* um elemento fortemente enraizado nos cuidados em saúde materna e obstétrica, crucial para o autocuidado, a autodeterminação e a tomada de decisão partilhada, componentes do processo centrado na pessoa e destacando a gravidez como um período privilegiado para a intervenção e mudança, desenvolvi ainda processos de educação para a saúde no período pré-natal (McCormack & McCance, 2010; DGS, 2015b; OE, 2015b; OMS, 2016). Para tal, informei e orientei “a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco (...), sobre estilos de vida saudáveis na gravidez (...) e sobre

medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13562).

Ao longo dos contextos de estágio, tive ainda a oportunidade de prestar cuidados a grávidas em diferentes situações de risco materno-fetal, como diabetes gestacional, colestase gravídica, pré-eclampsia ou APPT concebendo, planeando, implementando e avaliando “intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” e cooperando “com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez (...) e pós-aborto” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13562).

De referir que o contexto de CSP revelou-se fecundo para iniciar a análise e a implementação de práticas promotoras do *empowerment* da mulher/família para o parto normal. Decorrendo numa unidade de saúde familiar (USF), constatei que as consultas de vigilância da gravidez eram realizadas pelo enfermeiro de família, independentemente da sua área de especialização. Como já foi referido, de acordo com os organismos nacionais e internacionais, o EEESMO é reconhecido como o profissional de excelência na área da saúde materna e obstétrica, capaz de prestar cuidados de elevada qualidade e de maximizar a saúde da grávida/feto no período pré-natal (OE, 2015b; ICM, 2019). Considero assim que, na ausência do mesmo, o modelo de enfermeiro de família compromete a qualidade nesta área, inviabilizando a prestação de cuidados holísticos. Efetivamente, verifiquei que, por exemplo, na consulta de enfermagem, a capacitação da mulher para o seu próprio TP não era promovida de forma sistemática, não ocorrendo a avaliação das suas expectativas e conhecimentos prévios, nem a discussão sobre as suas opções, para consequente elaboração do plano de parto (PP), instrumento reconhecido por contribuir para cuidados centrados na mulher/família (OE, 2015b). Nesta medida, assuntos como os benefícios do parto normal e a liberdade de movimentos eram pouco abordados.

Ciente de que o papel do EEESMO não poderá nunca ser substituído pelo de um enfermeiro de cuidados gerais, mas reconhecendo a importância da formação contínua, adaptada às necessidades da equipa, para a qualidade dos cuidados e sendo esta uma competência prevista no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019), desenvolvi uma sessão de formação para profissionais intitulada – *Liberdade de movimentos: empowerment da mulher para o parto normal*. Esta contou com a total

adesão da equipa de enfermagem, constituindo um momento de reflexão, debate e partilha de experiências valorizado por todos.

Paralelamente, elaborei um folheto informativo dirigido à grávida/família, sobre a liberdade de movimentos no TP, recurso recomendado pela OMS (WHO, 2018c). Através de imagens e de linguagem simples e acessível expôs os benefícios associadas a esta prática e as diferentes posições e exercícios a que a mulher pode recorrer sozinha, com o envolvimento do CS ou com o auxílio de instrumentos de apoio ao movimento.

Sendo um direito legalmente reconhecido no nosso país, estabelecido no Artigo 5, da Lei n. °142/99, de 31 de Agosto (1999), a USF disponibilizava cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPPP), implementados pela equipa multidisciplinar. De acordo com a MCEESMO (2012), os CPPP promovem o *empowerment* das grávidas/CS/família para enfrentarem os desafios do parto e da parentalidade, tendo por base uma filosofia direcionada para a prevenção e o bem-estar, promoção de saúde e autoenvolvimento, assim como, aquisição de conhecimentos sobre consentimento informado, redução do risco e uso de técnicas não-farmacológicas e de autocuidado, para uma gravidez, parto e nascimento normais. Tive a possibilidade de ministrar uma das sessões do curso direcionada para o processo de TP e estratégias de gestão e alívio da dor, durante a qual mobilizei também os conhecimentos adquiridos nos primeiros módulos do *Ciclo Parir em Movimiento*, com particular enfoque na fisiologia do TP, na liberdade de movimentos e na verticalidade, possibilitando a conexão com o corpo, a perceção da mobilidade da pélvis e o treino de diferentes posições a adotar no primeiro e segundo estádios do TP, envolvendo ainda os CS presentes.

Por último, ressalvo que um dos cuidados transversais aos vários contextos de estágio, como sejam as consultas de vigilância de gravidez, os CPPP, o atendimento em SUOG ou em internamento, prendeu-se com a promoção do envolvimento e participação ativa do(s) CS identificado(s) pela mulher, aspeto preponderante para proporcionar cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2010,2017), com benefícios reconhecidos pelos organismos nacionais e internacionais (DGS, 2015b; OE, 2015b; OMS, 2016; WHO, 2018c).

Pela descrição e análise das atividades empreendidas, considero que consegui atingir os objetivos propostos para a consecução desta competência, enquanto futura EEESMO e mestre.

3.2 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Os cuidados prestados no estágio em contexto de bloco de partos (BP) contribuíram de forma decisiva para desenvolver a competência 3 do regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13562) e as competências englobadas na categoria 3 do *Essential Competencies for Midwifery Practice* (ICM, 2019). De forma a possibilitar a compreensão do contexto do BP onde decorreu o estágio, encontram-se explicitadas no apêndice IX a caracterização e a análise crítica dos recursos humanos e do ambiente físico do mesmo, em articulação com o referencial teórico de enfermagem selecionado.

Para a implementação do projeto individual, do qual os primeiros passos foram explanados anteriormente, debati com a enfermeira chefe do local e com a OL os objetivos delineados, das quais obtive bastante receptividade e contributos preciosos. De ressaltar que a EEESMO designada para a orientação do meu estágio fundamenta a sua atuação, de forma sistemática, nas melhores práticas recomendadas a nível nacional e internacional, possuindo uma vasta experiência na aplicação da liberdade de movimentos, o que se revelou um elemento chave para o êxito alcançado na consecução dos objetivos. Posteriormente, visando o desenvolvimento de uma visão partilhada no seio da equipa interdisciplinar e, reconhecendo o papel do EEESMO na promoção de uma cultura organizacional que proteja o parto normal e a importância da existência de uma atmosfera de *empowerment* para a estabelecimento de cuidados centrados na pessoa, procurei fomentar a sua sensibilização para o tema (McCormack & McCance 2010; McCormack, *et al.*, 2015; ICM, 2019; McCormack, 2019). Pese embora não tenha sido possível efetuar nenhuma sessão formal de formação em serviço, promovi, em diversos momentos e com a colaboração da OL, discussões informais sobre os benefícios da liberdade de movimentos mapeados através da SR e estratégias concretas para a implementar. Elaborei ainda um cartaz informativo expondo, com recurso a imagens, posições e exercícios que a mulher pode adotar em

TP, envolvendo o CS ou com o auxílio de instrumentos de apoio ao movimento, o qual foi apresentado à equipa, ficando disponível para consulta em cada quarto de parto.

A integração gradual desencadeada no contexto permitiu-me adquirir autonomia para cooperar, negociar e articular as situações de cuidados com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade dos mesmos, como previsto nas competências “1.h” e “1.l” definidas pela ICM (2019) e na competência “C1” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Procurei também compreender o circuito preconizado para cada cliente, dentro do Departamento da Mulher, aspeto potenciado pela possibilidade de realizar alguns turnos no SUOG.

Ao ser admitida no BP, é atribuído a cada mulher um quarto de parto singular, onde permanece até à transferência para o serviço de puerpério, após o período de pós-parto imediato, aspeto que promove o respeito pela privacidade e confidencialidade ao longo do TP e assegura o alojamento conjunto, requerimentos da OMS para um cuidado de maternidade respeitoso (WHO, 2018c). Atendendo às recomendações do organismo mencionado, é também garantida a permanência de um CS da sua escolha (WHO, 2018c). Tive a oportunidade de efetivar múltiplas admissões no BP e respetivo acolhimento à mulher/CS, momento que identifiquei como privilegiado para o estabelecimento de uma comunicação eficaz. É nesta fase que a relação terapêutica começa a ser construída e, muito para além da descrição das normas do serviço, através de uma atitude empática e da leitura do que é expresso de forma verbal e não verbal, torna-se possível aceder aos receios e expectativas que cada paciente traz consigo e, conseqüentemente, despoletar a sua gestão, como referem McCormack & McCance (2010) e a OE (2015b). Como previsto no ponto “3.3.1” do Regulamento das competências específicas do EEESMO, este “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13563). Ao iniciar a interação, dirigindo-me à mulher pelo seu nome, identifiquei-me sempre como estudante do CMESMO, solicitando o seu consentimento para a continuação dos cuidados.

Ao longo deste estágio tive o privilégio de acompanhar 85 parturientes/CS durante o primeiro e/ou segundo estágio do TP, às quais foi amplamente oferecido o recurso à liberdade de movimentos, tendo 81 destas optado por usufruir do mesmo. Estas apresentavam idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos, sendo a média

etária aproximada de 31 anos; 44 eram nulíparas e 37 múltiparas; com IG entre as 37 semanas e 1 dia e as 41 semanas e 3 dias; e grau académico predominante correspondente a licenciatura.

Para realizar a anamnese recorri à consulta do processo escrito, do BSG e à entrevista, obtendo dados referentes ao histórico médico, ginecológico e obstétrico que poderiam condicionar os cuidados a instituir, como por exemplo, o grupo de sangue, índice obstétrico, partos anteriores, existência de serologias e outros valores analíticos atualizados, resultado da pesquisa de *Streptococcus* do grupo B no exsudado vaginal e rectal, última ecografia realizada e existência de patologia associada ou concomitante. Atendendo ao planeamento dos cuidados a instituir com cada parturiente/CS, na entrevista, procurei conhecer as suas experiências anteriores, identificar os conhecimentos e as expectativas para o parto atual e quais os conhecimentos, crenças e valores face à temática em estudo, questionando sobre a participação em CPPP e sobre a elaboração do PP. De acordo com McCormack & McCance (2010), trabalhar com as crenças e valores do paciente reforça um dos princípios fundamentais da ECP e permite desenvolver uma imagem clara daquilo que este valoriza, do significado que atribui ao que acontece, adequar a partilha de informação e desenvolver processos de negociação, imprescindíveis para uma tomada de decisão partilhada. Torna-se, assim, possível respeitar o valor da autodeterminação e transformar a experiência do indivíduo, dando-lhe a possibilidade de considerar uma variedade de perspetivas (McCormack & McCance, 2010, 2017).

Por todo o investimento prévio relatado, estava plenamente motivada e expectante para o trabalho que poderia vir a desenvolver com cada mulher/CS. Contudo, comecei a aperceber-me que a grande maioria das parturientes não tinha efetuado escolhas para o seu TP, não tinha elaborado um PP e apresentava conhecimentos parcos relativamente a temas como a influência do movimento na promoção de um TP normal ou a possibilidade de adoção de diferentes posições no segundo estágio do TP. Mais concretamente, das 85 parturientes que acompanhei, apenas 36,77% tinha efetuado o CPPP e 10,59% elaborado um PP. É ainda de realçar que só 32,94% das mulheres conhecia a existência de vantagens associadas à mobilidade em TP e, não obstante, 44,71% soubessem da possibilidade de adotar diferentes posições no segundo estágio do TP, unicamente 28,24% tinha definido, à priori, uma posição de preferência, as quais corresponderam, por ordem de ocorrência: posição sentada – 45,83%; posição deitada – 29,17%; posição de cócoras

– 16,67%; posição de 4 apoios – 8,33%. De referir ainda que, das grávidas que frequentaram um CPPP, 29% e 16,1% afirmaram não ter abordado os temas da mobilidade em TP e posições verticais, respetivamente.

Com efeito, a MCEESMO (2013b) alerta para o reduzido *empowerment* das grávidas face aos seus direitos no processo do parto, dados corroborados por estudos internacionais que mencionam a resistência das parturientes à deambulação e apontam como um dos fatores para a prevalência da posição de litotomia o desconhecimento sobre a variedade de opções disponíveis para o seu TP (Carolan-Olah, Kruger & Garvey-Graham, 2015; Zileni, Glover, Jones, *et al.*, 2017). A título de exemplo, ao efetuar a avaliação de conhecimentos sobre posições verticais, uma das parturientes respondeu-me: “Não tem que ser deitada?” (RI12). Paralelamente, alguns profissionais de saúde referem maior facilidade em efetuar manobras obstétricas, proteger o períneo e apoiar o bebé quando a mulher se encontra em litotomia, o que contradiz a evidência atual sobre *outcomes* maternos e fetais, em posições verticais e influencia, erroneamente, a perceção das mulheres de que a primeira opção permite um nascimento mais seguro para o bebé (Desseauve, Gachon, Bertherat, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016; Zileni, Glover, Jones, *et al.*, 2017). Estes aspetos fomentam o medo do parto e aumentam a vulnerabilidade da mulher, com impacto na probabilidade de alcançar um parto normal e no grau de intervencionismo (Carolan-Olah, Kruger & Garvey-Graham, 2015). Tal é notório no discurso de duas parturientes que não tinham participado em nenhum CPPP nem apresentavam conhecimentos prévios sobre mobilidade no TP e posições verticais: “Tinha muito medo do parto por não saber o que esperar” (RI16); “Como não conhecia as várias posições, tinha algum medo em experimentar” (RI31).

Ao confrontar os fatores supracitados com os comportamentos observados no decurso das interações estabelecidas, apercebi-me que por detrás da aparente “passividade” estava, muitas vezes, uma enorme gestão de expectativas decorrente da perceção da tomada de decisão como algo unilateral, na mão dos profissionais, não obstante a necessidade de controlo sobre a situação. Com efeito, algumas parturientes verbalizaram: “Não tinha feito plano de parto, porque não queria criar falsas expectativas” (RI23); “No primeiro parto fiquei sempre deitada. Sabia que era melhor outra posição, mas não tive abertura para mudar.” (RI32)

Tendo como foco o bem-estar e a experiência de parto de cada mulher/CS e reconhecendo cada contacto como uma oportunidade para capacitar e para promover

a autonomia, procurei encorajar a expressão das necessidades e preferências, garantir que cada mulher compreendia que tinha poder de escolha e assegurar que as suas opções eram apoiadas e protegidas. Mantive uma presença contínua, ofereci suporte individual e experiência prática e possibilitei uma escolha consciente (McCormack & McCance, 2010; IMC, 2019). Faculitei a oportunidade de explorar preferências face à posição, auxiliando na identificação das mais confortáveis e eficientes para a progressão do parto, aspetos que Nieuwenhuijze, *et al.* (2014) apontam como efetivos para uma tomada de decisão partilhada. Respeitando a disponibilidade individual, promovi o envolvimento do CS, através de explicações claras sobre o apoio a prestar ao longo do TP (Charles, 2018a; WHO, 2018c).

Concomitantemente, em situações em que, após a partilha de informação e discussão sobre as opções disponíveis, as parturientes optaram por manter uma postura mais passiva, descobri que tal correspondia a uma confirmação da sua autonomia, baseada nos seus valores, tal como alertam McCormack & McCance (2010), procurando, por isso, respeitar a sua perspetiva única sobre a situação e gerir os meus valores e crenças, sem os impor, reconhecendo no outro o direito a ser tratado como detentor do seu próprio corpo e das suas decisões (McCormack & McCance, 2010; WHO, 2018c; ICM, 2019). Estas revelaram-se oportunidades privilegiadas para melhorar a minha capacidade de comunicação efetiva, apoiando as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, através do encorajamento, louvor, confiança e escuta ativa, mantendo uma atitude positiva (WHO, 2018c; ICM, 2019). Como atesta a revisão efetuada por Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert (2017), oferecer suporte contínuo ao longo do nascimento aumenta a probabilidade de parto vaginal espontâneo, encurta a duração do TP, reduz a taxa de cesariana, de parto instrumentado e de analgesia regional e diminui a presença de sentimentos negativos face à experiência de parto.

Analisando detalhadamente o desenvolvimento das unidades de competências “3.1” e “3.2” do regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019) e a competência “3.a” das *Essential Competencies for Midwifery Practice* (ICM, 2019), tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a setenta e quatro parturientes/CS, em primeiro estágio do TP.

Para a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, efetuei a avaliação dos sinais vitais maternos, a identificação da perceção dos movimentos

fetais, a palpação abdominal (através das manobras de *Leopold*), a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a avaliação de eventuais perdas vaginais de sangue ou líquido amniótico (Charles, 2018a). O exame vaginal digital foi executado de forma criteriosa, procurando respeitar o intervalo de quatro horas recomendado (NICE, 2014; WHO, 2018c), excetuando situações em que surgisse alguma preocupação que o justificasse ou em que a própria mulher o solicitasse. Para tal, foi otimizada a articulação com a equipa médica, evitando observações consecutivas. Antes do procedimento obtive o consentimento verbal de cada parturiente, informando e explicando a avaliação efetuada. Assim, tive a possibilidade de desenvolver a capacidade para avaliar a evolução do TP através das contrações uterinas e da resposta verbal e não-verbal às mesmas, estando atenta a aspetos como a frequência das contrações, o tipo de dor, o comportamento, o movimento e a postura (Charles, 2018a).

Constatarei que muitas das práticas implementadas no BP, em que decorreu o estágio, estão de acordo com as recomendações emanadas pelos organismos reguladores a nível nacional e internacional. Neste sentido, intervenções reconhecidas como invasivas e geradoras de desconforto, como o confinamento à cama, a restrição da ingestão hídrica, a tricotomia perineal, o microclister ou a algaliação, não são efetuadas rotineiramente (OE & APEO, 2012; MCEESMO, 2013a; NICE, 2014; Charles, 2018a; RCM, 2018; WHO, 2018c). Em contrapartida, contrariando as mesmas recomendações, é puncionado um acesso venoso periférico a todas as parturientes e iniciada a administração de fluídos intravenosos, a cardiocardiografia é mantida de forma permanente, são instituídas, com frequência, técnicas artificiais de aceleração do TP (como a rotura artificial de membranas e a perfusão de ocitocina sintética) e o controlo farmacológico da dor, através de analgesia epidural, é recomendado por rotina. A implementação destas práticas, em mulheres a experienciar uma gravidez saudável, está amplamente documentada como causa da transformação do nascimento num procedimento médico ou cirúrgico potencialmente lesivo, que minimiza os direitos, as escolhas e a autonomia das mulheres e acarreta consequências sociais e de saúde significativas (ICM, 2017b).

Através de momentos de reflexão estabelecidos com a OL, tive a oportunidade de analisar os fatores associados à implementação de algumas das práticas referidas, comprovando o poder decisor único e a responsabilidade individual que cada EEESMO possui na promoção de uma cultura organizacional que valorize o processo

normal do parto, como previsto na competência “1.i”, estabelecida pela ICM (2019). Como referem Hinchliff e Rogers (2008), indo além das pressões que possam existir, um enfermeiro de prática avançada, demonstra a capacidade de se focar no paciente, estando genuinamente interessado nas suas necessidades e nas da sua família. Não obstante não tenha sido possível realizar a auscultação intermitente da FCF, a amniotomia foi efetuada criteriosamente, em quatro situações, por suspeita de sofrimento fetal e duas das quais para permitir a colocação de monitorização fetal interna, a administração de ocitocina foi iniciada na fase ativa do primeiro estágio do TP, em situações em que se confirmou uma progressão lenta do mesmo e, apesar de colocar o cateter venoso periférico, procurei mantê-lo obturado, incentivando a ingestão de líquidos (MCEESMO, 2013a; NICE, 2014; WHO, 2014a; Chapman, 2018c; Charles, 2018b; WHO, 2018c).

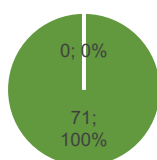
A gestão da dor em TP foi das intervenções mais desafiante e, simultaneamente, gratificante que tive a oportunidade de implementar, para a qual se revelaram cruciais os conhecimentos adquiridos através do percurso trilhado e explicitado anteriormente, permitindo-me atingir o critério de avaliação “3.1.6 – Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13563).

