



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO
JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**MOVER PARA MELHOR NASCER:
LIBERDADE DE MOVIMENTOS E
POSIÇÕES VERTICAIS NO PRIMEIRO
ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO**

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Orientação: Professora Doutora Maria Otilia Brites
Zangão

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO
JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**MOVER PARA MELHOR NASCER:
LIBERDADE DE MOVIMENTOS E
POSIÇÕES VERTICAIS NO PRIMEIRO
ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO**

Ana Cristina Canhoto Ferrão

**Orientação: Professora Doutora Maria Otilia Brites
Zangão**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2016

Sou mulher, sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.
Se parir faz parte da natureza,
Que esta força seja respeitada.

Respeitada pelos homens e por mim mesma,
pois fazemos a humanidade crescer.
Que as cesarianas, as induções e a tecnologia,
sejam usadas com magia e saber.

Saber que os médicos dominam,
e nós, mulheres também.
Conhecendo o nosso corpo e instinto,
sabemos mais do que ninguém.

Portanto, mulheres é hora
de parir como e com quem quiser.
Se durante a noite ou na aurora,
a ordem é esperar quando vier.

Chega de intervir na natureza!
As mulheres precisam compreender,
receber o bebê no coração,
experimentar o “dar à luz e renascer.”

Lívia Pavitra, disponível em:
<http://www.amigasdoparto.com.br>



RS
16

Imagem, gentilmente, desenhada pela
grande amiga Sandra Risso.

Aos meus avós, Ana, Maria e Manuel,
pelas coisas tão simples e tão belas,
que me conseguiram transmitir.
As saudades da vossa presença são imensas...

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho traduz um percurso, inevitavelmente, caracterizado por avanços e recuos, por conquistas e frustrações, por dúvidas e certezas, próprias de um processo de implementação de um projeto. Desejo expressar, por isso, o meu agradecimento a todos aqueles que permitiram que o mesmo se tenha tornado numa agradável realidade.

À Sra. Professora Doutora Maria Otília Brites Zangão, a minha gratidão pela oportunidade da sua orientação, pela perfeita simbiose que conseguiu estabelecer comigo ao longo da consecução deste trabalho, formulando valiosas sugestões e críticas e pela sua extrema exigência, empenho e dedicação que ultrapassaram as fronteiras do formalismo pedagógico devido, ao saber aliar o melhor do seu excecional relacionamento com o profissionalismo que a caracteriza.

À Enfermeira Sandra Risso, querida amiga, pela motivação, dedicação, pertinentes discussões teóricas e por todo o apoio nos momentos mais angustiantes.

Aos meus amigos de sempre, Dra. Filipa Barradas, Ana e Luís Miranda, Carla Barroso, Cristina Castanho, Elsa Guerra, Inês Abrantes, Irene Cristina, João Pedro e Sílvia Lourenço, pela sua imprescindível boa disposição, incentivo e apoio incondicional.

Às Senhoras Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial, minhas colegas de profissão, pela colaboração na aplicação prática da metodologia inerente à pesquisa em estudo.

Uma palavra de imensa gratidão para todas as grávidas e parturientes que através da sua participação tornaram possível a realização deste trabalho.

Especialmente ao Bruno, amigo e companheiro, que me demonstrou mais uma vez que o amor verdadeiro baseado na compreensão mútua permite superar todos os obstáculos.

Finalmente, aos meus pais e ao meu irmão, que suportaram corajosamente a minha menor disponibilidade e me estimularam continuamente nesta caminhada de realização pessoal e profissional, um emocionado Bem Hajam.

RESUMO

TÍTULO: Mover para Melhor Nascer – Liberdade de Movimentos e Posições Verticais no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto.

A Organização Mundial de Saúde destaca a deambulação e a adoção de posições verticais pela parturiente, como práticas demonstradamente benéficas, devendo ser estimuladas pela enfermeira obstetra na condução do trabalho de parto e parto normal, em situações de baixo risco obstétrico. O projeto preconizou a promoção da deambulação e o incentivo à adoção de posições verticais na fase ativa do trabalho de parto. As intervenções de enfermagem na promoção destas práticas foram avaliadas na equipa de enfermeiros obstetras do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial e num grupo de parturientes, através da aplicação de questionários. As necessidades dos enfermeiros obstetras e das parturientes determinaram a realização de ações formativas e educacionais e a elaboração de materiais informativos de suporte à prática assistencial. A avaliação do projeto demonstrou que ainda existem práticas a serem melhoradas, sendo a sua continuidade vantajosa para profissionais e parturientes.

DESCRITORES (DeCS): Deambulação Precoce; Modalidades de Posição; Trabalho de Parto; Enfermeira Obstetra; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

TITLE: Move to Better Birth - Freedom of Movement and Upright Positions in First Stage of Labor.