Provavelmente associado à baixa taxa de participação em CPPP, intervenção não-clínica sugerida pela OMS para reduzir a taxa de intervencionismo e de cesarianas (WHO, 2018d), no decurso do ER constatei que a maioria das mulheres desconhecia a existência de medidas não farmacológicas, acreditando que o alívio da dor se limita à administração da analgesia epidural. Consequentemente, empreendi uma abordagem holística da dor, atendendo às expectativas e valores de cada paciente através de uma presença compreensiva e empática, com comprometimento e tomada de decisão partilhada sobre as estratégias não farmacológicas e farmacológicas a instituir (McCormack & McCance, 2010). Procurei desmistificar a dor do parto esclarecendo a sua finalidade e promovendo a capacidade de cada mulher entrar em conexão com o seu próprio corpo e de interpretar as sensações que vai experienciando. Informei cada parturiente sobre os riscos e benefícios dos métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, evidenciando a possibilidade de conjugar múltiplas opções, para uma gestão eficaz da dor e otimização do bem-estar.

No presente relatório, a liberdade de movimentos sobressai como uma das estratégias amplamente explorada e oferecida a todas as parturientes, com recurso a diferentes técnicas para a instituir. Ao longo do TP, de acordo com a situação, foi incentivada a deambulação e a exploração de múltiplas posições através da articulação da cama de parto, da bola de nascimento e/ou do envolvimento do CS. A bola de nascimento é uma das ferramentas com grande aceitação, utilizada com frequência no BP, estando disponíveis diferentes tamanhos, adaptáveis à fisionomia de cada mulher. Em parturientes que se encontravam mais renitentes em sair da cama, por cansaço ou opção pessoal, ou cuja situação clínica o contraindicava, foi sugerida a utilização de uma almofada de ar, objeto proposto por Calais-Germain e Parés (2009), que adquiri e divulguei também entre a equipa de enfermagem, evidenciando os seus benefícios e forma de utilização. Como referiu uma das parturientes, “adorei a almofada de ar, porque mesmo estando na cama para descansar, sentia-me muito móvel, conseguia mexer a bacia e aliviar a dor lombar. Muito confortável!” (R120).

O recurso à liberdade de movimentos no 1º estágio do TP encontra-se esquematizado nos gráficos que se seguem, de acordo com a opção individual das setenta e uma parturientes incluídas nesta análise.

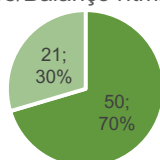
Alteração de posições



■ Sim ■ Não

Gráfico 1 - Recurso à alteração de posições no 1º estágio do TP

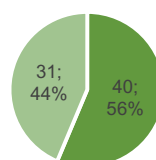
Deambulação/De pé/Balço rítmico



■ Sim ■ Não

Gráfico 2 - Recurso à deambulação/de pé/balço rítmico no 1º estágio do TP

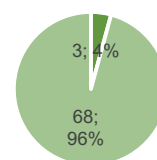
Bola de nascimento



■ Sim ■ Não

Gráfico 3 - Recurso à bola de nascimento no 1º estágio do TP

Almofada de ar



■ Sm ■ Não

Gráfico 4 - Recurso à almofada de ar no 1º estágio do TP

Através da análise de conteúdo efetuada às unidades de registo procedentes da aplicação do instrumento de registo de interação foi possível estabelecer as categorias e subcategorias apresentadas no quadro 1, comparáveis com os resultados obtidos através da SR.

Tema	Categoria	Subcategoria
Liberdade de movimentos no 1º estágio do TP	Experiência materna	Controlo
		Participação ativa
		Liberdade
		Confiança
		Respeito
		Satisfação
	Gestão da dor	Perceção do nível de dor
		Conforto
		Relaxamento
		Bem-estar
		Distração
	Duração	

Quadro 1 - Síntese da análise de conteúdo dos registos de interação do 1º estágio do TP

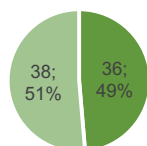
Relativamente à categoria *Experiência materna*, esta foi estratificada em seis subcategorias. Em sintonia com os resultados obtidos por Nieuwenhuijze, *et al.* (2013), James & Hudek (2017) e Londonõ, *et al.* (2018), as parturientes verbalizaram que ao serem encorajadas a manterem-se móveis e a adotarem posições verticais, sentiram maior *Controlo* sobre o seu TP: “ (...) [mudar de posição] ajudou-me a manter o controlo ” (RI15); “Esse momento [de pé, apoiada na bola de nascimento] ajudou-me a controlar a dor” (RI20); “Ajudou-me poder experimentar e escolher diferentes posições” (RI21); “A bola, como aprendi no curso, ajudou-me a gerir a dor” (RI27). Paralelamente, emergiram como subcategorias que potenciam a experiência materna: *Participação ativa* – “Foi muito importante a possibilidade de ir escolhendo” (RI13), “Deram-me a liberdade de escolha (...), explicaram-me tudo, envolvendo-me no processo” (RI37), *Liberdade* – “não sabia que podia mudar de posição (...) gostei muito dessa liberdade” (RI15), “senti liberdade para mudar de posição” (RI16), “[com a almofada de ar] senti que me conseguia mexer” RI19; *Confiança* – “ajudou-me a sentir mais confiante” (RI16), “Transmitiram-me imensa confiança e tranquilidade (...) fazendo-me sugestões” (RI29); *Respeito* – “senti-me respeitada” (RI15/RI16), “foram-me explicando e perguntando-me como preferia, respeitando sempre a minha vontade” (RI35). Estes aspetos contribuíram para a *Satisfação* percecionada, em sintonia com os achados de James & Hudek (2017) e Morrall & Beach (2017): “Gostei muito da experiência de parto (...) de ir encontrando o que era mais confortável” (RI16); “Foi uma ótima experiência (...) irem-me fazendo sugestões e poder experimentar como me sentia melhor” (RI29); “Apoiou-me a sair da cama e foi ótimo” (RI34); “(...) a partir do momento em que entrou e me explicou que podia estar como quisesse, foi ótimo” (RI35); “(...) estar mais solta, não estar só na cama é ótimo (...) experiência maravilhosa, não estava à espera que fosse tão boa” (RI37).

No que concerne à categoria *Gestão de dor* no 1º estágio do TP, esta foi segmentada em cinco subcategorias, inferindo-se a avaliação da mesma de forma subjetiva, uma vez que não foi possível efetuar um registo sistematizado do *score* avaliado. Da mesma forma, não foi possível estabelecer uma comparação entre o recurso à liberdade de movimentos e a necessidade de métodos farmacológicos, achado reportado na *SR*. Relativamente à primeira subcategoria, à semelhança das conclusões obtidas em múltiplos estudos (Lawrence, *et al.*, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014; Taavoni, *et al.*, 2016; Gupta, *et al.*, 2017; James & Hudek, 2017; Londonõ, *et al.*, 2018; Prosser, Barnett & Miller, 2018) a liberdade de movimentos revelou contribuir para a diminuição da *Perceção do nível de dor*: “Ir mudando de posição, sair da cama e utilizar a bola ajudou-me (...) a diminuir a dor” (RI13); “Estava à espera de ser (...) muito mais doloroso.” (RI15); “[em pé] a dor ficou diferente” (RI19); “[em pé apoiada na bola] não doía tanto” (RI20); “[sair da cama] a dor ficou logo diferente, mais fácil” (RI30). Concomitantemente, esta intervenção possibilitou *Conforto* – “senti-me confortável” (RI14/RI15), “estar em pé foi mais confortável” (RI19), “senti-me muito confortável quando saí da cama e pude andar um pouco” (RI23); *Bem-estar* – “senti-me muito bem quando saí da cama” (RI22), “senti-me muito bem quando fiquei de gatas” (RI24); *Relaxamento e Distração* – “a partir do momento em que saí da cama, pude descontraír um pouco mais, não estar tão focada nas contrações” (RI35).

Por último, também na categoria *Duração*, no 1º estágio do TP, não tendo sido possível extrair dados objetivos, constatou-se uma diminuição da *perceção* da mesma associada à intervenção, à semelhança da evidência mapeada (Lawrence, *et al.*, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014): “Estava à espera de ser mais demorado.” (RI15); “Acabou por ser mais rápido do que estava à esperava” (RI16).

Outras estratégias não farmacológicas largamente utilizadas incluíram hidroterapia, técnicas de relaxamento e distração, como a respiração e a música, controlo sobre aspetos do ambiente físico como a luminosidade e o ruído e técnicas manuais, como a massagem e a aplicação de calor na região sacrolombar, com envolvimento do CS (NICE, 2014; Charles, 2018; RCM, 2018; WHO, 2018c).

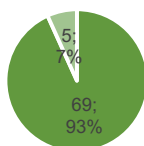
Hidroterapia



■ Sim ■ Não

Gráfico 5 - Recurso à hidroterapia

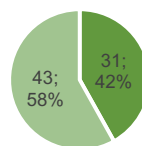
Musicoterapia



■ Sim ■ Não

Gráfico 6 - Recurso à musicoterapia

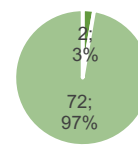
Massagem



■ Sim ■ Não

Gráfico 7 - Recurso à massagem

Calor



■ Sim ■ Não

Gráfico 8 - Recurso à aplicação de calor

Relativamente a medidas farmacológicas, 92,1%(n=65) das parturientes que acompanhei realizaram analgesia regional, por opção, sendo que os protocolos vigentes no BP privilegiam a *walking epidural*, proporcionando o recurso à liberdade de movimentos, de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2018c). Numa ótica de cuidado centrado nas necessidades de cada paciente, é de referir o caso de uma parturiente que apresentava patologia que inviabilizava a colocação de cateter epidural e cuja dor não se encontrava controlada, não obstante as medidas não farmacológicas implementadas, tendo sido decidido, após articulação com o anestesiológista, perfusão intravenosa de Remifentanil através de uma bomba de PCA (*patient-controlled analgesia*).

A monitorização do TP e respetivas intervenções implementadas foram devidamente registadas no partograma, sendo o preenchimento gráfico iniciado a partir do momento em que se identificava a entrada na fase ativa do primeiro estágio do TP, tal como defende a OMS (2018c). Apesar deste organismo definir fase ativa como o período de tempo caracterizado por contrações uterinas regulares e dolorosas, contabilizado a partir dos 5 cm dilatação cervical até à dilatação total (WHO, 2018c), no BP em que decorreu o estágio, é adotada a definição da DGS (2015a), de acordo com a qual a fase ativa se inicia aos 4 cm de dilatação cervical.

No que se refere ao segundo estágio do TP, acompanhei cinquenta e duas mulheres/CS, participando em quarenta e dois partos eutócicos, que me possibilitaram desenvolver a competência “3.b – *Manage a safe spontaneous vaginal birth and prevent complications*” (ICM, 2019, p.18) e atingir o critério de avaliação “3.2.6 – *Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica*” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13563). Paralelamente, colaborei em doze partos distócicos, dos quais cinco foram instrumentados por ventosa, três instrumentados por ventosa e fórceps e quatro corresponderam a cesariana.

A OMS (2018c) e o NICE (2014) sugerem que o parto deve ocorrer ao fim de três horas de fase ativa do segundo estágio em primíparas e ao fim de duas horas em múltíparas, acrescentando que, sob o efeito da epidural, muitas mulheres podem não experienciar o impulso expulsivo, pelo que este período pode ser acrescido de uma hora. Ressalvam ainda que não existe fundamento para intervenção quando a condição materna é satisfatória, o bem-estar fetal se mantém assegurado e existe evidência da progressão da descida da apresentação (WHO, 2018c).

Se no início do estágio, recorria ao exame vaginal digital para estabelecer a transição entre o primeiro e o segundo estágio do TP, com a experiência adquirida no decorrer dos turnos, fui desenvolvendo competências para o identificar através das alterações do comportamento apresentadas pela parturiente. Efetivamente, Mander (2002), citado por Charles (2018a), refere que o diagnóstico da fase de transição é essencialmente uma habilidade subjetiva e centrada na mulher, dependente da capacidade de observação do EEESMO e do seu conhecimento sobre a mesma. Concomitante, pude aperceber-me que o segundo estágio é também ele composto por duas fases e que, sendo a necessidade de expulsar gerada pela descida da apresentação sobre o pavimento pélvico e não pela dilatação completa, a duração do mesmo poderá ser extremamente variável (OE, 2015b).

Procurei promover a tranquilidade durante o período expulsivo, otimizando o ambiente físico, reduzindo ao mínimo a luminosidade do quarto, atendendo à preferência de cada mulher, restringindo as interferências externas, privilegiando a privacidade e utilizando um discurso suave e encorajador, valorizando as forças individuais (Charles, 2018). Os esforços expulsivos foram iniciados de acordo com a necessidade espontânea e involuntária de cada mulher, evitando esforços guiados e períodos de apneia superiores a dez segundos (OE, 2015b; Charles, 2018a; WHO, 2018c). Nas situações em que a mulher se encontrava sob o efeito de analgesia epidural, optou-se por aguardar que a mesma readquirisse o reflexo de expulsão (WHO, 2018c).

Posso revelar o quão entusiasmante foi comprovar, nesta fase, os benefícios da liberdade de movimentos expostos na SR. Tendo explorado os desejos de cada mulher no decurso do estágio anterior e discutido as diversas opções de que dispunha, bem como as vantagens e limitações das diferentes posições de parto, encorajei a experimentação das mesmas e a adoção daquela de sua preferência, tal como recomenda a OMS (2018c), potenciando a sensação de controlo e contribuindo para

a experiência de parto individual, *outcomes* esperados do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2010).

Das trinta e duas parturientes acompanhadas no 2º estágio do TP e incluídas na análise, 31 (96,9%) optaram por explorar os benefícios da mobilidade e da alternância de posições. Destas, no que se refere ao tipo de parto, 29 atingiram um parto eutócico (90,63%), 2 tiveram um parto distócico, auxiliado por ventosa (6,25%) e 1 foi submetida a cesariana, o que se encontra em clara consonância com os resultados espelhados na SR e expõem a relação positiva entre a liberdade de movimentos e a incidência de parto normal (Lawrence, *et al.*, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014; Gupta, *et al.*, 2017; Unido, Morrall & Beach, 2017; Deliktas & Kukulo, 2018; Londoño, *et al.*, 2018; Prosser, Barnett & Miller, 2018). As posições de parto selecionadas pelas 29 parturientes que atingiram um parto eutócico encontram-se esquematizadas no gráfico 9. Não obstante a literatura refira a redução da duração do 2º estágio do TP associada a posições verticais, em primíparas e múltiparas (Gupta, *et al.*, 2017), tal não é claro nos dados obtidos (gráfico 10).

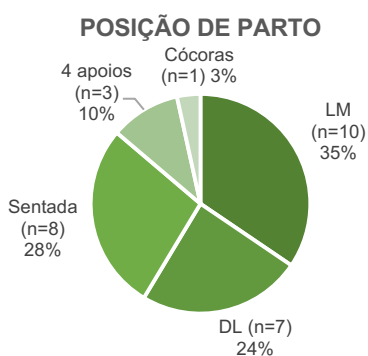


Gráfico 9 - Posição de parto no 2º estágio do TP

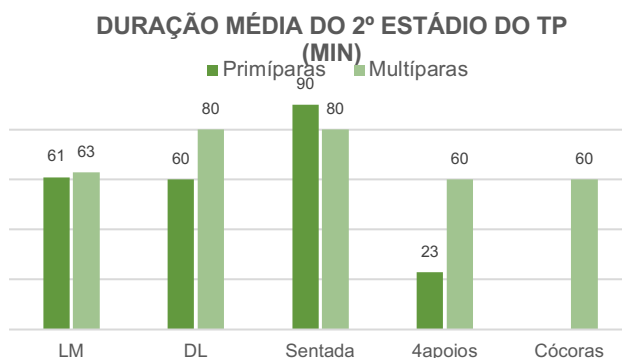


Gráfico 10 - Duração média do 2º estágio do TP

Tema	Categoria	Subcategoria
Liberdade de movimentos no 2º estágio do TP	Experiência materna	Processo instintivo
		Controlo
		Participação ativa
		Liberdade
		Confiança
		Respeito
		Satisfação
	Gestão da dor	Perceção do nível de dor
		Conforto
	Duração	Bem-estar

Quadro 2 - Síntese da análise de conteúdo dos registos de interação do 2º estágio do TP

As categorias e subcategorias advindas da análise de conteúdo das unidades de registo referentes à utilização da liberdade de movimentos no 2º do TP, encontram-se representadas no quadro 2. Devido à amostra limitada, não foi possível estabelecer relação estatística entre a posição específica adotada e a experiência reportada pelas parturientes.

Ao analisar a categoria *Experiência Materna* no 2º estágio do TP, foi possível extrair sete subcategorias (quadro 2). A primeira subcategoria identificada prendeu-se com a vivência do parto como um *Processo instintivo*, aspeto evidente nas unidades de registo: “Fui fazendo aquilo que sentia (...) e foi engraçado perceber que as contrações, que antes eram muito dolorosas, no momento dele sair, passaram a ser um alívio. Eu queria que a contração viesse, porque quando chegava, aliviava a dor e sentia muita energia para fazer força e empurrar o A.” (RI26); “[4 apoios] mais fácil do que deitada (...) foi tudo mais fácil e natural” (RI30); “[liberdade de movimentos] foi essencial, ajudou-me (...) a fazer força quando sentia vontade (RI32). Tal como referido na análise do 1º estágio do TP e documentado por Nieuwenhuijze, *et al.* (2013), James & Hudek (2017) e Londonõ, *et al.* (2018), as parturientes verbalizaram que ao serem encorajadas a manterem-se móveis e a adotarem posições verticais, conseguiram assumir o *Controlo* sobre o seu TP: “[cócoras] sinto que consigo ajudar e fazer bem força” (RI18); “[sair da cama] ajudou-me a controlar a dor” (RI25); “as vossas sugestões e reforço positivo, ajudaram-me a ir até ao fim” (RI26); “Senti mais controlo e o poder experimentar diferentes posições ajudou-me muito a fazer força (...) ajudou-me a focar e ir até ao fim” (RI31); “[liberdade de movimentos] foi essencial, principalmente, na escolha da posição, perceber qual facilita e ficar assim” (RI37). Por sua vez, os excertos “a vossa abordagem deu-me a possibilidade de ir construindo as minhas decisões” (RI23), “pude experimentar como me sentia melhor” (RI29), “senti que tinha autonomia, porque explicou logo tudo, tentou perceber o que sabia e não sabia e deu-me abertura para escolher” (RI32); “falámos das opções e deu-me espaço para escolher a que quis” (RI34) evidenciam a *Participação ativa* despoletada durante o cuidar. Relativamente à subcategoria *Liberdade*, esta emerge nos relatos: “[escolher a posição de parto] gostei muito dessa liberdade” (RI15); “deram-me liberdade” (RI21); “poder mexer à vontade” (RI26). Associado à experiência materna, foi ainda possível identificar as subcategorias *Confiança* “Transmitiram-me imensa confiança (...) valorizando tudo o que ia dizendo” (RI29) e *Respeito* “Senti-me apoiada, respeitada, particularmente por querer saber as minhas preferências e opções” (RI25), “senti-me

muito respeitada” (RI26), “nunca me impuseram nada” (RI35), “fui sempre respeitada” (RI37). Por fim, em paralelo com o exposto por James & Hudek (2017) e Morrall & Beach (2017), concluiu-se que todos estes aspetos contribuíram para a *Satisfação* das parturientes com a sua experiência de parto: “Ótima experiência, senti-me confortável e apoiada. Foi tudo fácil e simples.” (RI14); “Não sabia que podia escolher posições e foi uma ótima experiência!” (RI15); “Foi uma experiência de parto muito boa(...) explicarem-me tudo, para mim foi mesmo importante sentir o vosso apoio, sentir que me davam opções e que podia escolher” (RI23); “Foi uma ótima experiência(...) no expulsivo, não sabia bem como seria, mas sabia que deitada era muito pouco fisiológico, por isso, foi ótimo irem-me fazendo sugestões e poder experimentar como me sentia melhor” (RI29).

No que concerne à categoria *Gestão de dor* no 2º estágio do TP, as unidades de registo permitiram inferir as subcategorias *Perceção do nível de dor*, *Conforto* e *Bem-estar*. Em analogia aos resultados da SR (Gizzo, et al., 2014; Gupta, et al., 2017; James & Hudek, 2017; Londonõ, et al., 2018; Prosser, Barnett & Miller, 2018), foi verbalizado uma diminuição do nível de dor percecionado: “passar para 4 apoios ajudou muito com a dor que estava a sentir nas costas” (RI21); “foi muito mais fácil tolerar a dor” (RI23); “[4 apoios no período expulsivo] melhorou de imediato a dor” (RI32). A liberdade de movimentos neste estágio contribuiu também para otimizar o *Conforto* das parturientes “escolher a posição para parir ajudou-me(...) a sentir-me mais confortável” (RI15), “Senti-me confortável de lado” (RI23), “Mudar de posição foi essencial para ficar mais confortável.” (RI34) e promover *Bem-estar* “Senti-me muito bem quando me sugeriram que me deitasse de lado” (RI23), “[fase latente do período expulsivo] soube-me bem sair da cama a andar”.

Por fim, na categoria *Duração* do 2º estágio do TP, apesar dos dados objetivos apresentados, é de referir a perceção da diminuição do mesmo, como reportado por James & Hudek (2017): “Acabou por ser mais rápido do que estava à espera.” (RI16); “Senti-me muito bem quando me sugeriram que me deitasse de lado e até foi rápido” (RI23).

Observando os resultados fetais, verificou-se apenas uma situação de FCF anormal associada à posição de LM, em consonância com resultados obtidos por Gizzo, et al. (2014) e Londonõ, et al. (2018). Na mesma medida, constatou-se uma situação de persistência da variedade occipito-posterior em litotomia modificada, como reportado por Gizzo, et al. (2014). Na amostra analisada, foram identificadas

três situações de variedade occipito-posterior, em duas das quais as parturientes recorreram a alternância de posições, com predomínio de posições verticais após identificação da mesma, culminado num parto normal com feto em apresentação cefálica de vértice. A título de exemplo, relato uma destas situações em que através da descrição da dor percebida pela parturiente e após executar o exame vaginal digital, na fase final do primeiro estágio do TP, confirmei que o feto se encontrava na variedade occipito-posterior. Promovendo a tomada de decisão partilhada e o envolvimento nos cuidados, expliquei ao casal a avaliação efetuada e algumas das medidas que poderiam facilitar o controlo da dor e a rotação fetal. A parturiente assumiu de imediato a posição de quatro apoios a que foi associada pressão manual posterior, durante a contração, efetuada pelo marido. Posteriormente, adotou a posição de pé, alternando períodos de balanceio apoiada sobre a bola, com suspensão, debruçada sobre o marido e com assimetrias pélvicas. Gradualmente, as suas queixas foram-se modificando e, apesar da lenta progressão do TP, tal como documentado na literatura (Chapman, 2018a), o bem-estar materno e fetal mantiveram-se sempre inalterados, culminando num parto eutócico com apresentação cefálica de vértice.

De acordo com a posição de parto adotada, as técnicas de proteção perineal variaram entre “hands-on”, “hands poised” e, pontualmente, massagem perineal (RCM, 2018; WHO, 2018c). Estas foram potenciadas pelo nascimento lento da cabeça e do corpo fetal encorajando, após o coroamento, respirações suaves e superficiais (Chapman, 2018b).

Em linha com a evidência científica atual, nas quais se baseiam várias recomendações, a episiotomia foi efetuada de forma seletiva (NICE, 2014; Jiang, Qian, Carroli & Garner, 2017; RCM, 2018; WHO, 2018c; ICM, 2019). Concretamente, dos quarenta e dois partos em que participei, executei o procedimento apenas numa situação, por suspeita da capacidade de distensão do períneo, indicação subjetiva, mas considerada por Chapman (2018b). A parturiente em questão foi informada da avaliação realizada e da necessidade de executar a técnica, tendo sido solicitado o consentimento verbal. De referir que se encontrava sob o efeito de analgesia regional. Foi executada uma episiotomia médio-lateral, num ângulo entre quarenta e cinco a sessenta graus em relação ao eixo vertical (NICE, 2014; Chapman, 2018b; WHO, 2018c). Apesar do número limitado de partos analisados, foi notório o benefício que adveio da restrição da episiotomia, uma vez que em 83,33% dos mesmos o grau de

lesão foi inferior ao imputado à realização da técnica, contribuindo, concomitantemente, para um cuidado mais holístico e centrado na mulher.

Analisando os *outcomes* perineais, no âmbito da temática em estudo, foi possível confirmar o impacto positivo desta prática especializada, relatado na evidência mapeada (gráfico 11) (Aguilar, Romero e Garcia, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014; Gupta, *et al.*, 2017; Deliktas & Kukulo, 2018; Londonõ, *et al.*, 2018; Walker, *et al.*, 2018). De acordo com os dados apresentados no gráfico 12, reconhecendo a multiplicidade de fatores que interferem com a integridade perineal e o número reduzido da amostra, parece ser evidente o efeito protetor associado ao decúbito lateral, resultado não encontrado nos estudos incluídos na *SR*. Apesar da evidência reportar um aumento da incidência de lacerações perineais de grau I e II em posições verticais, tal fator não é claro nos resultados obtidos, encontrando-se a maior percentagem de lacerações de grau II associada à posição de litotomia modificada (Aguilar, Romero e Garcia, 2013; Gizzo, *et al.*, 2014; Gupta, *et al.*, 2017; Deliktas & Kukulo, 2018; Londonõ, *et al.*, 2018; Walker, *et al.*, 2018; Thies-Lagergren, Uldbjerg & Maimburg, 2020). Embora Londonõ, *et al.* (2018) tenham concluído existir um risco duas vezes superior de laceração perineal, associado à posição de cócoras, a parturiente que recorreu a esta posição obteve um períneo íntegro. Não tendo ocorrido nenhuma situação de laceração perineal de grau III ou IV, pode-se deduzir o efeito protetor advindo da liberdade de movimentos no 2º estágio do TP, tal como referem Gizzo, *et al.* (2014), Londonõ, *et al.* (2018) e Tunestveit, *et al.* (2018).

INTEGRIDADE PERÍNEAL

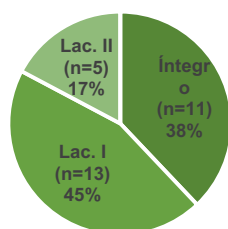


Gráfico 11 - Integridade perineal

INTEGRIDADE PERÍNEAL DE ACORDO COM POSIÇÃO DE PARTO (%)

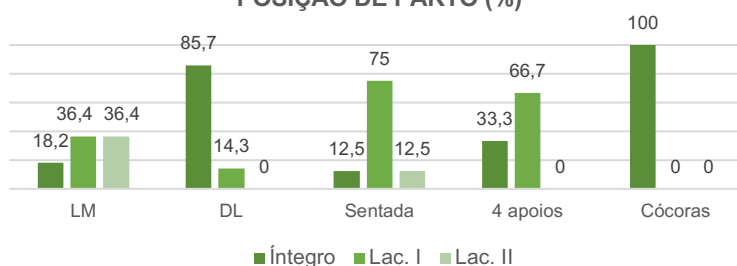


Gráfico 12 - Integridade perineal de acordo com posição de parto

De acordo com as preferências previamente discutidas, envolvi a parturiente na extração final do corpo fetal, priorizado, à posteriori, o estabelecimento imediato do contacto pele-a-pele e a clampagem tardia do cordão umbilical.

A flexibilidade associada à constante avaliação e reestruturação do plano de cuidados, instituído em parceria com cada mulher, potenciada pela análise e

discussão do mesmo com a OL, contribui, determinadamente, para sedimentar a capacidade de “[identificar e monitorizar] desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” e “[cooperar] com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto”, critérios previstos, respetivamente, nos pontos 3.2.3 e 3.3.5, do Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13563). Com efeito, algumas situações, não obstante a incessante preocupação em “[conceber, planear, implementar e avaliar] intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13563), culminaram num parto distócico, justificado por paragem de progressão do TP, sofrimento fetal e, num dos casos, descolamento da placenta intraparto. Estes revelaram-se momentos capitais para reafirmar a papel do EEESMO na proteção da dignidade da mulher enquanto pessoa com sentimentos e emoções. Consciente de que nestas ocasiões as suas escolhas podem estar restritas, procurei reconhecer os seus medos, dar respostas sensíveis às suas necessidades e gerir a sua ansiedade através de explicações calmas e claras (Bailey, 2018).

Com o nascimento do RN, dá-se o início do terceiro estágio do TP, o qual se prolonga até à expulsão placentar. Tive a oportunidade de cuidar de quarenta e três puérperas, durante este estágio, uma das quais após um parto extra-hospitalar. Como anteriormente referido, um dos primados da minha atuação prendeu-se com a promoção da clampagem tardia do cordão umbilical, prática defendida nas *guidelines* nacionais e internacionais, com impacto reconhecido nos *outcomes* neonatais e infantis (NICE, 2014; OE, 2015b; Charles, 2018a; RCM, 2018; WHO 2018c; ICM, 2019). Para tal, a mesma foi efetuada logo após o primeiro minuto, em situações cujo casal possuía *kit* para colheita de células estaminais e, nas restantes, entre o terceiro e o término da pulsação do cordão, de acordo com as preferências previamente discutidas. Foi ainda oferecida, à parturiente e ao CS, a possibilidade de o seccionarem. A exceção verificou-se em duas situações, por presença de circular cervical apertada, não redutível. De ressaltar um caso em que se instituiu a manobra de *Somersault* com sucesso, possibilitando a clampagem tardia do cordão (Downe & Marshall, 2014). De forma a otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina, foi efetuado o contacto pele-a-pele imediato entre o RN e a mãe e, numa situação em que a mesma se encontrava indisponível, com o CS, constatando quão único e

especial este momento se torna para a díade/tríade, a que crescem todos os benefícios cientificamente documentados (NICE, 2014; Charles, 2018a; WHO, 2018c). Como refere o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, este “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13563).

Maioritariamente, foi promovida a dequitação fisiológica, desclampando a terminação materna do cordão após o corte do mesmo, para permitir a drenagem passiva do sangue (Soltani, Poulouse & Hutchon, 2011). Da mesma forma, assegurando o conforto da parturiente, aguardou-se pelos sinais de separação e descida da placenta, nomeadamente, exteriorização do cordão e ausência de retração do mesmo à pressão supra-púbica, afluxo de sangue à vulva, sensação de impulso expulsivo materno e visualização da placenta na vagina (Begley, 2014; Charles, 2018a). Foi identificado o mecanismo de dequitação e, após a expulsão, empreendida a inspeção meticulosa da placenta, membranas e cordão, iniciando-se, à posteriori, a administração endovenosa de ocitocina, certificando-me da formação do globo de segurança de *Pinard* (WHO, 2018c). De referir uma situação de retenção de membranas em que efetuei a revisão da cavidade uterina, para remoção manual das mesmas, como previsto no critério de “3.3.3” do Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019).

Analisando o *outcome* hemorragia pós-parto, no âmbito da temática em estudo, Gupta, *et al.* (2017), Deliktas & Kukulo (2018) e Walker, *et al.* (2018) reportaram um ligeiro aumento de hemorragia superior a 500ml, associado a posições verticais. Contudo, tal achado não se verificou na amostra considerada. Apesar de ter ocorrido uma situação de hemorragia superior a 500ml, numa parturiente que recorreu à posição sentada, esta foi associada à fragmentação e retenção de membranas.

A capacidade de avaliar a integridade do canal de parto e aplicar as técnicas de reparação adequadas revelou-se um desafio, envolvendo treino técnico para adquirir, progressivamente, a perícia e a autonomia desejadas (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019). Durante a execução da técnica, garanti a gestão da dor e, posteriormente, otimizei o conforto da puérpera, através de cuidados de higiene e disponibilização de crioterapia local, de acordo com a sua preferência.

No âmbito das competências “3.c – *Provide care of the newborn immediately after birth*” (ICM, 2019, p.18) e “3.2.7 – Assegura a avaliação imediata do recém-

nascido implementando medidas de suporte da adaptação à vida extrauterina” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019), prestei cuidados imediatos ao RN, assumindo-os na totalidade, nos casos de parto distócico referidos. Avaliei o Índice de Apgar (IA) ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida, procedi ao exame objetivo do RN, assegurei a manutenção da temperatura corporal através do contacto pele-a-pele, da secagem do corpo, da colocação do gorro e da cobertura da face corporal oposta com lençóis aquecidos, coloquei as pulseiras de identificação e anti rapto e administrei a vitamina K intramuscular, sem interromper o contacto pele-a-pele entre mãe e RN e, sempre que possível, protelei a avaliação do peso, privilegiando o contacto da díade. Todos os cuidados necessários foram previamente explicados à mãe/CS, obtendo o seu consentimento para os mesmos.

Analisando os *outcomes* neonatais, no âmbito da temática em estudo, não tendo sido possível avaliar o pH à nascença, é de referir que se verificou IA médio superior ao 1º e ao 5º minuto, associado à adoção de posições verticais (gráfico 13), como relatam Aguilar, Romero e Garcia (2013) e Londonõ, *et al.* (2018).

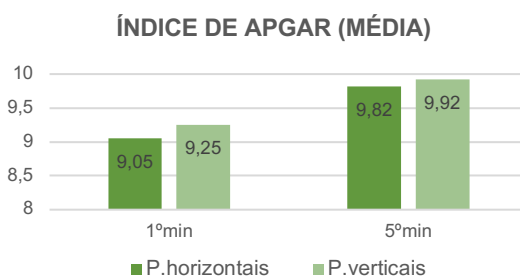


Gráfico 13 - Índice Apgar médio ao 1º e 5ºmin

No quarto estágio do TP, correspondente às primeiras duas horas de puerpério imediato, mantive uma vigilância criteriosa da puérpera e do RN e privilegiei a manutenção de um ambiente calmo e do conforto, favorecendo a intimidade da díade/tríade, num momento de descoberta tão singular.

A par da supervisão do bem-estar do RN, já referida anteriormente, a supervisão do bem-estar materno incluiu, a apreciação do bem-estar emocional e psicológico, a monitorização dos sinais vitais, a avaliação do tónus uterino (confirmação da formação do globo de segurança de *Pinard*) e das características dos lóquios, com particular enfoque na instituição de medidas para o controlo da dor e identificação de eventuais complicações do pós-parto (Begley, 2014; Charles, 2018a). Mantendo uma intervenção antecipatória e holística, utilizei como estratégia a introdução gradual de aspetos relacionados com o autocuidado e a prevenção de complicações aquando da realização da observação geral da puérpera.

Outro dos focos da minha atuação, neste período, relacionou-se com a intervenção ao nível da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, objetivo da atuação do EEESMO (OE, 2015b). De acordo com a OMS (2014b; 2018c), todos os bebés devem fazer amamentação exclusiva, desde a primeira hora de vida até ao sexto mês. Levy e Bértolo (2008) identificam o pós-parto como um período preferencial de intervenção em saúde, mencionando as práticas hospitalares instituídas, aquando do estabelecimento da lactação, como decisivas para um aleitamento materno com sucesso. Assim, as primeiras horas e dias de vida do RN emergem como cruciais para providenciar às puérperas/família o apoio que necessitam para amamentar (WHO, 2018a). Parto do conhecimento sobre o projeto materno/da família para a amamentação e da discussão acerca das vantagens do mesmo para a puérpera/RN/família, de forma a manter uma atuação individualizada e a respeitar o direito à tomada de decisão informada sobre a alimentação do bebé, como preconizado pela OMS (2018a). Promovi o início do aleitamento materno na primeira hora de vida, muitas vezes ainda no decorrer do estágio anterior, respeitando os sinais de prontidão do RN e constatei como esta ocasião se pode revestir de incerteza, particularmente, em primíparas, sendo a presença contínua, o apoio e a transmissão de informação determinantes para criar um ambiente securizante, capaz de potenciar o desenvolvimento de habilidades maternas e a adaptação mútua entre o bebé e a mãe/CS.

Após o término deste estágio, realizei a transferência da puérpera e do RN para o serviço de puerpério, assegurando a continuidade de cuidados através da comunicação resumida de toda a informação pertinente, dando particular relevo aos desejos e escolhas efetuadas para o período pós-natal, expressos no PP ou verbalmente comunicados no decurso da interação.

Não obstante se tenha revelado um enorme desafio, considero que a explanação das atividades implementadas ao longo do estágio, demonstra a aquisição das competências esperadas, enquanto futura EEESMO e mestre.

3.3 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

A OE (2015b) reconhece o EEESMO como o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera, do RN e da família, encontrando-se esta competência prevista nas unidades de competência “4.1”, “4.2”, e “4.3” do respetivo Regulamento das Competências Específicas (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019) e na categoria “4” das competências estabelecidas pela ICM (2019). A aquisição das mesmas iniciou-se nos estágios em contexto de puerpério e de CSP, culminando com os cuidados prestados durante o puerpério imediato, no estágio em contexto de BP.

Alderman (2016) e McCarty (2016) evidenciam que as transformações profundas, intra e interpessoais, que ocorrem na mulher e na família no pós-parto, condicionam um período de grande vulnerabilidade à ocorrência de crise, no qual o cuidado centrado na família assume uma importância fulcral. Neste, a atuação é direcionada para a adaptação ao novo elemento e para a “prevenção de desajustes a nível familiar, tendo em vista a promoção da saúde e do bem-estar de toda a família, com repercussões positivas também para a sociedade” (OE, 2015b, p.49). Como tal, o EEESMO assume a responsabilidade de potenciar a parentalidade responsável e de monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019). Neste sentido, tive a oportunidade de implementar intervenções promotoras da vinculação precoce da díade/tríade e do processo de transição para a parentalidade, incluindo a valorização das competências parentais, o apoio na realização dos cuidados ao RN, a promoção de momentos de privacidade entre a díade/tríade, a individualização dos cuidados de acordo com as necessidades dos cuidadores, a manutenção de um ambiente seguro e a promoção da estabilidade e disponibilidade emocionais. Presenciar momentos únicos de interação, apoiando e encorajando os pais, à medida que assumiam as tarefas de maternidade e paternidade e incrementando sentimentos de autoconfiança, foi um dos maiores privilégios, transversal aos contextos de estágio mencionados.

No decurso do ER, evolui em conhecimentos e capacidades e sedimentei competências para a avaliação obstétrica da puérpera e do RN, denotando perícia crescente na monitorização da evolução do estado de saúde dos mesmos, de acordo

com o tempo de puerpério e na identificação e interpretação das alterações detetadas como normais ou patológicas.

Uma das atividades que constatei ser preponderante no período pós-natal, foi o desenvolvimento de processos de educação para a saúde à puérpera/família, elemento fortemente enraizado nos cuidados em saúde materna e obstétrica (OE, 2015b). Assim, promovi o *empowerment* de cada família, fornecendo-lhes ferramentas e capacitando-as para serem participantes ativos no seu processo de recuperação e readaptação, fomentando comportamentos de saúde positivos (OE, 2015b; Martinez-Campos, 2016). Como referem McCormack & McCance (2010, 2017), a abordagem centrada na pessoa é possibilitada por culturas de *empowerment*, sendo este um dos aspetos do cuidar que os utentes mais valorizam. Envolvendo-os na identificação das necessidades de aprendizagem e das forças de cada elemento, abordei assuntos como: o autocuidado e a recuperação puerperal; o aleitamento materno; a alimentação, o exercício e o repouso; os cuidados ao RN, os reflexos inatos, os estádios comportamentais e a autorregulação; os sinais e sintomas de alarme relacionados com a saúde da mulher e do RN; a vigilância de saúde; a segurança; a vivência da sexualidade e a contraceção; o equilíbrio entre a parentalidade e a conjugalidade; a reestruturação de papéis e de tarefas familiares e o envolvimento de irmãos mais velhos; a existência de recursos na comunidade e a legislação de apoio à parentalidade. Uma vez que considero crucial o envolvimento do pai/CS, procurei privilegiar momentos em que ambos os pais estavam presentes, como oportunidade para a realização e validação de ensinamentos, para a demonstração e treino de competências e para apoiar e reforçar comportamentos e habilidades observadas na interação da tríade, proporcionando momentos para o esclarecimento de dúvidas. Estes foram momentos preponderantes na promoção do autoconceito, autoconfiança e autoestima da mulher/CS/família, ajudando-os a transformar as dúvidas e receios em habilidades parentais.