The World Health Organization highlights ambulation and adoption of vertical position by the woman, as demonstrated beneficial practices and should be encouraged by obstetric nurses in the conduct of obstetric labor and normal delivery, in low risk situations. The project advocated for the promotion of ambulation and encouragement for the adoption of vertical positions in the active phase of labor. Nursing interventions to promote these practices were evaluated in the obstetric nurses team of Obstetric and Gynecological Emergency Department from Hospital Center Barreiro-Montijo, Business Public Entity, and in a group of women in labor, through the use of questionnaires. The needs of obstetric nurses and women in labor determined the realization of training and educational activities and the development of information materials to support the care practice. The project evaluation demonstrates that there are still practices to be improved, and its continuity being advantageous for professionals and women in labor.

DESCRIPTORS (DeCS): Early Ambulation; Modalities, Position; Labor, Obstetric; Obstetric Nurse; Nursing Care.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	19
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.....	19
2.1.1. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.....	21
2.1.2. Caracterização da População de Grávidas/Parturientes que recorrem ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.....	23
2.1.3. Análise da Casuística de Partos no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.....	24
2.1.4. Descrição da Metodologia de Assistência ao Primeiro Estádio do Trabalho de Parto no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica	26
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	29
2.2.1. Caracterização dos Recursos Humanos	29
2.2.2. Caracterização dos Recursos Materiais	31
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	32
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	35
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	35
3.1.1. Caracterização da População-Alvo de EESMO	36
3.1.2. Caracterização da População-Alvo de Parturientes	37
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO..	38
3.2.1. Necessidades Específicas da População-Alvo de EESMO	40
3.2.2. Necessidades Específicas da População-Alvo de Parturientes	48
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO	53

3.3.1. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo de EESMO	53
3.3.2. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo de Parturientes	56
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	61
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	63
4.1. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	63
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	63
4.2.1. Objetivos a Atingir com a População-Alvo de EESMO	64
4.2.2. Objetivos a Atingir com a População-Alvo de Parturientes	66
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	67
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	67
5.1.1. Fundamentação das Intervenções – População-Alvo de EESMO	68
5.1.2. Fundamentação das Intervenções – População-Alvo de Parturientes ...	71
5.2. METODOLOGIAS	73
5.2.1. Metodologia – Fase de Preparação	73
5.2.2. Metodologia – Fase de Diagnóstico da Situação	74
5.2.3. Metodologia – Fase de Implementação	74
5.2.4. Metodologia – Fase de Avaliação	76
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	77
5.3.1. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas – População-Alvo de EESMO	77
5.3.2. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas – População-Alvo de Parturientes	79
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	80
5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	80
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	81
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	82

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	83
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	83
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	87
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	89
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	90
8. CONCLUSÃO	93
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	118
Apêndice A: Proposta de Projeto do Estágio Final.....	119
Apêndice B: Questionário Aplicado à Equipa de EESMO do CHBM, EPE.....	125
Apêndice C: Questionário Aplicado às Parturientes do SUOG do CHBM, EPE.....	133
Apêndice D: Análise Textual.....	143
Apêndice E: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – EESMO.....	152
Apêndice F: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – Parturientes.....	154
Apêndice G: Apresentação do Projeto Mover para Melhor Nascer – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Diapositivos da Sessão Informativa.....	156
Apêndice H: Apresentação dos Resultados dos Questionários Aplicados à Equipa de EESMO – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Diapositivos da Sessão Informativa	168
Apêndice I: Benefícios da Liberdade de Movimentos e de Posicionamento Vertical no Primeiro Estádio do TP – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Dispositivos da Sessão Formativa	189
Apêndice J: Folhetos – (1) “Mover para Melhor Nascer” / (2) “Mudar de Posição para Melhor Nascer”	204

Apêndice K: Apresentação dos Resultados Estatísticos do Estudo com a População-Alvo de Parturientes – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Dispositivos da Sessão Informativa.....	207
Apêndice L: Divulgação do Projeto – (1) Janela <i>Pop-up</i> / (2) Página <i>Web</i> do CHBM, EPE	231
Apêndice M: Brochura – “Posições para a Fase de Dilatação”	234
Apêndice N: <i>Poster</i> – “Mover para Melhor Nascer”	237
Apêndice O: Benefícios da Liberdade de Movimentos e do Posicionamento Vertical no Primeiro Estádio do TP – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde.....	239
Apêndice P: Matriz de Registo de Dados – Estudo das Parturientes.....	249
ANEXOS	251
Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Projeto	252
Anexo B: Autorização Institucional para Aplicação do Projeto	254
Anexo C: Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE para Aplicação do Projeto	256
Anexo D: Autorização da FAME – Uso de Imagens.....	258
Anexo E: Circular Informativa – CHBM, EPE	260