Como referido anteriormente, outro dos focos da minha atuação no período de pós-natal prendeu-se com a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, ação-chave para atingir o objetivo 2.3, do Plano de Ação para a Saúde Sexual e Reprodutiva (WHO, 2016) e escopo de atuação do EEESMO, reconhecido na Unidade de Competência 4.1, do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019) e na competência “4.c – *Promote and support breastfeeding*” (ICM, 2019, p.20). Como preconizado, respeitei o direito à

tomada de decisão informada sobre a alimentação do bebé, facultei informação baseada na evidência, efetuei aconselhamento sobre a amamentação e alertei para a existência de grupos de apoio na comunidade, os quais podem ser determinantes na manutenção do projeto parental de amamentar (WHO, 2018a). Através da observação das mamadas, pude direcionar as minhas intervenções, identificar as fragilidades de cada puérpera e sugerir condutas para a prevenção de complicações, avaliar as características dos mamilos, a posição do RN, a adaptação à mama, a presença de reflexos de sucção e deglutição e discutir o horário e a frequência das mamadas, reforçando a contribuição inigualável daquele momento para a saúde e bem-estar do seu filho.

3.4 Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

O desenvolvimento das competências “5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério” e “6 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”, previstas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13562) decorreu ao longo dos estágios nos contextos de ginecologia e de CSP, para o qual concorreu ainda a prestação de cuidados no SUOG.

Segundo Hayter (2009), a complexidade da saúde reprodutiva da mulher exige cuidados prestados por enfermeiros qualificados, peritos e experientes, capazes de aumentar a compreensão desta sobre o funcionamento do seu corpo, de a capacitar para o autocuidado e de a encorajar a monitorizar o seu sistema reprodutivo e a sua saúde global. É neste âmbito que OE reconhece no EEESMO a competência para fomentar a saúde ginecológica, apoiar o processo de transição e adaptação à menopausa e estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade, sendo a sua atuação tradutora de ganhos em saúde (OE, 2015b; Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019).

A diversidade de contextos referidos, revelou-se de um enorme enriquecimento contribuindo para desenvolver a minha capacidade de “cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade (...)”, “(...) no

âmbito da sexualidade, do planeamento da família”, “(...) no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério” e “(...) no diagnóstico (...) e tratamento das afeções do aparelho génito-urinário e ou mama” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019, p.13561, 13564).

Na área da urgência ginecológica, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres com diagnóstico de infeções do trato genito-urinário, doença inflamatória pélvica, endometriose, neoplasia da mama e do aparelho reprodutor, prolapso de órgão pélvico, hemorragia uterina anormal, entre outras, contribuindo para promover a saúde ginecológica, para apoiar e prestar cuidados à mulher no processo de transição à menopausa e para diagnosticar e prevenir complicações decorrentes do climatério. Partindo da história de saúde-doença de cada mulher, procedi ao exame físico e ginecológico (incluindo, de acordo com a situação, a inspeção dos genitais externos e internos, através do exame ao espéculo e da palpação uterina e anexial bimanual), executei colpocitologias para rastreio do cancro do colo do útero e pesquisa do Papilomavírus Humano (HPV), realizei educação para a saúde, abordando métodos contraceptivos, estilos de vida saudáveis e comportamentos de risco, infeções sexualmente transmissíveis, transições do ciclo de vida da mulher e medidas que previnam complicações e favoreçam a adaptação.

Pude também constatar a predominância de utentes a vivenciar o período perimenopáusico. Com efeito, fruto do aumento progressivo da esperança de vida da população, cerca de um terço da vida da mulher passou a decorrer nesta fase e, não obstante a menopausa constitua um evento fisiológico, a ela associam-se múltiplos sintomas capazes de interferir com o bem-estar (SPG, 2016). Nesta transição, entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, pelo hipoestrogenismo decorrente da diminuição da função ovárica, a mulher experimenta alterações físicas, psíquicas e emocionais e fica exposta a um maior risco de desenvolver doenças crónicas, como a osteoporose ou doença cardiovascular (NICE, 2015; SPG, 2016). Paralelamente, o declínio da função sexual associado à menopausa pode reduzir a qualidade de vida das mulheres, sendo uma dimensão essencial para um cuidado efetivo (Cagle & March, 2017). Assim, implementando um cuidado centrado nas necessidades e preferências de cada mulher, procurei garantir aconselhamento e tratamento baseado em evidência e disponibilizar informação relacionada com a sexualidade e a saúde sexual, contribuindo para uma vivência positiva do climatério (NICE, 2015; WHO, 2016).

3.5 Desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo Benner, Tanner & Chelsa (2009), a perícia clínica e a ética encontram-se inexoravelmente interrelacionadas e tornam-se possíveis na relação concreta entre o enfermeiro, o paciente e a família. Assim, na redação do presente relatório, procurei evidenciar o desenvolvimento articulado destes dois aspetos, como previsto no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019) e nas competências gerais das *Essential Competencies for Midwifery Practice* (ICM, 2019).

O artigo 78.º da DPE refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015a, p.38). De forma a salvaguardar estes aspetos, a OE (2015b) enuncia seis pressupostos básicos que derivam dos Direitos Humanos da Grávida e dos Direitos Humanos Universais do Nascimento (Human Rights in Childbirth, 2018), nomeadamente: o direito ao consentimento informado; o direito à recusa do tratamento médico; o direito à saúde; o direito ao tratamento igualitário; o direito à privacidade; e o direito à vida. Considero que estes pressupostos se interligam com o dever de, no seu exercício, o enfermeiro observar os valores humanos, previsto no artigo 81.º da DPE, remetendo para o respeito pelos princípios éticos em cuidados de saúde, configurados ao abrigo do modelo principalista, nomeadamente, o princípio de beneficência, da não-maleficência, da justiça e do respeito pela autonomia, aos quais acresce ainda o da vulnerabilidade (OE, 2015a).

Neste enquadramento, no decurso do ER, considerei cada mulher/CS/família como pessoa independente e capaz de efetuar as suas próprias escolhas, fomentando a expressão das mesmas e a possibilidade de as implementar de forma informada, como referem Doody & Noonan (2016) e McCormack & McCance (2017) e como postulado no artigo 89.º da DPE (OE, 2015a). De forma consistente, procurei promover e defender o direito à privacidade, ao acesso à informação, à escolha livre, à autodeterminação e à participação ativa na tomada de decisão.

Mantendo uma prática centrada na mulher e, como tal, holística, valorizei os sentimentos e expectativas individuais, abstendo-me de juízos de valor ou de imposições baseadas nos meus próprios critérios e valores (OE, 2015a, 2015b). O PP foi um dos instrumentos a que dei particular relevo, independentemente de se encontrar materializado em papel ou não, discutindo-o com cada cliente de forma a

legitimar a informação nele contida e a esclarecer potenciais dúvidas, divulgando-o no seio da equipa multidisciplinar e garantindo a sua implementação (OE, 2015b).

Paralelamente, procurei demonstrar sensibilidade cultural, exercendo uma prática de cuidados com respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da mulher/família alvo de cuidados, dever integrado no artigo 82.º, da DPE (OE, 2015a). Segundo Martinez-Campos (2016), a competência cultural é essencial para preservar e promover a dignidade humana e assume uma importância crítica na sociedade multicultural atual, com impacto nos *outcomes* em saúde. Encontrando-se plasmada no *Domínio de Competência B*, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019), esta implica a capacidade de reconhecer, respeitar e valorizar a diversidade étnica, cultural e linguística, possibilitando a educação e a promoção de comportamentos saudáveis num ambiente cultural que tenha significado para o paciente (Martinez-Campos, 2016).

De forma a potenciar o direito à autodeterminação, contemplado no artigo 84.º da DPE e inerente à ECP, promovi o *empowerment* na minha prática diária, informando sobre os cuidados de enfermagem, atendendo “com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” e informando “sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015a, p.73). Assim constatei como, ao incitar o pensamento reflexivo e crítico, o *empowerment* aumenta a autonomia e a liberdade do indivíduo, permitindo-lhe avaliar as mudanças em saúde (Alvares, Corrêa, Nakagawa, Teixeira, Nicolini e Medeiros, 2018). Concomitantemente, a obtenção do consentimento informado foi também uma constante na prestação de cuidados.

Por último, reconhecendo a vulnerabilidade a que cada mulher é exposta no contexto do cuidar, priorizei de forma contínua o respeito pelo pela sua intimidade e privacidade, dever consagrado no artigo 86.º, da DPE (OE, 2015a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão do presente relatório corresponde ao culminar de um percurso trilhado ao longo dos últimos três anos, repleto de dúvidas e receios, mas também de sonhos e expectativas alcançadas, fruto de um profundo investimento pessoal, emocional e profissional. Iniciar o CMESMO e imergir no mundo da saúde materna e obstétrica permitiu-me redescobrir uma área de cuidados fulcral na sociedade atual e, paralelamente, reconstruir-me como enfermeira, com uma paixão renovada pela escolha profissional.

Estou extremamente grata a todas as mulheres/CS que generosamente me concederam o privilégio de fazer parte de um momento tão singular, desafiante, íntimo e determinante para as suas vidas e com quem pude experienciar a magia e a intensidade do nascimento, fonte de enriquecimento pessoal e profissional. Foi um período crucial para a implementação do meu projeto e mobilização dos conhecimentos adquiridos, verdadeiramente potenciado pelas competências de supervisão e pela experiência e perícia das OL.

Partindo do mapeamento da evidência científica, aliado às preferências de cada mulher/família, desenvolvi a capacidade de exercer uma prática baseada na evidência, potenciada pelo recurso a uma prática reflexiva, atingindo, como resultados, a satisfação e o envolvimento nos cuidados, a sensação de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico. Quotidianamente, desafiei-me a analisar criticamente as situações, aproveitando diferentes oportunidades para discutir com a OL as estratégias de cuidados implementadas, a individualização dos cuidados, os cuidados antecipatórios, a promoção de saúde, a articulação interdisciplinar e a melhoria da qualidade. Esta responsabilização pela aprendizagem, enriquecida pela variedade de experiências, permitiu-me, paulatinamente, desenvolver e sedimentar as competências inerentes ao título de EEESMO e ao grau de mestre.

Sendo inegável a multiplicidade de fatores que podem interferir na incidência do parto normal e não obstante o número limitado da amostra, os resultados obtidos e apresentados parecem traduzir o papel protetor e promotor do recurso à liberdade de movimentos durante todo o TP. Indubitavelmente, encorajar a mobilidade durante o TP revela-se uma abordagem capital do cuidar centrado e holístico do EEESMO, que considera as crenças e valores da mulher/CS/família na construção da tomada

de decisão partilhada e fomenta a participação ativa, a sensação de controlo, a confiança, o respeito e a autonomia individual, elementos que lhes restituem o protagonismo no processo de nascimento e amplificam os níveis de satisfação, permitindo-lhes atingir uma experiência de parto positiva.

Como limitações ao desenvolvimento do trabalho e constrangimentos à prática, é de referir o facto da UC-ER decorrer em paralelo com a atividade profissional, restringindo a disponibilidade para algumas oportunidades de aprendizagem. Sob pretexto meramente economicista, verifiquei o quanto os rácios de EEESMO's ficam aquém do desejável, comprometendo a qualidade dos cuidados, a capacidade de apoio contínuo efetivo e, conseqüentemente, uma atuação centrada na mulher em TP. Paralelamente, o peso do poder hierárquico que ainda se constata no seio da equipa multidisciplinar, com primazia da prescrição médica, gera resistências à implementação de práticas baseadas na evidência científica mais atual, restringindo a liberdade da parturiente, como é o caso da cardiotocografia contínua em situações de baixo risco.

A constatação, *in loco*, dos benefícios que acarretam para as dimensões física, psíquica, emocional e espiritual e a reflexão sobre os resultados obtidos confirmam a certeza de que a liberdade de movimentos aliada a um modelo de cuidados centrado na pessoa são a resposta para um cuidar mais humanizado, capaz de respeitar a fisiologia do parto, de minimizar a interferência no processo natural e de recuperar a autonomia e o protagonismo da mulher, maximizando a sua experiência de parto. Este é o fundamento primário da atuação do EEESMO. Este será o objetivo da minha atuação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, O. C., Romero, A. L. F. e García, V. E. M. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(1), 1-10. **DOI:** 10.1016/j.ctcp.2012.09.001
- Alderman, J. T. (2016). Nursing Care of the Family during the Postpartum Period. In: Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. & Alden, K. R. *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.) (p.481-501). St Louis: Elsevier.
- Alvares, A., Corrêa, A., Nakagawa, J., Teixeira, R., Nicolini, A. e Medeiros, R. (2018). Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2620-2627. **DOI:** 10.1590/0034-7167-2017-0290.
- College of Nurse-Midwives [ACNM] (2015). *Normal, Healthy Childbirth for Women & Families: What You Need to Know*. [s.l.]: American College of Nurse-Midwives. Acedido a 25-06-2018. Disponível em: <https://mana.org/pdfs/Normal-Healthy-Childbirth.pdf>.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto [APDMGP] (2015). *Experiências de Parto em Portugal. Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Lisboa: APDMGP. Acedido a 04-07-2019. Disponível em: <http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiências Parto Portugal 2012-2015.pdf>
- Aune, I., Holsether, O. & Kristensen, A. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach. Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare* 16, 132-137. **DOI:** 10.1016/j.srhc.2018.03.005.

- Bailey, H. (2018). Emergencies in labour and birth. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.315-338). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural*. São Pedro do Estoril: 4Estações – Editora, Lda.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Begley, C. (2014). Physiology and care during the third stage of labour. In: Marshall, J. E. & Raynor, M. D. *Myles Textbook for Midwives* (16th ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Benner, P., Tanner, C. e Chelsa, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice – Caring, Clinical Judgment & Ethics* (Second Edition). New York: Springer Publishing Company.
- Bohren, A. M., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD003766.). **DOI:** 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Brink, E. e Scott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, 563-567. **DOI:** 10.4236/ojn.2013.38077.
- Brocklehurst, P. (2017). Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. *BMJ* 359, 1-15. **DOI:** 10.1136/bmj.j4471.
- Brower, E. J. & Nemeč, R. (2017). Origins of Evidence-Based Practice and What it Means for Nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 14-18. **DOI:** 10.1016/j.profnurs.2016.05.009.

- Calais-Germain, B. e Parés, N.V. (2009). *Parir em movimento. La moviidades de la pélvis em el parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo, S. L.
- Caple, C. & March, P. (2017). Menopause: Sexual Functioning. *CINAHL Nursing Guide*, 1-3. Acedido a 1-07-2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=cbc836c6-b482-4e9b-9c40-52837f2c3519%40sessionmgr120>
- Carolan-Olah, M., Kruger, G. & Garvey-Graham, A. (2015). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31(1), 112-121. **DOI:** 10.1016/j.midw.2014.07.003
- Chapman, V. (2018a). Malpositions and malpresentations in Labour. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.155-170). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Chapman, V. (2018b). *Perineal trauma and suturing*. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.75-101). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Chapman, V. (2018c). Slow progress in labor. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.171-187). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Charles, C. (2018a). Labour and normal birth. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.1-48). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Charles, C. (2018b). Vaginal examinations and amniotomy. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.49-60). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

- Coelho, A., Torres, R., Silva, A. e Palma, F. (2017). Parto Pré-Termo. In: Campos, A. *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* (3ª ed.) (p.160-163). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Crowe, C. & Manley, K. (2019). Person-centred, safe and effective care in maternity services: the need for greater change towards best practice. *International Practice Development Journal* 9 (1), 1-20. **DOI:** 10.19043/ipdj.91.008
- Decreto-Lei nº. 161/96, de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, Série I-A, N.º 205 (04-09-1996). 2959-2962.
- Deliktas, A. & Kukulo, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing* 74, 263–278. **DOI:** 10.1111/jan.13447
- Desseauve, D., Gachon, B., Bertherat, P., Fradet, L., Lacouture, P. & Pierre, F. (2016). Dans quelle position les femmes accouchent-elles en 2015? Résultats d'une étude prospective régionale multicentrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 44(10), 548-556. **DOI:** 10.1016/j.gyobfe.2016.06.010
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2008). *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS.
- DGS (2015a). Orientação nº 00/2015 de 19/01/2015. *Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Doody, O. & Noonan, M. (2016). Nursing research ethics, guidance and application in practice. *British Journal of Nursing*, 25(14), 803-807. **DOI:** 10.12968/bjon.2016.25.14.803.

- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., Gulmezoglu, A (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE* 13(4), 1-17. **DOI:** 10.1371/journal.pone.0194906
- Downe, S. & Marshall, J. E. (2014). Psysiology and care during the transition and second stage phases of labour. In: Marshall, J. E. & Raynor, M. D. *Myles Textbook for Midwives* (16th ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2019a). *Unidade Curricular Estágio com Relatório (Documento Orientador)*. Prof.^a M^a Anabela Ferreira dos Santos.
- ESEL (2019b). *Unidade Curricular Estágio com Relatório (Programa da Unidade Curricular)*. Prof.^a M^a Anabela Ferreira dos Santos.
- Every Women Every Child (2015). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Nova Iorque: Nações Unidas. Acedido em: 27/11/2017. Disponível em: http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf.
- Fontein-Kuipers, Y., Groot, R. & Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *Eur J. Midwifery*, 2 (5), 1-12. **DOI:** 10.18332/ejm/91492.
- Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardell, 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. *BioMed Research International*, 1-7. **DOI:** 10.1155/2014/638093.
- Graça, L. M. (2017). Parto pré-termo. In: Graça, L. M. *Medicina Materno Fetal* (5^a ed.) (p. 333-348). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G.J. & Vogel, J.P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(No.:CD002006). **DOI:** 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
- Hayter, M. (2009). The structure of contraceptive education and instruction within nurse led family planning clinics: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2656-2667. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x
- Hinchliff, S. e Rogers, R. (2008). *Competencies for Advanced Nursing Practice*. London: Edward Arnold Ltd.
- Human Rights in Childbirth (2018). *Human Rights in Pregnancy and Childbirth (online)*. Acedido a 20-07-2019. Disponível em: <http://humanrightsinchildbirth.org/index.php/rights/>
- International Confederation of Midwives [ICM] (2014a). *International Code of Ethics for Midwives*. The Netherlands: ICM. Acedido a 30-04-2018. Disponível em: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- ICM (2014b). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. The Netherlands: ICM. Acedido a 30-04-2018. Disponível em: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf
- ICM (2014c). *Position Statement. Keeping Birth Normal*. The Netherlands: ICM. Acedido a 22-06-2018. Disponível em: [https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20State-ments%20-](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-)

[%20English/New%20Position%20Statements%20in%202014%20and%202017%20REVISED%20V2017%20ENG%20Appropriate%20intervention.pdf](#)

ICM (2017a). *ICM International Definition of the Midwife*. The Netherlands: ICM. Acedido a 23-06-2018. Disponível em: [https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition of the Midwife%202017.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife%202017.pdf)

ICM (2017b). *Position Statement. Appropriate use of Intervention in Childbirth*. The Netherlands: ICM. Acedido a 23-06-2018. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/New%20Position%20Statements%20in%202014%20and%202017%20REVISED%20V2017%20ENG%20Appropriate%20intervention.pdf>

ICM (2019). *Essential competencies for basic midwifery practice 2018 UPDATE*. [s.l]: ICM. Acedido a 02-07-2019. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>.

International Council of Nurses [ICN] (2012). *Closing the gap: from evidence to action*. Genebra: International Council of Nurses.

International Planned Parenthood Federation [IPPF] (2008). *Sexual rights: an IPPF declaration*. London: IPPF.

James, S. & Hudek, M. (2017). Experiences of South African multiparous labouring women using the birthing ball to encourage vaginal births. *Health SA Gesondheid*, 22 (36-4). DOI: 10.1016/j.hsag.2016.08.004.