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos concelhos da Península de Setúbal.....	19
Figura 2 – Gráfico: Distribuição do número de partos no SUOG do CHBM, EPE (2010 a 2015).....	24
Figura 3 – Gráfico: Distribuição do tipo de parto no SUOG do CHBM, EPE (2010 a 2015).....	25
Figura 4 – Gráfico: Relação entre o tipo de parto (natural ou induzido) e o profissional responsável pelo parto.....	26
Figura 5 – Gráfico: Relação entre a taxa de deambulação e a fase do primeiro estágio do TP.....	28
Figura 6 – Gráfico: Relação entre a taxa de adoção de posições verticais e a fase do primeiro estágio do TP.....	29
Figura 7 – Gráfico: Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente.....	41
Figura 8 – Gráfico: Posições recomendadas pelos EESMO.....	45
Figura 9 – Gráfico: Posições adotadas pelas mulheres (opinião dos EESMO).....	46
Figura 10 – Gráfico: Posições adotadas no primeiro estágio do TP.....	51
Figura 11 – Gráfico: Posições de conforto no primeiro estágio do TP (opinião das mulheres).....	52
Figura 12 – Recursos envolvidos no projeto.....	80
Figura 13 – Estratégia orçamental do projeto.....	81
Figura 14 – Diagrama: Cronograma de Atividades.....	82
Figura 15 – Gráfico: Evolução das taxas de deambulação e adoção de posições verticais na FA do primeiro estágio do TP.....	84

1. INTRODUÇÃO

Há cerca de cinco milhões de anos, o aparecimento do bipedismo e da postura ereta entre a classe dos homínídeos promoveu uma transformação na pelve feminina, em que o desenvolvimento do promontório sacral, que tornou o canal de parto mais longo e curvo, originou que o processo de nascimento se tornasse mais difícil na mulher em relação às outras fêmeas primatas (Rosenberg & Trevathan, 2002). Foram essas transformações na configuração pélvica, que levaram à encefalização do nascimento no género *homo* há cerca de dois milhões de anos (Pecorari citado em Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007).

Tendo em vista essas mudanças, não é de estranhar observarmos em antigos hieróglifos egípcios, pinturas e esculturas, mulheres em postura verticalizada durante o trabalho de parto¹ (TP) e no momento do parto. Vários autores descrevem que as mulheres primatas se isolavam para parir e que elas se movimentavam e variavam as suas posições (sentadas, ajoelhadas ou de cócoras), evitando o decúbito dorsal durante as várias etapas do TP, de acordo com a posição da cabeça da criança na sua pelve (Engelmann citado em Silva et al., 2007).

Durante a Revolução Neolítica a figura feminina alcançou prestígio no seio da sociedade, considerando-se que a fertilidade e a fecundação eram atributos exclusivamente femininos, uma vez que os homens não imaginavam que pudessem ter alguma participação no nascimento de uma criança (Santos, 2013). Neste contexto, nas mais diferentes culturas, a parturiente começou a ser assistida por outras mulheres em ambiente domiciliar, constituindo-se o TP e o parto como eventos de características sociobiológicas, que se revestiram de carácter íntimo e familiar, ao longo de vários milhares de anos (Viana, Ferreira & Mesquita, 2014). Os cuidados obstétricos eram atribuídos às parteiras, “curiosas” ou “comadres”, cujo conhecimento lhes era transmitido de geração em geração ou adquirido empiricamente através da prática (Mamede, Mamede & Dotto, 2007).

Contudo, gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, o reconhecimento da obstetrícia como disciplina técnica e científica conduziu ao declínio da profissão da

¹ O mecanismo geral do TP envolve o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, levam à dilatação do colo uterino, à progressão do móbil fetal através do canal de parto e à sua conseqüente expulsão para o exterior (Machado, 2010). A sua divisão clínica compreende três estádios diferentes: a dilatação, o período expulsivo e a dequitação. Ao longo do texto exposto, o termo TP reporta-se ao primeiro estádio, ou seja, ao período que antecede o momento do parto.

parteira, enquanto a figura do médico foi ganhando destaque na condução do cenário do parto (Moura et al., 2007). Na Europa, associado ao advento dos cirurgiões obstétricos e à sua intervenção no parto através do uso do fórceps, ocorreu então o processo de horizontalização do TP e parto, tornando-se o confinamento da mulher ao leito numa prática incorporada na sua assistência (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000). O TP e o parto, antigamente, vistos como acontecimentos naturais e fisiológicos, passaram assim a ser comandados pela intervenção masculina, ocorrendo a substituição do paradigma não intervencionista (Velho, Oliveira & Santos, 2010).