Janighorban, M., Heidari, Z., Dadkhah, A. & Mohammadi, F. (2018). Women's Needs on Bed Rest during High-risk pregnancy and Postpartum Period: A Qualitative

- Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(3), 1327-1335. DOI: 10.22038/jmrh.2018.28162.1304
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD000081). DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Levy, L. e Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno* (Edição revista). Lisboa: Gráfica Maiadouro.
- Lei n.º142/99 de 31 de Agosto (1999). Incumbências dos serviços de saúde, Artigo 5º. *Diário da República I Série A*, N.º203 – 31-08-1999. Acedido a 15-06-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/581976>
- Londoño, V. F. V., Castiblanco, J. P. R., Acosta, M. T. C. e Astudillo, N. M. V. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). DOI: 10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv
- Lopes, M. A., Gomes, S. C. e Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Lisboa: INESC-TEC. Acedido a 30-06-2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Martina, C. J. H. & Martin, C. R. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19, 44-49. DOI: 10.1016/j.ctcp.2012.09.001

- Martinez-Campos, R. (2016). Community Care: The Family and Culture. In: Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. & Alden, K. R. *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.) (p.17-39). St Louis: Elsevier.
- McCance, T., McCormack, B. & Slater, P. (2020). Examining the theoretical relationships between constructs in the person-centred practice framework: a structural equation model. *BMC Health Services Research*, 1-23. DOI: 10.21203/rs.3.rs-22586/v1.
- McCarty, D. (2016). Transition to Parenthood. In: Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. & Alden, K. R. *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.) (p.502-522). St Louis: Elsevier.
- McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 2, 6-12. Acedido a 27-06-2020. Disponível em: <https://projetarenfermagem.pt/wp-content/uploads/2019/11/My-Vision-for-Person-centred-Nursing.pdf>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal* 5, 1-15. DOI: 10.19043/ipdj.5SP.003.
- McCormack, B. e McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- McCormack, B. e McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred Nursing and Health Care – Theory and Practice*. Oxford: Wiley Publishing.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] (2012). *Parecer N.º11/2012 – Número mínimo de sessões de*

Preparação para o Parto. Acedido a 14-06-2018. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_11_2012_Numero_minimo_de_sesoes_de_preparacao_para_o_parto.pdf

MCEESMO (2013a). *Projeto Maternidade com Qualidade – Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-05-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

MCEESMO (2013b). *Projeto Maternidade com Qualidade – Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-05-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

MCEESMO (2017). Parecer Nº 21/2017. *Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* Acedido a 03-07-2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer21_2017_MCEESMO_DotacoesSegurasEESMO.pdf

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. e Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In: Néné, M., Marques, R. e Batista, M. A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* Lisboa: Lidel.

Morrall, D. & Beach, E. (2017). Keep on moving, MUM. *Midwives*, 58-60. (on-line). Acedido a 15-05-2018.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies* (CG190). London: NICE.

- NICE (2015). *Menopause: diagnosis and management* (NG23). [s.l]: NICE. Acedido a 28-06-2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-pdf-1837330217413>
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korstjens, I., Bude, L. & Lagro-Janssen, T. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery* 29, 107–114. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007
- Nieuwenhuijze, M., Low, L., Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. (2014). The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 277-285. DOI: 10.1111/jmwh.12187.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2018). *Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018*. [s.l]: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] (2012). Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão Partilhada”. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2015b). *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- Pedro, L. e Oliveira, S. C. (2016). Função da Dor no Trabalho de Parto. *In: Néné, M., Marques, R. e Batista, M. A. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Mclnerney, P., Khalil, H., Parker, D. & Soares, C. B. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. *In: Aromataris, E. & Munn, Z. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido a 19-06-2018. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- PORDATA (2019). Cesarianas nos hospitais (%). Fonte de dados: INE|DGS/MS – Inquérito aos hospitais. Acedido a 26-06-2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- PORTUGAL (2001). Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil. *Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Prosser, S. J., Barnett, A. G. & Miller, Y. D. (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(241), 1-10. **DOI:** 10.1186/s12884-018-1871-5
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26 (06-02-2019). 4744-4750.
- Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 85 (03-05-2019). 13560-13565.
- Romano, A. M. & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN*, 37, 94-105. **DOI:** 10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x.

- Royal College of Midwives [RCM] (2014). *High Quality Midwifery Care*. London: Royal College of Midwives. Acedido a 04-07-2019. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/media/2354/high-quality-midwifery-care.pdf>.
- RCM (2017). *Ten Top Tips for a Normal Birth*. London: Royal College of Midwives. Acedido a 04-07-2019. Disponível em: <http://www.midwives.org.hk/doc/resources/RCMTopTipsenglish.pdf>.
- RCM (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. London: Royal College of Midwives. Acedido a 04-07-2019. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>.
- Setola, N., Naldi, E., Cocina, G., Eide, L., Iannuzzi, L. & Daly, D. (2019). The Impact of the Physical Environment on Intrapartum Maternity Care: Identification of Eight Crucial Building Spaces. *Health Environments Research & Design Journal* XX(X), 1-32. **DOI:** 10.1177/1937586719826058
- Shilling, T. (2009). *Práticas de nascimento saudáveis. Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto*. Washington: Lamaze Internacional. Acedido a 25-06-2018. Disponível em: <https://www.lamaze.org/p/cm/ld/ld=139>.
- Silva, A. P. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG] (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. [s.l.]: SPG.
- Soltani, H., Poulouse, T. A. & Hutchon, D. R. (2011). Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD004665). **DOI:** 10.1002/14651858.CD004665.pub3

- Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdolahian, S. & Ghavi, F. (2016). Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 24, 99-102. **DOI:** 10.1016/j.ctcp.2016.04.001
- Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T. & Maimburg, R. D. (2020). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. *Women and Birth*, 33, 15-21. **DOI:** 10.1016/j.wombi.2018.12.006.
- Tunestveit, J., Baghestan, E., Natvig, G., Eide, G., Nilsen, A. (2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery* 62, 264–272. **DOI:** 10.1016/j.midw.2018.04.012.
- Vives, N. (s.d. a). *Anatomía, Integración y Movimiento© (AIM)*. Girona: L'EIX Centre de Pedagogia Corporal. Acedido a 15-12-2018. Disponível em: <http://www.nuriavivesanatomia.com/anatomia.php>
- Vives, N. (s.d. b). *Ciclo Parir em Movimento. Anatomia Funcional del Parto Fisiológico*. Girona: L'EIX Centre de Pedagogia Corporal. Acedido a 15-12-2018. Disponível em: <http://www.nuriavivesanatomia.com/ciclo.php>
- Walker, K., Kibuka, M., Thornton, J. & Jones, N. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11(No.: CD008070). **DOI:** 10.1002/14651858.CD008070.pub4
- World Health Organization [WHO] (1996). *Safe motherhood, care in normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO
- WHO (2014a). *WHO recommendations for augmentation of labor*. Geneva: World Health Organization.

- WHO (2014b). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2015a). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2015b). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 13-01-2019. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
- WHO (2015c). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 20-05-2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
- WHO (2016). *Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2018a). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018b). *Preterm birth*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 13-01-2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>
- WHO (2018c). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2018d). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization.

Zileni, B., Glover, P., Jones, M., Teoh, Kung-Keat, Zileni, C. & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 30, 1-8. **DOI:** 10.1016/j.wombi.2016.06.003.

ANEXOS

Anexo I – Estratégia de pesquisa na base de dados *CINAHL® Complete*

Anexo I – Estratégia de pesquisa na base de dados *CINAHL® Complete*

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

04/03/20, 16:24



Wednesday, March 04, 2020 11:23:06 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S28	S24 AND S25	Limitadores - Data de Publicação: 20140101-20200331 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	131
S27	S24 AND S25	Limitadores - Data de Publicação: 20140101-20200331 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	138
S26	S24 AND S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	485
S25	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL	19,604

			Complete	
S24	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	84,373
S23	"Normal parturition"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6
S22	"Normal childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	135
S21	"Normal labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	97
S20	"Physiologic birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	64
S19	"Natural birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	689

S18	"Normal birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,088
S17	(MH "Management of Labor")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,671
S16	(MH "Delivery, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,097
S15	(MH "Term Birth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,029
S14	(MH "Obstetric Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,669
S13	(MH "Vaginal Birth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,818
S12	"Active birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	21

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S11	"Mobility"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33,464
S10	"Nonsupine positions"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7
S9	"Upright positions"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	105
S8	"Vertical position"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	188
S7	"Freedom of movement"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	176
S6	(MH "Patient Positioning")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	8,481

			Base de dados - CINAHL Complete	
S5	(MH "Posture")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,300
S4	(MH "Walking")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	20,310
S3	(MH "Movement")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,407
S2	(MH "Body Positions")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	779
S1	(MH "Birthing Positions")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	458

Anexo II – Estratégia de pesquisa na base de dados *MEDLINE Complete*

Anexo II – Estratégia de pesquisa na base de dados *Medline Complete*



Saturday, March 07, 2020 10:25:44 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S27	S23 AND S24	Limitadores - Data de Publicação: 20140101- 20200331 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	166
S26	S23 AND S24	Limitadores - Data de Publicação: 20140101- 20200331 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	175
S25	S23 AND S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	989
S24	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	70,159
S23	S1 OR S2 OR S3 OR	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	325,391

	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S22	"normal parturition"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	172
S21	"normal childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	152
S20	"normal labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	512
S19	"physiologic birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	58
S18	"natural birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,072
S17	"normal birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,286

S16	(MH "Labor, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,184
S15	(MH "Delivery, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	28,879
S14	(MH "Term Birth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,882
S13	(MH "Obstetric Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,979
S12	(MH "Parturition")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,186
S11	(MH "Natural Childbirth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,414
S10	"active birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	38

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S9	"mobility"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	163,379
S8	"nonsupine positions"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	13
S7	"upright positions"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	423
S6	"vertical position"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,347
S5	"freedom of movement"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	570
S4	(MH "Patient Positioning")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,152
S3	(MH "Posture")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	63,711

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	(MH "Walking")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	31,889
S1	(MH "Movement")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	72,344

Anexo III – Estratégia de pesquisa na base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Anexo III – Estratégia de pesquisa na base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews*



Saturday, March 07, 2020 12:08:36 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S30	S27 AND S28	Limitadores - Data da Última Versão Editada/Alteração Substancial Mais Recente: 20140101-20200331 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	2
S29	S27 AND S28	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	9
S28	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	187
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	613
S26	labor, obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	37

		Boole ana/Frase	Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S25	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Boole ana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	17
S24	natural childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Boole ana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	2
S23	management of labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Boole ana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	23
S22	delivery obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Boole ana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	48
S21	term birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Boole ana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	22
S20	obstetric nursing	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	2

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S19	vaginal birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	83
S18	normal parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S17	normal childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S16	normal labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	24
S15	physiologic birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic	0

			Reviews	
S14	natural birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S13	normal birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	34
S12	patient positioning	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	19
S11	posture	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	32
S10	walking	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	139
S9	movement	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	400

			Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S8	body positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	6
S7	birthing positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S6	active birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S5	mobility	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	86
S4	nonsupine positions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S3	upright positions	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	3

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S2	vertical position	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S1	freedom of movement	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1

APÊNDICES

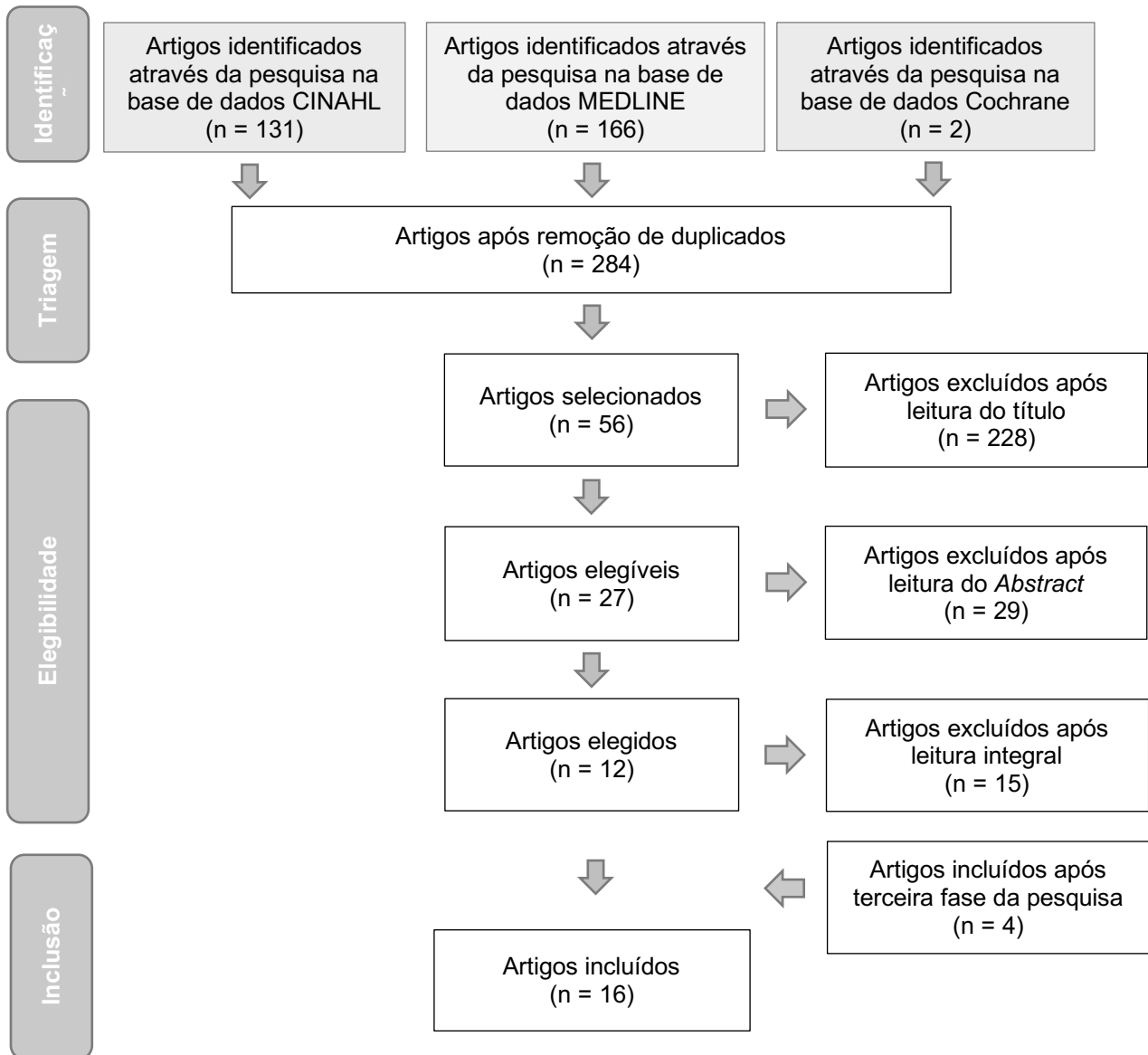
Apêndice I – Termos de pesquisa aplicados às bases de dados

Apêndice I – Termos de pesquisa aplicados às bases de dados

Elementos do PCC	<i>CINAHL® Complete</i>	<i>MEDLINE Complete</i>	<i>Cochrane DSR</i>
Conceito (C) - Liberdade de Movimentos	Linguagem Natural	Linguagem Natural	Linguagem Natural
	Freedom of movement Vertical position Upright positions Nonsupine positions Mobility Active birth	Freedom of movement Vertical position Upright positions Nonsupine positions Mobility Active birth	Freedom of movement Vertical position Upright positions Nonsupine positions Mobility Active birth
	CINAHL Headings	MeSH 2018	
	Birth positions Body positions Movement Walking Posture Patient Positioning	Movement Walking Posture Patient Positioning	
Contexto (C) - Parto normal	Linguagem Natural	Linguagem Natural	Linguagem Natural
	Normal birth Natural birth Physiologic birth Normal labor Normal childbirth Normal parturition	Normal birth Natural birth Physiologic birth Normal labor Normal childbirth Normal parturition	Normal birth Natural birth Physiologic birth Normal labor Normal childbirth Normal parturition
	CINAHL Headings	MeSH 2018	
	Vaginal Birth Obstetric Nursing Term birth Delivery obstetric Management of labor	Natural childbirth Parturition Obstetric Nursing Term birth Delivery obstetric Labor, obstetric	

Apêndice II – Fluxograma da *Scoping Review*

Apêndice II – Fluxograma da Scoping Review



Apêndice III – Tabelas de extração de dados da *Scoping Review*

Apêndice III – Tabelas de extração de dados de *Scoping Review*

Título	<i>Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina</i>
Autor(s)	Aguilar, O. C., Romero, A. L. F. e García, V. E. M.
Data	2013 (03/2011 – 04/2012)
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	Ginecología y Obstetricia de México, 81(1):1-10. DOI: 10.1016/j.ctcp.2012.09.001
País	México
Objetivos	Comparar resultados obstétricos e perinatais entre posição supina e vertical, no parto.
População	Mulheres saudáveis, com gravidez de baixo risco, com altura superior a 145cm, IG > 36 semanas, com estimativa peso fetal inferior a 3850gr, com ILA > 4 e com confirmação de fase ativa de TP, com dilatação > 4cm.
Metodologia	Estudo coorte com intervenção, descritivo e analítico duplamente cego.
Tipo de intervenção	Grávidas alocadas aleatoriamente ao grupo I (posição vertical) ou grupo II (posição supina). Variáveis avaliadas incluíram: hemorragia, dor no 2º estágio e pós-parto imediato, duração do 2º estágio do TP, lacerações perineais e vaginais, necessidade de parto instrumentado, conforto da posição adotada e resultados perinatais.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Duração média do 1º estágio: 8,75h no grupo I vs 9,05h no grupo II; Duração média 2º estágio: 26,36min no grupo I vs 35min no grupo II (diminuição de 9min).
Relacionados com a mãe	Hemorragia mais elevada no grupo I, porém sem diferença significativa. Nível de dor média de 8 para ambos os grupo. Sem diferença estatisticamente relevante. Média de grau de dor em todas as avaliação no grupo I superior do que no grupo II. Lacerações perineais superiores no grupo II; lacerações vaginais superiores no grupo I
Relacionados com o feto/ RN	Apgar médio ao 1ºmin 7.88 grupo I vs 7.85 grupo II
Outros	
Principais conclusões	Postura adotada pela mãe durante nascimento não influencia resultados perinatais nem induz complicações obstétricas maiores. Postura vertical favorece encurtamento do 2º estágio, mas está associada a maior número de lacerações vaginais
Limitações	

Título	<i>Maternal positions and mobility during first stage labour</i>
Autor(s)	Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J. & Styles, C.
Data	2013
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
País	Reino Unido
Objetivos	Identificar efeitos de encorajar as mulheres a assumir diferentes posições verticais (caminhar, sentada, de pé e 4 apoios) vs posições reclinadas (litotomia, semi-reclinada e lateral), durante o 1º estágio do TP, na duração do TP, no tipo de parto e noutros importantes <i>outcomes</i> maternos e fetais.
População	Incluídos 25 estudos, envolvendo um total de 5218 mulheres
Metodologia	Revisão sistemática de Estudos aleatórios ou quase aleatórios
Tipo de intervenção	Comparação entre mulheres alocadas a posições verticais vs posições reclinadas, no 1º estágio do TP
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Redução aproximada de 1h22min nas mulheres alocadas a posições verticais.
Relacionados com a mãe	Menor probabilidade de efetuar analgesia epidural.
Relacionados com o feto/ RN	Menor probabilidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
Relacionados com tipo de parto	Menor probabilidade de CST.
Principais conclusões	Evidência clara de que andar e adotar posições verticais no 1º estágio do TP reduz a duração do mesmo, o risco de CST e a necessidade de analgesia epidural, não parecendo estar associado a um aumento do intervencionismo ou efeitos negativos no bem-estar materno e fetal. Recomendação de que todas as mulheres com gravidez de baixo risco sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais e encorajadas e apoiadas a assumir a posição da sua preferência.
Limitações	Grande heterogeneidade e possíveis viés dos estudos incluídos.

Título	<i>A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage</i>
Autor(s)	Martina, C. J. H. & Martin, C. R.
Data	2013
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	Complementary Therapies in Clinical Practice 19 (2013) 44-49 DOI: 10.1016/j.ctcp.2012.09.001
País	Inglaterra
Objetivos	Desenvolver uma revisão narrativa para identificar e sumarizar a evidência relevante sobre o impacto da atividade física materna durante o TP, na duração do primeiro estágio. Obter conhecimento para aconselhar grávidas sobre o efeito que o seu movimento terá na progressão do TP.
População	Mulheres que experienciaram trabalho de parto e parto. Incluídos artigos de França, Filândia, Japão, África do Sul, UK e USA, publicados entre 1974 e 2010.
Metodologia	Revisão narrativa da literatura. Seleção de estudos publicados em inglês e de países cujos cuidados obstétricos são comparáveis com a realidade inglesa.
Tipo de intervenção	Atividade física materna categorizada em: andar; cócoras; sentada; em pé; quatro apoios ou deitada.
Principais resultados	
Relacionados com duração do TP	8 estudos primários não reportaram alteração na duração do 1º estágio e 5 referiram diminuição da mesma. Nenhum reportou aumento da duração.
Relacionados com a mãe	Não aplicável.
Relacionados com o feto/ RN	Não aplicável.
Outros	Não aplicável.
Principais conclusões	Uma vez que não foram associados de efeitos prejudiciais à atividade física durante o 1º estágio, as mulheres devem ser apoiadas caso demonstrem desejo de se manterem móveis e adotarem posições confortáveis durante o TP.
Limitações	Elevada heterogeneidade dos estudos, definições pouco precisas sobre diferentes posições e pouco precisão de alguns estudos encontrados.

Título	<i>Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour</i>
Autor(s)	Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korstjens, I., Bude, L. & Lagro-Janssen, M.
Data	2013
Fonte/Vol./	Midwifery 29, 107–114; DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007
País	Holanda
Objetivos	Explorar relação entre escolha de posição de parto e sensação de controlo durante o segundo estágio do TP.
População	1030 mulheres com gravidez e parto fisiológicos. Critérios de inclusão: domínio suficiente da língua holandesa para preencher o questionário e ter recebido cuidados liderados por midwife até ao início do 2º estágio de TP. Estas não receberam intervenções médicas, nomeadamente, analgesia epidural, aceleração ou monitorização fetal contínua
Metodologia	Estudo através de um questionário autorrelato; análise de regressão múltipla utilizada para investigar quais os fatores associados à escolha da posição de parto que afetam sensação de controlo das mulheres.
Tipo de intervenção	Participantes convidadas voluntariamente a preencher questionário anónimo, em suas casas, sem a presença do prestador de cuidados.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	Ter influência nas posições de parto, assistir a sessões de preparação pré-natal, sentimentos em relação ao parto durante a gravidez e dor no 2º estágio do TP são preditores significativos para a sensação de controlo. Ter influência na posição de parto ao longo do parto parece ser mais significativo do que utilizar uma posição específica.
Relacionados com o feto/ RN	Não aplicável.
Outros	Conselho da parteira essencial na sua escolha da posição de parto; menor hesitação no uso de posições invulgares quando têm apoio da parteira.
Principais conclusões	Mulheres sentiram maior controlo durante o parto quando puderam experienciar a influencia das posições de parto. Para as mulheres que preferiram outras posições para além da supina, casa de parto e tomada de decisão partilhada acrescentaram valor.
Limitações	As práticas de obstetrícia foram auto-seleccionadas. Atitudes positivas face à diversidade de posições de parto pode ter exercido influência na vontade de participar no estudo. Logo, estas parteiras poderão ter demonstrado maior disponibilidade para possibilitar a influencia da mulher sobre a sua posição de parto, contribuindo positivamente para a sua sensação de controlo.

Título	<i>Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy</i>	
Autor(s)	Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. and Nardell, G. B.	
Data	15/05/2014 (estudo efetuado entre Janeiro e Dezembro de 2013)	
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	BioMed Research International, p. 1-7 DOI: 10.1155/2014/638093	
País	Itália	
Objetivos	<p>Comparar pacientes que permanecem em posição reclinada mais do que 50% do parto com pacientes que assumem uma posição alternativa (vertical) da sua preferência, no que se refere aos <i>outcomes</i> intraparto, maternos/fetais e neonatais.</p> <p>Estabelecer a existência de diferença entre os dois grupos, relativamente à rotação da cabeça fetal de OP para AO.</p>	
População	<p>Primíparas com gravidezes normais, sem complicações, com feto único em apresentação cefálica prévia ou em início do TP, admitidas na sala de partos do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, da Universidade de Pádua, entre Janeiro e Dezembro de 2013.</p> <p>Critérios de inclusão: idade > 18anos; IMC entre 18 e 30Kg/m²; avaliação da posição occipito fetal em início do TP, confirmada por ecografia.</p>	
Metodologia	Estudo <i>coorte</i> observacional. Análise estatística efetuada através do programa SPSS	
Tipo de intervenção	<p>Pacientes eleitas receberam exclusivamente cuidado intraparto de EESMO; assumiram posição de parto de forma espontânea, sem indicação da equipa médica ou de enfermagem. Todas receberam analgesia epidural quando solicitado.</p> <p>Grupo A: mais de 50% do TP em posição reclinada (supina ou lateral); Grupo B: preferências por posições alternativas (de pé, de cócoras, sentada na bola ou 4 apoios)</p>	
Principais resultados		
Relacionados com duração TP	1º estágio	Duração média de 336,1min para GA vs 192.1min para GB
	2º estágio	Duração 84,4min GA vs 34.4min GB
Relacionados com a mãe	<p>Avaliação da dor durante o TP (escala numérica): 7.1 GA vs 3.7 GB</p> <p>Pedido de analgesia: 34.8% GA vs 9.6%GB</p> <p>Episiotomia efetuada em 100% das pacientes GA com parto vaginal vs 32.7% GB</p> <p>Lacerações vaginais grau I e II 5.9% GA vs 49% GB</p>	
Relacionados com o feto	<p>Variedade OP no início do TP: 40.6% GA vs 36.5% GB</p> <p>Variedade OP persistente à expulsão: 39.6% vs 28% GB</p> <p>Distócia 13.05% GA vs 0.7% GB; FCF anormal 13.05% GA vs 5.1% GB</p> <p>Sem diferenças repostadas a nível <i>outcomes</i> neonatais</p>	
Outros	Tipo de parto: GA 48.7% PE, 26.1% PD e 26.1% CST; GB 87.1% PE, 7.1% PD e 5.8% CST.	

<p>Principais conclusões</p>	<p>Redução significativa da duração da 1ª e 2ª fase do TP nas pacientes que assumiram posições alternativas → reforça efeito favorável da gravidade na efetividade das contrações uterinas e no alinhamento fetal no canal de parto. Efeito positivo destas posições nas taxas de episiotomia, parto distócico e lacerações severas.</p> <p>Taxa de analgesia significativamente inferior nas posições verticais.</p> <p>Posição vertical favorável na rotação da cabeça fetal durante o parto, diminuindo taxa de partos distócicos e CST. Não foi possível concluir quais as posições devem ser preferíveis nesta situação.</p> <p>Na ausência de complicações pré-natais e intraparto, as posições verticais podem influenciar positivamente o processo de parto, reduzindo a dor e a incidência de partos distócicos, CST e episiotomia.</p> <p>Benefício real das posições verticais da parturiente para a rotação do feto de OP para AO.</p> <p>Todas as mulheres devem ser encorajadas à mobilidade e a parir na posição mais confortável, preferindo uma posição vertical, quando é diagnosticada situação OP.</p>
<p>Limitações</p>	<p>Número limitado da amostra.</p>

Título	<i>Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management</i>
Autor(s)	Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdollahian, S. & Ghavi, F.
Data	2016
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	Complementary Therapies in Clinical Practice 24 (2016) 99-102 DOI: 10.1016/j.ctcp.2016.04.001
País	Irão
Objetivos	Investigar os efeitos da bola de nascimento e da terapia de calor no alívio da dor do parto.
População	90 primíparas, com idades entre 18 e 35 anos, feto único em apresentação cefálica, com 38 a 40 semanas de gestação, sem história de infertilidade
Metodologia	Estudo randomizado controlado
Tipo de intervenção	Após obtenção de consentimento, grávidas em fase ativa do 1º estágio, com dilatação cervical entre 4 e 8cm eram aleatoriamente alocadas a duas intervenções (terapia de calor e bola de nascimento) ou grupo de controlo. No grupo de terapia de calor, participantes permaneciam numa posição reclinada e o investigador aplicava packs quentes nas regiões sagrada e perineal. Sujeitos eram instruídos para manter o pack quente com as roupas apertadas durante, pelo menos, 30min. Score de dor avaliado a cada 30min pelo investigador, até atingir 8cm de dilatação. No grupo da bola de nascimento, as mulheres foram instruídas para se sentarem na bola e rodarem a bacia durante um mínimo de 30 minutos. No grupo controlo, as mulheres receberam os cuidados habituais durante o parto, não sendo providenciada qualquer intervenção para alívio da dor. Nos três grupos, as fases do TP foram completadas numa sala com condições ambientais equivalentes, nomeadamente, temperatura, luz, som e equipamento.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	Score da severidade da dor no grupo de terapia de calor significativamente inferior aos 60 e 90min, face ao grupo de controlo. Score relativo à intensidade da dor significativamente inferior no grupo da bola de nascimento face ao grupo controlo.
Relacionados com o feto/ RN	Não aplicável.
Outros	Não aplicável.

Principais conclusões	Quer a terapia de calor quer a bola de nascimento podem ser utilizadas como terapias complementares de baixo custo e risco para o tratamento da dor do parto.
Limitações	

Título	<i>Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial</i>
Autor(s)	Brocklehurst, P.
Data	2017 (outubro 2010- janeiro 2014)
Fonte/Vol./Pág.	BMJ 359, p.1-15 DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4471
País	United Kingdom
Objetivos	Determinar se posições verticais durante o segundo estágio do TP em nulíparas com baixa dose de analgesia epidural, influencia a probabilidade de atingir um parto vaginal espontâneo, comparando com decúbito lateral.
População	3236 Mulheres com mais de 16 anos de idade, nulíparas, com gravidez de termo, simples e feto em apresentação cefálica.
Metodologia	Estudo randomizado controlado
Tipo de intervenção	Mulheres aleatoriamente alocadas a posições verticais ou decúbito lateral aquando da confirmação do início do 2º estágio do TP
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	Satisfação com o cuidado transversal a ambos os grupos. Mais de 85% das mulheres, em ambos os grupos referiram satisfação com posição de parto. Não foram encontradas diferenças estatisticamente relevantes nos <i>outcomes</i> maternos.
Relacionados com feto/RN	Não foram encontradas diferenças estatisticamente relevantes nos <i>outcomes</i> fetais.
Outros	Maior probabilidade de parto vaginal em posição lateral (41,1% vs 35,2% em posições verticais)
Principais conclusões	Posição lateral no 2º estágio do TP resulta num aumento dos partos vaginais espontâneos, em nulíparas com analgesia epidural. Não se encontraram desvantagens relacionadas com <i>outcomes</i> a curto ou longo prazo para as mães e RN.
Limitações	Não foi determinado o efeito da posição lateral para múltiparas em TP, com analgesia epidural.

Título	<i>Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia</i>
Autor(s)	Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G.J. & Vogel, J.P.
Data	2017
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006 DOI 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
País	Reino Unido
Objetivos	Determinar possíveis benefícios e riscos do uso de diferentes posições de parto durante o 2º estágio do TP, sem analgesia epidural, nos <i>outcomes</i> maternos, fetais, neonatais e dos cuidadores
População	Grávidas em 2º estágio do TP.
Metodologia	Seleção de estudos controlados randomizados, quase-randomizados ou <i>cluster-randomised</i> de qualquer posição vertical assumida por grávidas durante o 2º estágio do TP comparada com posição supina ou litotomia.
Tipo de intervenção	Principal comparação: uso de qualquer posição vertical durante o 2º estágio do TP vs posições supina ou litotomia. Posições supina: posição lateral; dorsal; reclinada; litotomia; e Trendelenburg's. Posições verticais: sentada; joelhos; cócoras; em cadeira de parto.
Principais resultados	
Relacionados com duração do TP	Para todas as mulheres em estudo (primigesta ou multigesta), quando comparado com posições supinas, as posições verticais associaram-se a uma redução na duração do 2º estágio (MD -6.16 minutes, 95% CI -9.74 to -2.59 minutes)
Relacionados com a mãe	Redução no grau de dor experienciado quando em posições verticais. Ligeira redução no uso de analgesia e anestesia. Redução do número de episiotomias efetuadas em parturientes em posições verticais, que pode estar associado a ligeiro aumento do número de lacerações de grau II. Não se verificou diferença clara no número de lacerações de grau III e IV entre posições verticais e posição supina. Hemorragia superior a 500ml mais comum em mulheres alocadas a posições verticais.
Relacionados com o feto/ RN	Menor número de Padrões de FCF anormal registados em posições verticais.
Outros	Redução de partos assistidos. Não se verificou uma diferença clara na taxa de cesariana.
Principais conclusões	Achados sugerem vários benefícios possíveis associados a posturas verticais, em mulheres sem analgesia epidural, nomeadamente, ligeira diminuição na duração do 2º estágio do TP (mais significativo em primigestas), redução das taxas de episiotomia e de partos assistidos. Contudo, existe um risco acrescido de hemorragia >500ml e poderá existir risco superior de lacerações de grau II.

Título	<i>Experiences of South African multiparous labouring women using the birthing ball to encourage vaginal births</i>
Autor(s)	James, S. & Hudek, M.
Data	2017
Fonte/Vol./Pág.	Health SA Gesondheid, 22 (36-4). DOI: 10.1016/j.hsag.2016.08.004
País	África do Sul
Objetivos	Explorar e descrever a experiência de múltiparas Sul Africanas em trabalho de parto que utilizam a bola de nascimento como forma de encorajar a escolha de parto vaginal
População	Múltiparas com parto vaginal de termo, de feto vivo e saudável, entre as 6h e 6 semanas de período de pós-parto, que utilizaram bola de nascimento durante, pelo menos, 60min, no seu trabalho de parto
Metodologia	Estudo qualitativo, de abordagem exploratória e descritiva.
Tipo de intervenção	Entrevistas não estruturadas áudio-gravadas.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Diminuição da duração do 1º e 2º estádios do TP.
Relacionados com a mãe	Bola de nascimento facilita gestão de dor do parto, sendo uma ferramenta para cooperar com as contrações e promover relaxamento; Promove mobilidade durante a primeira fase do TP; Perceção de um TP mais curto e menos doloroso; Promove <i>empowerment</i> , com diminuição do medo e conseqüente experiência de parto mais positiva e maior sensação de controlo sobre o próprio TP.
Relacionados com o feto	Não aplicável.
Outros	Necessidade de promover <i>empowerment</i> das grávidas, informando-as sobre benefícios da bola de nascimento; necessidade de <i>midwives</i> discutirem e motivarem colegas para o uso da bola de nascimento.
Principais conclusões	Bola de nascimento é uma ferramenta útil em TP, que diminuí a duração do TP e promove o <i>empowerment</i> da mulher durante o processo de parto. Ferramenta que beneficia a tomada de decisão sobre parto vaginal.
Limitações	Múltiparas como única população-alvo. Estudo de pequena escala, confinado a uma única área e localização

Título	<i>Keep on moving, MUM</i>
Autor(s)	Morrall, D. & Beach, E.
Data	2017
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	<i>Midwives</i> , p.58-60
País	Reino Unido
Objetivos	Projeto MUM's UP and MOBILE desenvolvido com objetivo de aumentar a incidência do parto normal e melhorar satisfação materna.
População	Parturientes e parteiras numa sala de partos em Gloucestershir
Metodologia	Aplicação de questionários anónimos, preenchidos por 187 <i>midwives</i> e 217puérperas.
Tipo de intervenção	Workshops para parteiras e nomeação de pares para influenciar a mudança e aumentar a confiança das parteiras para promover a normalidade e apoiar as mulheres a permanecerem móveis durante o TP; divulgação de informação para promover tecnologia e encorajar mulheres a manterem-se móveis durante o TP; aquisição de material <i>wireless</i> ; bolas de parto e colchões.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	Aumento da satisfação materna e da experiência de parto de mulheres com necessidade de cuidados complexas
Relacionados com o feto	Não aplicável.
Outros	Aumento parto normal de 59.9% para 64.7%
Principais conclusões	Intervenções simples, implementadas a partir do feedback da experiência dos consumidores podem melhorar <i>outcomes</i> e iniciar mudança cultural para promover a normalidade numa sala de partos de cuidados complexos.
Limitações	

Título	<i>A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia</i>
Autor(s)	Deliktas, A. & Kukulcu, K.
Data	2018
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	J Adv Nurs. ;74:263–278. DOI 10.1111/jan.13447
País	Turquia
Objetivos	Determinar o efeito de posições verticais durante o segundo estágio do TP, em mulheres sem analgesia epidural, no modo de nascimento vs. Posição reclinada; Qual o efeito das posições verticais na saúde perineal, em mulheres sem analgesia epidural de rotina, durante o 2º estágio do TP vs posição reclinada.
População	Estudos nos quais as posições verticais e reclinadas foram aplicadas a mulheres em 2º estágio do TP, com gravidez de feto único, em apresentação cefálica, de mulheres primíparas ou múltiparas, sem complicações de saúde ou obstétricas, com início de TP espontâneo ou induzido
Metodologia	Meta-análise baseada no <i>Cochrane Handbook</i> de 22 ensaios clínicos randomizados e não randomizados.
Tipo de intervenção	Grupo experimental: mulheres que adotaram posições verticais (sentada, cócoras, cadeira de parto, 4 apoios ou semi-sentada) no 2º estágio do TP, sem analgesia epidural. Grupo controlo: mulheres que adotaram posições reclinadas (supina, dorsal, lateral e com restrição ao leito)
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	Efeito não significativo relativamente a lacerações de grau I. Sem efeito significativo a nível de incidência lacerações grau II e CST. Ligeira redução do risco de episiotomia. Aumento ligeiro do risco de hemorragia
Relacionados com o feto	Não aplicável
Outros	Efeito significativo na incidência de parto instrumental, sugerindo aplicação de posições verticais no 2º estágio de TP decresce incidência.
Principais conclusões	Redução ligeira de parto instrumental e episiotomia. Ligeiro aumento do risco de hemorragia pós-parto
Limitações	Alguns estudos que poderiam ter sido incluídos não o foram por indisponibilidade de <i>full text</i> . Resultados refletem apenas estudos ingleses. Alguns dos estudos incluídos apresentam viés elevado ou pouco claro

Título	<i>Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura</i>
Autor(s)	Londoño, V. F. V., Castiblanco, J. P. R., Acosta, M. T. C. e Astudillo, N. M. V.
Data	2018
Fonte/Vol./ N°/Pág.	Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 20(1) DOI: 10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv
País	Colombia
Objetivos	Integrar os achados disponíveis na literatura sobre as vantagens e as desvantagens do parto vertical em contraste com o parto horizontal.
População	15 estudos publicados entre 2005-2015
Metodologia	Revisão integrativa da literatura. Os dados foram extraídos, analisados e comparados através da ferramenta ATLAS.ti, versão 7.0.
Tipo de intervenção	
Principais resultados	
Relacionados com duração do TP	Menor duração parto vertical vs parto horizontal, correspondendo a uma duração média de 55,62 min vs 73,15 min, respectivamente. Um estudo refere redução do tempo do 2º estágio do TP no parto vertical, por permitir ação da gravidade, melhor eficácia das contrações e coreto alinhamento do feto no canal do parto. Considerar que a anestesia epidural é um fator que prolonga esta etapa do TP.
Relacionados com a mãe	Diminuição da dor no parto vertical, sendo que neste as gestantes requerem menos analgesia. Apenas um estudo de coorte contradiz este achado. Edema vulvar menor em posição vertical; Diminuição da realização de episiotomia quando parto vertical. Incidência de lacerações controversa, existindo estudos que apontam maior incidência no parto vertical e outros que referem maior incidência no parto horizontal. No que se refere à profundidade da laceração, evidência documenta maior número de lacerações de grau I e II no parto vertical, quando comparado com o parto horizontal. Relativamente às lacerações grau III e IV, menor incidência no parto vertical. Posição de cócoras associada a risco 2x superior de lacerações em primíparas. Ocorrência de hemorragia controversa, sendo que alguns estudos reportam maior incidência no parto em posição vertical e outros no parto em posição horizontal. Um ensaio clínico aleatorizado refere uma estimativa média de perda hemática de 295ml no parto vertical vs 358ml no parto horizontal. Mulheres que optam por posições verticais apresentam maior dificuldade em manter a posição e que pode contribuir para insatisfação materna. Esta dificuldade aumenta com a administração de anestesia epidural.

<p>Relacionados com o feto</p>	<p>Em média menor ocorrência de FCF anormal no parto vertical (8.3% vs 20.5%); outro estudo não encontrou diferenças significativas.</p> <p>3.65% dos RN por parto vertical necessitaram de suporte avançado de vida vs 7.1% dos RN por parto horizontal, dos quais 2.43% foram internados na UCI neonatais. Contudo, outro estudo não encontrou diferenças significativas entre ambas as posições. Maioria dos estudos não referem diferença estatística significativa entre as posições, no que se refere ao Índice de <i>Apgar</i>. Contudo, dois estudos referem uma pontuação média ao 1ºmin de 8.25 no parto vertical vs 8.07 no parto horizontal; e um estudo refere uma diferença pontuação ao 5ºmin de 9.2 no parto vertical vs 8.9 horizontal</p>
<p>Outros</p>	<p>Necessidade de instrumentalização inferior no parto vertical (14.21%) vs parto horizontal (22.22%).</p> <p>Necessidade de cesariana inferior no parto vertical (5.8%) vs parto horizontal (26.1%), o que contrasta com outros estudos que não encontraram diferenças significativas.</p> <p>Menor incidência da manobra de <i>Kristeller</i> quando parto vertical (1.3% vs 20%, no parto horizontal).</p> <p>Um estudo refere melhor percepção das mães no parto vertical, o qual potencial o vínculo mãe-filho.</p> <p>Outro estudo refere que no parto vertical, os pais têm uma percepção de menor duração do 2º estágio do TP, maior comodidade para as suas parceiras e de maior participação no processo.</p> <p>Fatores que influenciam a eleição do parto vertical incluem nível de educação superior, primiparidade, acompanhamento pré-natal, maior conhecimento e existência de raízes culturais associadas a estas posições</p>
<p>Principais conclusões</p>	<p>A revisão da literatura permite enumerar como vantagens do parto vertical a diminuição do tempo do 2º estágio do TP, menor necessidade de instrumentalização, menor incidência de episiotomia, menor incidência de lacerações de grau III e IV e melhor percepção da mãe. Como desvantagens, referem a dificuldade na manutenção da posição e maior hemorragia.</p> <p>Não se encontram diferenças significativas no que se refere aos resultados neonatais e necessidade de cesariana.</p> <p>Necessária mais investigação no que se refere à manobra de <i>Kristeller</i> e edema vulvar.</p>
<p>Limitações</p>	<p>Ausência de uniformidade de critérios para a definição de diferentes posições de parto. Alguns estudos primários não especificaram a seleção da amostra e incluíram simultaneamente primíparas e múltiparas.</p>

Título	<i>Factors promoting or inhibiting normal birth</i>
Autor(s)	Prosser, S. J., Barnett, A. G. & Miller, Y. D.
Data	2018
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	BMC Pregnancy and Childbirth 18:241, p. 2-10 DOI: 10.1186/s12884-018-1871-5
País	Queensland, Austrália
Objetivos	Aumentar a evidência atual sobre os fatores que podem promover ou inibir a capacidade da mulher atingir um parto normal
População	Todas as mulheres que pariram em Queensland, Austrália, entre Out.2011 e Jan.2012, que responderam a questionário, excluindo aquelas que experienciaram nado-morto ou morte neonatal (n=5840).
Metodologia	Análise secundária, de auto-descrição retrospectiva da experiência de cuidados de maternidade de um grupo de mulheres. Modelos estatísticos de regressão logística múltipla utilizados para estimar relações entre variáveis
Tipo de intervenção	Análise do tipo de parto. Parto normal considerado quando não ocorreu indução do parto, epidural, anestesia espinal e/ou geral, parto vaginal assistido (por fórceps e/ou ventosa) ou cesariana, ou episiotomia.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não foi encontrada relação entre duração do parto e probabilidade de parto normal
Relacionados com a mãe	<ul style="list-style-type: none"> - Probabilidade de TP espontâneo associada a nível de educação secundário completo; quando recebiam cuidados obstétricos no privado, maior probabilidade de TP espontâneo associada a cuidados partilhados, cuidados públicos padrão, cuidados continuados por parteiras em público ou privado; probabilidade inferior em mulheres com DG, HTA, gravidez múltipla ou outros fatores de risco, primíparas, múltiparas com CST anterior, com maior IMC e IG avançada. - Probabilidade de não utilizar anestesia superior em mulheres que receberam cuidados partilhados, públicos ou <i>midwifery continuity care</i>; que não experienciaram aceleração do TP, que tiveram liberdade de movimentos durante o TP e que receberam cuidados continuados durante o parto. - Parto vaginal não assistido: probabilidade inferior para primíparas, múltiparas com CST anterior, parto múltiplo, com monitorização fetal contínua, ou cujo parto foi acelerado. - Maior probabilidade de evitar a episiotomia quando recebem cuidados públicos padrão ou cuidados particulares com parteiras, ou quando pariram em posição não supina. <p>Probabilidade de parto normal maior para as mulheres: a viver em áreas regionais, a receber cuidados compartilhados do GP, atendimento público padrão, <i>midwifery care</i> público (2x superior) ou privado (3x superior); que tiveram liberdade de movimento durante todo o trabalho; que receberam continuidade de</p>

	<p>cuidados no trabalho de parto e parto; que não tiveram aceleração do TP; e que pariram numa posição não supina.</p> <p>Apenas 44.3% tiveram parto vaginal e apenas 28.7% tiveram um parto normal</p> <p>Posições verticais no 1ª estágio TP reduz uso de epidural e a incidência de parto instrumentado</p>
Relacionados com o feto	Não aplicável
Outros	Não aplicável
Principais conclusões	<p>Fatores não modificáveis: idade mais avançada, primíparas, cesariana prévia, parto múltiplo, preocupações de saúde obstétrica, IG precoce, a viver numa cidade face a uma área regional.</p> <p>Fatores modificáveis: A probabilidade de parto normal foi maior para as mulheres que receberam cuidados noutra modelo que não a obstetrícia privada, que tiveram continuidade de cuidados durante o trabalho de parto e parto, que tiveram liberdade de movimento durante o trabalho de parto, não tiveram monitorização fetal contínua ou aceleração do TP e que pariram numa posição não supina.</p> <p>A relação entre o modelo de cuidados e parto normal é relevante para a tomada de decisão das mulheres sobre o cuidado.</p> <p>Parto normal era menos provável quando as mulheres conheciam alguns, em vez de nenhum dos seus prestadores de cuidados. → modelo de cuidados providenciado em instituições públicas aumenta a probabilidade de parto normal, mesmo se existe menor probabilidade de ser um profissional conhecido a acompanhar o momento do TP e parto.</p> <p>Continuidade de cuidados no TP e parto aumenta probabilidade de parto normal em 24%. → Suporte contínuo no TP providencia suporte emocional e conforto, informação e <i>advocacy</i>, potencia a sensação de controlo e reduz necessidade de intervenção médica. → solução económica para reduzir intervenções onde recursos não estão disponíveis.</p> <p>Modelos de cuidado com uma filosofia de nascimento mais natural, não limitando a liberdade de movimento e posição das mulheres durante o trabalho de parto e parto, e a continuidade do tratamento durante o trabalho de parto e nascimento demonstram aumentar a probabilidade de um parto normal.</p>
Limitações	Não foi examinada a inter-relação entre diferentes preditores de parto normal

Título	<i>Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study</i>
Autor(s)	Tunestveit, J. W., Baghestan, E., Natvig, G. K., Eide, G. E., Nilsen, A. B. V.
Data	3 April 2018
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	Midwifery, 62, 264–272. DOI: 10.1016/j.midw.2018.04.012
País	Noruega
Objetivos	Investigar associação entre LOEA e fatores relacionados com midwife-led birth como suporte manual do períneo, nascimento ativo do ombro, posição de parto materna e técnicas de puxo e de respiração em 2º estágio de TP
População	Partos vaginais, não instrumentais, conduzidos por EEESMO, em mulheres falantes norueguês ou inglês, com idade superior a 16 anos, com gravidez simples, em apresentação de vértice e com IG superior ou igual a 37 semanas
Metodologia	Estudo prospetivo <i>cross-sectional</i> . colheita de dados num hospital universitário, com dois tipos de configurações de nascimento: uma unidade liderada por EEESMO e uma unidade obstétrica
Tipo de intervenção	
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	Posição de 4 apoios diminuí o risco de LOEA e posições supinas duplicam esse risco, quando comparadas com posições de parto sentadas. A única posição de parto associada à redução da incidência de LOEA é a posição de 4 apoios. Esta permite à mulher mover-se livremente e eliminando existência de pressão externa sobre a pélvis. Além disso, a pressão exercida pela cabeça fetal é direcionada para o canal de parto.
Relacionados com o feto	Não aplicável.
Outros	Não aplicável.
Principais conclusões	A posição materna de parto associada a uma menor ocorrência de LOEA foi a de joelhos. A posição supina aumenta o risco de LOEA.
Limitações	

Título	<i>Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia.</i>
Autor(s)	Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G. & Jones, N. W.
Data	2018
Fonte/Vol./ Nº/Pág.	Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub4.
País	Reino Unido
Objetivos	Identificar efeitos de diferentes posições de parto (verticais e reclinadas) durante o 2º estágio de TP, nos <i>outcomes</i> maternos e fetais, em mulheres com analgesia epidural
População	Incluídos 8 estudos, envolvendo um total de 4464 mulheres (primigesta ou multigesta), com gravidez simples e IG > 36semanas, no 2º estágio de TP induzido ou espontâneo, recebendo analgesia epidural.
Metodologia	Revisão sistemática de Estudos aleatórios ou quase aleatórios
Tipo de intervenção	Considerada como intervenção experimental utilização materna de qualquer tipo de posição vertical no 2º estágio, comparada com a condição de controlo de permanecer numa posição reclinada.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Impossível determinar impacto na duração do 2º estágio do TP.
Relacionados com a mãe	Ligeira diminuição da satisfação com a experiência de parto no grupo de posição vertical (<i>outcome</i> analisado em apenas 1 dos estudos) em relação à posição de decúbito lateral. Interferência mínima na hemorragia pós-parto.
Relacionados com o feto/ RN	Diminuição do número de RN com pH baixo, no grupo das posições verticais. Não foi possível determinar efeito a nível do padrão da FCF e admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais.
Outros	Diferença mínima para risco de parto instrumentado. Impossível determinar impacto das posições verticais na taxa de CST
Principais conclusões	Posições reclinadas podem reduzir ligeiramente necessidade de parto instrumentado. Puérperas podem sentir-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto quando adotam posição reclinada (decúbito lateral).
Limitações	Estudos heterogéneos, com diferentes desenhos, intervenções e grau de adesão ao grupo experimental. Possível existência de viés na seleção.

Título	<i>Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data</i>
Autor(s)	Li Thies-Lagergren, Trine Uldbjerg, Rikke Damkjær Maimburg
Data	2020
Fonte/Vol./ N°/Pág.	Women and Birth, 33, 15-21. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.12.006
País	Dinamarca
Objetivos	Descrever a proporção de lacerações genitais em mulheres que pariram num banco de parto, comparativamente a mulheres que não o fizeram
População	Mulheres com gravidez simples, que pariram espontaneamente um feto vivo, em apresentação cefálica, com IG superior ou igual a 35 semanas
Metodologia	Estudo coorte observacional
Tipo de intervenção	Colheita prospectiva de informação sobre o parto. Mulheres que pariram num banco de parto estratificadas no grupo exposto e as que utilizaram qualquer outro tipo de posição, no grupo de referência.
Principais resultados	
Relacionados com duração TP	Não aplicável.
Relacionados com a mãe	<p>Risco aumentado de laceração labial requerendo sutura em mulheres que utilizaram banco de parto, primíparas, múltiparas ou com parto vaginal após cesariana (PVAC) (45,7% vs 58,5%; 12,9% vs 21,9%; 36,1% vs 59,1%);</p> <p>Risco aumentado de laceração vaginal >3cm em múltiparas que utilizaram banco de parto (2,3% vs 4,4%);</p> <p>Menor probabilidade de ser submetida a episiotomia em primíparas que utilizaram banco de parto (6,1% vs 1,2%);</p> <p>Em primíparas, não foi encontrada diferença estatística entre laceração perineal e episiotomia, em relação à posição de parto.</p> <p>Pode haver risco superior de lacerações perineal de grau 2 e 3/4 em mulheres em situação de PVAC, que pariram num banco de parto (41,6% vs 54,6%; 5,5% vs 25%).</p> <p>Independentemente da paridade, a taxa de períneo íntegro foi superior nas mulheres que pariram noutras posições vs parto num banco de parto (primíparas 10,3% vs 4,5%; múltiparas 37,4% vs 26,6%).</p>
Relacionados com o feto	Não aplicável.
Outros	Não aplicável
Principais conclusões	Mulheres que parem num banco de parto têm menor probabilidade de manter integridade do trato genital após o parto; mulheres com PVAC podem ter risco aumentado de laceração perineal severa quando parem no banco de parto.

Limitações	Falta de dados sobre posições de parto específicas, aceleração do 2º estágio do trabalho de parto e técnicas de expulsão. Ausência de registo sobre tempo despendido no banco de parto
-------------------	--

Apêndice IV – Síntese dos principais resultados da *SR*

Apêndice IV – Síntese dos principais resultados da SR

Principais resultados	
Tipo de parto	Aumento da incidência de parto normal. Redução da incidência de parto instrumentado. Redução da incidência de cesarianas (efeito não significativo em mulheres sem analgesia epidural)
Duração do TP	Redução da duração do 1º e 2º estádios do TP.
Maternos	Aumento da sensação de controlo e satisfação materna; Melhoria da experiência de parto. Diminuição do nível de dor percebido. Redução do uso de analgesia epidural. Posições verticais no 2º estágio do TP: - redução do edema vulvar; - diminuição da incidência de episiotomia; - aumento de lacerações perineais de grau I e II (posição de cócoras associada a risco 2x superior, em primíparas; efeito não significativo em mulheres sem analgesia epidural); - menor incidência de lacerações perineais de grau III e IV (efeito protetor da posição 4 apoios); - aumento da incidência de hemorragia pós-parto >500ml.
Fetais/RN/neonatais	Diminuição da persistência da variedade occipito-posterior. Redução da incidência de FCF anormal. Diminuição da incidência de pH baixo à nascença.

Apêndice V –
Ciclo Parir em Movimento: Anatomía Funcional para el Parto Fisiológico®

Apêndice V – Ciclo *Parir em Movimento: Anatomía Funcional para el Parto Fisiológico*®

O Curso *Ciclo Parir em Movimento: Anatomía Funcional para el Parto Fisiológico*®, desenvolvido de acordo com o Método Núria Vives e ministrado pela própria, foi composto por quatro módulos, decorridos entre Novembro de 2018 e Março de 2019, num total de sessenta horas de contacto. Direccionado a EEESMO's e outros profissionais de saúde que acompanham a gravidez e o parto, apresenta-se como um método integral de preparação para o parto que se fundamenta em conhecimentos anatómicos e fisiológicos, para possibilitar à mulher grávida/ao casal o desenvolvimento da confiança e da segurança no parto normal. Tendo como premissa o parto fisiológico, potencia a forma como a mulher entra em contacto com o corpo, como integra as mudanças que vão ocorrendo durante a gravidez e como incorpora, gradualmente, o bebé que cresce dentro de si, permitindo preparar-se física, sensorial e emocionalmente para o parto, com base no conhecimento, no respeito, na ternura e no contacto (Vives, [s.d]b). Surge, assim, como uma estratégia inovadora, desmistificando a capacidade da pélvis feminina para se mobilizar e transformar durante o parto e facilitar, consideravelmente, a passagem do feto.

Ao longo dos vários módulos, a autora recorre a uma pedagogia participativa, dinamizadora e respeitosa que convida a uma reconciliação com a aridez da anatomia descritiva, de forma a assimilar e a integrar os conhecimentos adquiridos através da prática do movimento (Vives, [s.d]a).

Um dos principais conceitos integrados foi o de “pélvis livre”. Recorrendo à experimentação, à percepção sensorial e a momentos de *brainstorming* pude aumentar a minha consciencialização da capacidade da pélvis se mover nos três planos anatómicos, de se transformar e adaptar à cabeça fetal e, conseqüentemente, dos movimentos intrínsecos (notação e contranotação sacra e ilíaca) e extrínsecos (supinação e pronação ilíaca) que poderão ser sugeridos, para o potenciar (Calais-Germain e Parés, 2009). Através do trabalho a pares, de auscultação interior e de reflexão, constatei a importância da sensação, de valorizar o que o outro diz e sente e de como o EEESMO deve utilizar as mãos enquanto órgão de percepção e não agente de vontade, em resposta à sensação da parturiente. Simultaneamente, entendi a importância de estimular a mulher a verbalizar as suas necessidades e de gerir o seu significado entre o casal, favorecendo o papel do companheiro no TP.

Outras das ferramentas adquiridas, incluíram estratégias e recursos para facilitar a evolução do parto, designadamente: análise e prática de manobras externas que o EEESMO poderá propor à mulher em TP, com ou sem epidural; forças que podem alterar a forma da pélvis durante o parto; utilização da suspensão; práticas que o EEESMO poderá sugerir, com ou sem colaboração do companheiro, quando a mulher se encontra em posição de litotomia; utilização da respiração ao longo do TP e forças que atuam no período expulsivo; análise do impacto que as diferentes posição de parto exercem sobre o períneo e estratégias para potenciar a distensão do mesmo.

Sendo o respeito pela individualidade do outro uma preocupação constante na minha atuação quotidiana enquanto enfermeira e um princípio inerente à conduta do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019), o discurso pela positiva, cuidado e sensível fomentado ao longo da formação foi outra das práticas que tive oportunidade de sedimentar. Com efeito, assumindo a vertente holística do ser humano, foi também possível efetuar uma avaliação da linguagem utilizada durante o parto, oferecendo como propostas o respeito, a escuta e a aceitação das necessidades e do ritmo próprio de cada mulher. Recorrendo a um discurso positivo, o EEESMO pode dar sentido ao movimento utilizado pela parturiente, auxiliando-a a colaborar com o bebé na passagem pelo canal de parto.

A experiência proporcionada pela participação na formação, constituiu um enorme enriquecimento para o meu percurso pessoal e profissional, enquanto futura EEESMO, permitindo-me não só aprofundar e articular conhecimentos adquiridos através da frequência das UC contempladas no plano curricular do CMESMO, e do mapeamento da evidência científica empreendido, mas também munir-me de estratégias para me adaptar às necessidades de cada mulher/casal, fomentar a sua confiança no processo fisiológico de parir e, conseqüentemente, a oportunidade de vivenciar um parto normal e consciente.

Apêndice VI – Descrição e análise crítica da semana de observação participante decorrida no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, do CHPVVC

Apêndice VI – Descrição e análise crítica da semana de observação participante decorrida no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, do CHPVVC

A observação decorreu na primeira semana do estágio, em contexto de bloco de partos, pretendendo que a mesma me possibilitasse o desenvolvimento de aprendizagens significativas, decorrentes da reflexão sobre a prática vivida e experienciada, capazes de influenciar positivamente o decurso do restante estágio.

O Serviço de Obstetrícia do CHPVVC é constituído pela consulta pré-natal, pelos internamentos de Medicina Materno-Fetal e de Puerpério, pela Sala de partos e pelo Bloco de partos. A sua equipa multidisciplinar elegeu como prioridade e missão do atendimento que disponibiliza – “Cuidar, humanizando.”. Efetivamente, esta é uma visão partilhada e implementada pelos diferentes profissionais que contribui, desde logo, para a qualidade dos cuidados e para a satisfação dos clientes. Como referem McCormack & McCance (2010) e McCance, McCormack & Slater (2020), uma equipa coesa, capaz de partilhar um propósito, pode ser muito poderosa, pelo que assegurar a clareza de crenças e valores permitirá estabelecer uma visão partilhada, elemento basilar para a implementação de uma prática de cuidados centrada na pessoa.

Através da interação estabelecida, comprovei como a humanização pretendida se cruza inteiramente com a implementação de um modelo de cuidados centrado na mulher/família, tal como advoga a OMS, nas recomendações recentemente emanadas (WHO, 2018). Este documento evidencia a importância da experiência de cuidado para assegurar cuidados de elevada qualidade no trabalho de parto e para melhorar os *outcomes* centrados na mulher, advertindo para a necessidade de os sistemas de saúde implementarem um modelo de cuidados intraparto capaz de capacitar as mulheres a acederem ao tipo de cuidados de que necessitam e desejam (WHO, 2018). Como referiu Irene Cerejeira, enfermeira-chefe do serviço mencionado, “Não colocamos o casal no centro dos cuidados ao acaso. É uma prática fundamentada, que temos implementado de forma gradual, com muita formação dos profissionais” (RI1). E, de facto, pude constatar a existência de uma cultura intrínseca, a qual coloca a experiência humana no centro da prestação de cuidados, tendo por base um nível de respeito muito elevado (intradisciplinar, interdisciplinar e para com os clientes), a aceitação dos limites do outro e o espírito de equipa, como o comprovam as afirmações de alguns dos profissionais: “O que

interessa é que se sintam envolvidos e respeitados!” (RI2); “O que importa é respeitar e estar presente!” (RI6).

Como foi especificado no capítulo do enquadramento teórico, a teoria de ECP, define que o cuidar deve ser sustentado através de valores como o direito individual à autodeterminação, sendo possibilitado por culturas de *empowerment* que promovam abordagens contínuas para o desenvolvimento da prática (McCormack & McCance, 2010, 2017). Paralelamente, a OMS recomenda a implementação de cuidados de maternidade respeitosos, que potenciem escolhas informadas e suporte contínuo durante o trabalho de parto e o nascimento (WHO, 2018).

Neste sentido, o Serviço de Obstetria disponibiliza diferentes serviços de preparação para o parto e parentalidade, abertos a quem o desejar, nomeadamente: CPPP composto por nove sessões no solo e sessões em meio aquático; Consulta de Plano de Parto (CPP); *workshops* de Amamentação; sessões de Recuperação no Pós-parto; e *workshops* de Massagem Infantil.

Ao longo da semana de observação, tive o privilégio de assistir a três sessões do CPPP, uma delas em meio aquático, constatando a ênfase colocada no *empowerment* das mulheres, afirmando a sua própria força e as suas competências pessoais, reconhecendo o direito das mesmas a efetuar escolhas esclarecidas e a serem participantes ativas (ICM, 2014a, 2017b; Prosser, Barnett & Miller, 2018; WHO, 2018). Como realçam McCormack & McCance (2010), saber maximizar a autonomia individual é uma consideração chave nos cuidados de enfermagem centrados na pessoa. Tal é expresso em diferentes declarações dos profissionais: “Ao longo da caminhada, nas várias sessões, pretendemos que percebam aquilo com que se identificam, o que gostam, desmistificar medos e ajudar-vos a delinear um plano A e um B, para que no momento do parto possam viver uma experiência boa, feliz e positiva”; “O nosso objetivo é promover uma preparação física e mental para o vosso trabalho de parto”; “Queremos que construam perspetivas realistas. A equipa vai responder aos vossos desejos, mas pode existir sempre uma área de surpresa” (RI3); “Ninguém se vai colocar na vossa decisão”; “Perguntem, é o vosso corpo, é o vosso trabalho de parto!” (RI4).

Nesta mesma linha, a CPP, disponibilizada a todos os casais, constitui uma oportunidade ímpar para o estabelecimento de uma comunicação efetiva e para a individualização dos cuidados, possibilitando conhecer e discutir opções de parto que vão ao encontro dos valores de cada mulher e promover escolhas concretas

para os diferentes estádios do TP. Numa ótica de ECP, esta permite desenvolver processos de negociação que acautelem valores individuais, gerando uma base legítima para a tomada de decisão e assegura que os utilizadores se tornem os atores principais na construção do seu plano de cuidados (McCormack & McCance, 2010; McCance, McCormack & Slater, 2020). Como pude constatar nas duas consultas em que estive presente, isto mesmo é reforçado pelas enfermeiras no decurso da interação: “Nós aqui queremos acompanhar as vossas preferências e tentamos que sejam vocês a decidir, dando-vos as informações.”; “Isto é um plano, não é vinculativo. Isto é para conhecermos as vossas preferências, para depois irmos ajustando ao longo do vosso trabalho de parto.” (RI7). De referir que esta prática profissional, baseada na evidência e capaz de promover o *empowerment*, apoio e *advocacy* é valorizada e reconhecida pelos clientes. Como um deles referiu: “Nunca recebemos tanta e tão boa informação!”; “Obrigada, vou daqui encantada!” (RI8).

Quer o CPPP quer a CPP englobam ainda a visita ao Serviço de Obstetrícia, facultando aos casais a possibilidade de conhecerem todo o espaço físico e o percurso esperado aquando do internamento, o que contribui para diminuir o confronto com o desconhecido, fomentando a confiança. Durante a visita, os casais são incentivados a trazerem para o momento do parto objetos pessoais, de forma a que aquele espaço que será seu adquira um ambiente mais íntimo, acolhedor e familiar.

Em todos estes momentos, é possibilitada a presença de um convivente significativo da mulher, prática não clínica, com relação custo benefício comprovada, considerada essencial para otimizar a qualidade dos cuidados, a experiência de parto e, conseqüentemente, para atingir *outcomes* centrados no paciente (McCormack & McCance, 2010, 2017; WHO, 2015a, 2018). Esta permite ainda estreitar laços, promovendo uma vivência saudável da conjugalidade a par e passo com a transição para a parentalidade. Como uma grávida partilhou: “Esta preparação ajuda-me muito pois, além de partilhar experiências com outros casais, promove a proximidade com as enfermeiras e mesmo com o meu marido, o que me dá muita tranquilidade.” (RI11).

Todos os serviços são dinamizados por EEESMO's, tal como preconizado pelos organismos reguladores a nível nacional e internacional (OE, 2015b; ICM, 2017^a; MCEESMO, 2017). Este facto contribui para o estabelecimento de relações terapêuticas entre profissionais, pacientes e pessoas significativas, construídas com

base na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento, requisitos já mencionados como necessários para o cuidado centrado (McCormack & McCance, 2010, 2017). Concomitantemente, responde a uma das recomendações da OMS, de acordo com a qual, devem ser implementados modelos de continuidade de cuidados liderados por EEESMO's, nos quais um pequeno grupo apoia a mulher num contínuo desde o pré-natal, ao intra-parto e pós-parto (WHO, 2018).

Como é notório ao longo da descrição e análise efetuada, a implementação de uma prática baseada na evidência é um fator preponderante da conduta da equipa interdisciplinar, existindo um investimento em cuidados cientificamente comprovados como benéficos para a mãe e para o RN. Neste âmbito, assumem um enorme respeito pela natureza e pela fisiologia do parto, dando primazia ao parto normal e colocando para segundo plano intervenções de cariz cirúrgico, médico ou farmacêutico, atualmente consideradas desnecessárias, tal como recomendado em diversas *guidelines* (ACNM, 2015; ICM, 2014c; OE & APEO, 2012; WHO, 2018). Efetivamente, na sala de partos, tive a oportunidade de assistir a diversas situações que traduzem esta atitude: “Temos que dar tempo ao nosso corpo, não podemos apressar as coisas.” (RI5); “Não vamos precipitar, aguardamos que entre em fase ativa” (RI9); “Na obstetrícia os relógios não têm ponteiros. Aqui não podemos ter pressa” (RI10).

Em linha com as *guidelines* referenciadas, implementam de forma sistemática práticas que promovem a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e a adoção de posições verticais, respeitando a posição de parto da escolha individual de cada mulher. Para tal, dispõem de diversos instrumentos de auxílio às posições e à mobilidade, nomeadamente: bola de nascimento, *Peanut ball*®, *CUB – Comfortable, Upright Birth*®, banco de parto e cama de parto articulada com arco. São também facultados outros métodos para alívio da dor, entre os quais: hidroterapia (através de duche ou imersão), musicoterapia, aromaterapia, Rebozzo, massagem ou aplicação de calor. Não obstante a panóplia de opções não farmacológicas apresentadas, encontra-se também disponível analgesia locorregional, cujo regime terapêutico é ajustado de forma a possibilitar uma *walking epidural*. De referir que, a auscultação da FCF é, muitas vezes, efetuada de forma intermitente e que a perfusão de soroterapia não é iniciada por rotina, sendo privilegiada a hidratação oral. Quando a mulher se encontra no período expulsivo do segundo estágio, esta é encorajada a seguir a sua própria necessidade de puxar.

De acordo com dados estatísticos a que pude aceder, no ano de 2018, a taxa de cesarianas deste serviço rondou os 28%, valor superior aos 10% estipulado pela OMS (2015c), mas inferior à média nacional registada em 2018, de 34,1% (PORDATA, 2019). Paralelamente, no mesmo ano, a taxa de episiotomia rondou os 3%, percentagem consideravelmente inferior aos 54,1% registados, em 2015, no restante país e abaixo da meta de 5%, proposta pela ACOG (OPSS, 2018). Estes dados traduzem resultados concretos que advêm da implementação de boas práticas baseadas na evidência atual (Lawrence, et al., 2013; Gizzo, et al., 2014; Gupta, et al., 2017; Morrall & Beach, 2017; Deliktas & Kukulo, 2018; Londonõ, et al., 2018; Prosser, Barnett & Miller, 2018;).

De ressaltar que tive o privilégio de partilhar esta experiência com duas colegas do CMEESMO, propiciando momentos de discussão que se revelaram fulcrais.

Apêndice VII – Análise de Conteúdo

Apêndice VI – Análise de Conteúdo

O método selecionado para proceder à análise das interações de cuidados e à extração dos resultados provenientes da aplicação da temática em estudo, foi o método de análise de conteúdo, amplamente utilizado no campo das ciências sociais e humanas (Bardin, 2015).

Laurence Bardin descreve a análise de conteúdo como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”, oscilando “entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (Bardin, 2015, p.11). Esta surge assim como um método empírico de análise das comunicações que pretende compreender o que está para além das palavras e efetuar deduções lógicas e justificadas, através do tratamento da informação contida nas mensagens, para o qual recorre a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição (Bardin, 2015).

De acordo com a autora, a aplicação técnica do método compreende três fases: pré-análise, etapa de organização, durante a qual as ideias iniciais são operacionalizadas e sistematizadas; exploração do material, período de análise em que decorre a aplicação sistemática das decisões tomadas; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, correspondente ao tratamento dos dados de forma a que os mesmos se tornem significativos e válidos (Bardin, 2015).

No âmbito do presente relatório, a fase de pré-análise diz respeito ao desenvolvimento da *SR* e respetiva síntese da evidência científica sobre o tema, a partir da qual foi construído o instrumento de registo de interação de cuidados apresentado no Apêndice VII. A aplicação sistemática do instrumento referido, permitiu reunir os resultados da utilização da liberdade de movimentos no TP, constituindo o *corpus* de análise. Este último procurou responder aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência enumerados por Bardin (2015), de modo a potenciar a validade e confiabilidade dos resultados obtidos.

Na fase seguinte, de exploração do material, procedeu-se à codificação dos dados em unidade de registo, isto é, segmento de conteúdo a considerar como unidade base (Bardin, 2015) e, conseqüente agregação em categorias, cuja definição foi sustentada nos resultados da *SR*.

Na última fase, de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, efetuou-se a análise dos resultados obtidos, à luz da evidência científica explicitada no enquadramento teórico e nos resultados da *SR*.

Apêndice VIII – Instrumento de registo de interação

INSTRUMENTO DE REGISTO DE INTERAÇÃO – Estágio com Relatório

Idade: _____ Raça: _____ H. literárias: _____

A. Pessoais: _____

A. Obstétricos IO: _____ **Peso:** _____ **Altura:** _____

Partos anteriores

Data	IG	Peso	Sexo	Local
Tipo de parto		Posição de parto		Episio/Lac
Liberdade de Movimentos				
Complicações				
Experiência de parto				

Gravidez atual

IG	Simples	Múltipla	Local vigilância	Nº Consultas
Complicações da gravidez				
Curso Preparação para Parto e Parentalidade (CPPP)	Sim	Não	Local	
	Temas abordados		Vantagens movimento	
			Posições verticais	
			Instrumentos de auxílio	
Plano de parto	Elaborado		Sim	Não
	Discutido profissionais		Sim	Não
	Implementado		Sim	Não
Conhece vantagens associadas ao movimento e mobilidade no TP?				
Conhece diferentes posições que pode adotar durante TP?				
Conhece diferentes posições que pode adotar no 2º estágio TP?				

Parto

Liberdade de movimentos	Mudança posição	Sim	Não	Balanço rítmico	Sim	Não
	Deambulação	Sim	Não	Em pé	Sim	Não
	Instrumentos de auxílio ao movimento	Sim	Não	Quais?		
	Instrumentos de auxílio às posições	Sim	Não	Quais?		
Hidroterapia	Musicoterapia	Massagem	Calor	T. respiratórias	Aromoterapia	
Duração 1ºE	Duração 2ºE	CTG	Dequitação	Episiotomia/Laceração		
Analgésia		Posição de parto				
RN Sexo	Peso	IA	Variedade			
Acompanhamento durante TP						
Complicações						

Considera que teve liberdade para se movimentar ao longo do trabalho de parto?
O que contribuiu para ter liberdade de movimentos?
O que restringiu a liberdade de movimentos?
Considera que teve autonomia para escolher a posição de parto? Porquê?
O que facilitou e/ou inibiu a escolha da posição de parto?
Sentiu que a posição de parto a ajudou?
Voltaria a escolher a mesma posição de parto?
Qual a importância da alternância de posições/liberdade de movimentos para a experiência de parto?
Como considera que foi a sua experiência de parto?
Considera que foi envolvida nas decisões ao longo do seu trabalho de parto? Porquê?
Considera que a sua vontade foi respeitada? Porquê?

**Apêndice IX – Caracterização e análise crítica do contexto de estágio de
bloco de partos**

Apêndice XI – Caracterização e análise crítica do contexto de estágio de bloco de partos

O estágio em contexto de BP teve lugar num hospital de apoio perinatal (HAP) da área da grande Lisboa, o qual, no ano de 2018, assegurou a assistência em 2634 partos, a partir das vinte e oito semanas de IG, dos quais 53,46% corresponderem a partos eutócicos, 29% a cesarianas e os restantes 7,54% a partos instrumentados por ventosa ou fórceps. Este encontra-se munido de recursos humanos e materiais para a assistência à gravidez, parto e RN, de acordo com o estipulado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (PORTUGAL, 2001), garantindo serviços de urgência e de internamento vinte e quatro horas por dia, com a presença física permanente, de uma equipa multidisciplinar composta por obstetras, pediatras, anestesistas, EEESMO's, enfermeiros generalistas e assistentes operacionais.

A equipa de enfermagem é mista, estando escalados, habitualmente, dois ou três enfermeiros generalistas e três EEESMO's, dos quais um fica afeto ao SUOG. Logo, o rácio de assistência intraparto pode ser de um para três, independentemente do estágio do TP em que a mulher se encontre, o que fica muito aquém das dotações seguras determinadas pela MCEESMO, correspondente a um para dois, durante o primeiro estágio e, a um para um, no segundo estágio do TP (MCEESMO, 2017). Paralelamente, não obedece às recomendações internacionais que preveem o apoio contínuo de um para um (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; ICM, 2017; RCM, 2018; WHO, 2018c). Tal facto surge, desde logo, como um constrangimento à implementação de um modelo de cuidados centrado na mulher, traduzido no recurso a práticas mais interventivas, como por exemplo a cardiotocografia contínua ou o uso de analgesia locorregional, por indisponibilidade para investir em técnicas não farmacológicas para o alívio da dor em TP.

O SUOG conta com a presença permanente de um EEESMO, o qual assegura a prestação de cuidados em serviço de observação. A oportunidade de intervir neste serviço revelou-se desafiante, implicando não só a mobilização articulada de múltiplas competências específicas desenvolvidas nos restantes contextos da UC-ER, mas também a capacidade de juízo crítico e de tomada de decisão perante situações complexas, sem descurar a importância de estabelecer uma comunicação efetiva, de efetuar uma colheita de dados completa e de assegurar o respeito pela individualidade e privacidade de cada cliente.

No decurso da primeira semana, observei a organização do espaço físico e do equipamento, identificando os recursos técnicos e materiais disponíveis para a prestação direta de cuidados. Alguns dos aspetos a que prestei particular atenção incluíram a identificação da dinâmica da unidade, através da consulta de documentação relevante sobre o seu funcionamento, a identificação do método de distribuição de trabalho e a identificação dos elementos constituintes da equipa multidisciplinar e das relações de articulação que estabelecem. Como referem McCormack & McCance (2010, 2017), os relacionamentos efetivos entre profissionais e a existência de sistemas organizacionais que forneçam suporte constituem elementos do ambiente de cuidados, constructo da ferramenta proposta pelos autores para atingir *outcomes* centrados na pessoa. A integração gradual desencadeada no contexto permitiu-me adquirir autonomia para cooperar, negociar e articular as situações de cuidados com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade dos mesmos, como previsto nas competências “1.h” e “1.l” definidas pela ICM (2019) e na competência “C1” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Procurei também compreender o circuito preconizado para cada cliente, dentro do Departamento da Mulher, aspeto potenciado pela possibilidade de realizar alguns turnos no SUOG.

O BP onde decorreu o ER é constituído por sete quartos de parto, dois blocos operatórios, uma sala de recobro, uma sala de reanimação do RN, dois gabinetes de enfermagem e dois gabinetes médicos, respondendo aos requisitos convencionados pela DGS (PORTUGAL, 2001). Os quartos de parto dispõem de material para a vigilância do bem-estar materno-fetal, cama obstétrica adaptável a diferentes posições, marquesa de reanimação neonatal e casa-de-banho privativa, com duche, aspetos também acautelados pela DGS (PORTUGAL, 2001) e reiterados pela OMS (WHO, 2018c).

O *Royal College of Midwives* (RCM) (2018) e Setola, Naldi, Cocina, Eide, Iannuzzi & Daly (2019), expõem o impacto que a cultura organizacional, na qual se inclui o ambiente arquitetónico, assume no grau de intervencionismo intraparto. Estes autores constataram que a flexibilidade do quarto de parto, a capacidade de se adaptar às necessidades da mulher ao longo do TP, contribui para sentimentos de privacidade e segurança, suportando o processo fisiológico do parto (RCM, 2018; Setola, *et al.*, 2019). Concomitantemente, McCormack & McCance (2010, 2017)

referem que a estrutura e a qualidade estética do ambiente físico, se interrelacionam com o sentimento de pertença e de conexão com o mundo, tornando-se, portanto, uma consideração chave para um cuidar centrado na pessoa. Neste sentido, cada quarto, do referido BP, dispõe de mobiliário móvel e de espaço suficiente para permitir que seja moldado e reorganizado de acordo com as necessidades de cada mulher. Contudo, constatei que tal potencialidade não é explorada. A cama de parto encontra-se posicionada no meio do quarto, impondo-se como elemento fulcral e incitando de imediato à sua utilização, ao contrário do recomendado pelo RCM (2018). Cumulativamente, a porta de entrada localiza-se num ponto central, sem atender à configuração interna do mobiliário, aspeto também valorizado no estudo desenvolvido por Setola, et. al. (2019), que constitui uma ameaça à privacidade dos pacientes. Estes são pontos passíveis de melhoria em detrimento de um cuidado mais individualizado.

Reconhecendo a facilitação do processo normal do parto no contexto institucional e a promoção e proteção da privacidade como competências esperadas no EEESMO, como advogam a ICM (2019) e a OE (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, 2019), dever também consagrado no artigo 86.º, da Deontologia Profissional de Enfermagem (DPE) (OE, 2015a), no decurso do ER tive a oportunidade de suscitar reflexão sobre os aspetos supramencionados com a OL e mesmo com a enfermeira chefe da unidade, discutindo em conjunto soluções concretas, como, por exemplo, a colocação de cortinas para obstruir o campo de visão.

Ainda no que diz respeito ao ambiente físico, McCormack & McCance (2010), RCM (2017, 2018) e Setola, et al. (2019), enaltecem a importância dos elementos sensoriais para a criação de uma atmosfera calma e relaxante e para atender à individualidade da mulher em TP, com respetivos benefícios fisiológicos. Assim, os quartos de parto possuem diferentes pontos de luz, ar condicionado e sistema de som, elementos que cada paciente pode regular de forma autónoma. Tendo como foco a promoção do parto normal, com recurso ao cuidado centrado e à liberdade de movimentos e como estratégia para otimizar o exercício da autonomia individual, procurei discutir com cada mulher/CS a possibilidade de adaptar o quarto de parto de acordo com as suas necessidades, explicando-lhes os elementos disponíveis, a forma de os regular e estimulando-os a tal, como recomenda o RCM (2018).

Nome do ficheiro: Relatório CMESMO.Inês Correia, 676.docx
Diretório: /Users/inescorreia/Library/Containers/com.microsoft.Word/Data/Documents
Modelo: /Users/inescorreia/Library/Group Containers/UBF8T346G9.Office/User Content.localized/Templates.localized/Normal.dotm
Título:
Assunto:
Autor: Utilizador do Microsoft Office
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 10/11/20 13:55:00
Número da alteração: 2
Guardado pela última vez em: 10/11/20 13:55:00
Guardado pela última vez por: Utilizador do Microsoft Office
Tempo total de edição: 1 Minuto
Última impressão: 10/11/20 13:55:00
Como a última impressão completa
Número de páginas: 154
Número de palavras: 35 847 (aprox.)
Número de caracteres: 208 632 (aprox.)