A partir desta hegemonia, até metade do século XX, a postura deitada ou reclinada prevaleceu no processo de parturição devido à institucionalização e medicalização do TP e parto, bem como a inúmeros procedimentos intervencionistas, os quais implementados, muitas vezes, de forma rotineira e desnecessária sem a participação da mulher e que, não contribuindo para a sua satisfação, apenas se manifestaram na intensa desumanização do nascimento (Gomes, Pontes, Pereira, Brasil & Moraes, 2014; Lobo et al., 2010; Nunes, Silva & Silva, 2013).

No entanto, esta problemática foi ignorada durante décadas e só nos últimos 50 anos é que a temática relacionada com a liberdade de movimentos e de posicionamento no TP, tem vindo a ser motivo da ampla investigação e discussão, nomeadamente no que diz respeito às desvantagens da restrição da mobilidade e da permanência da parturiente em posição de decúbito dorsal no leito, podendo provocar efeitos fisiológicos adversos tanto para a mãe, como para o feto e para a progressão do TP, devido à diminuição da eficácia da contratilidade uterina e da perfusão placentária (Porto, Amorim & Souza, 2010; Sabatino et al., 2000).

A nível mundial, várias foram as entidades organizacionais que desenvolveram estratégias direcionadas para devolver ao TP e parto a sua essência mais fisiológica, com menos intervenções possíveis, ressaltando a importância do uso de meios mais naturais na evolução desses mecanismos (Mamede et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, através da publicação do manual *Care in Normal Birth*, destacou o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) como o profissional qualificado para acompanhar o TP e o nascimento cooperando na humanização desses processos (Amorim, Araújo, Severiano & Davim, 2012). No mesmo documento, apresentou uma classificação das práticas comuns na condução do TP e parto normal, para situações de baixo risco obstétrico. Entre essas diretrizes incluem-se nas práticas claramente prejudiciais ou

ineficazes e que devem ser eliminadas, a posição de litotomia dorsal no decurso do TP e parto e nas práticas demonstradamente úteis e benéficas, a liberdade de movimento e de posição, com o encorajamento da mulher na adoção de posições verticais ou não supinas (World Health Organization [WHO], 1996).

No nosso país, implicados na defesa do direito da mulher em vivenciar o processo de parturição, em ambientes seguros e com cuidados de saúde adequados, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) associou-se à Federação das Associações de Matronas de Espanha (FAME) na campanha “Iniciativa Parto Normal”, que faz referência às posições não supinas no TP (APEO, 2009).

O projeto “Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada” foi outra das iniciativas que surgiu em Portugal, no ano de 2010, com o objetivo de facultar um conjunto de diretrizes na atuação dos profissionais de saúde nas fases do TP, parto e pós-parto. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012), este projeto voltou a estimular os EESMO na promoção de práticas que fomentam a dinâmica fisiológica do TP e parto, que incluem “apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (p.23). A adoção desta posição foi subscrita em 2010 pela APEO, pela OE e pela Direção Geral de Saúde (DGS).

Recentemente, em fevereiro de 2013, o Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia da OE, apresentou o projeto “Maternidade com Qualidade”, também direcionado para o parto natural e para o empoderamento da mulher na tomada de decisões e escolhas sobre o seu TP e parto. Nos seus indicadores de evidência ressaltam, mais uma vez, a promoção da deambulação nas mulheres em TP, como medida não farmacológica de alívio da dor e o estímulo a posições não supinas durante o TP e parto, em mulheres de baixo risco obstétrico (OE, 2013).

O TP de baixo risco obstétrico tem início espontâneo entre as 37 e as 42 semanas de gestação completas, em mulheres sem fatores de risco associados, evoluindo sem complicações até ao momento do parto, com o nascimento da criança em apresentação cefálica de vértice (FAME, 2007; OE, 2012; WHO, 1996).

O primeiro estágio do TP inicia-se assim com a fase latente (FL), em que ocorre o aparecimento das primeiras contrações uterinas regulares até ao momento em que o colo do útero está completamente apagado e com cerca de 3-4 cm de dilatação. Prossegue com a fase ativa (FA), a qual compreende o mecanismo de descida fetal, à medida que o colo uterino dilata mais rápido até ser atingida a dilatação completa (Machado, 2010). A sequência destas etapas depende de vários fatores,

nomeadamente o feto, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição materna e a resposta comportamental da mulher ao TP (Piotrowski, 2013).

Na fisiologia do TP, a influência da atitude corporal assumida pela parturiente e da dinâmica corpórea imprimida pelo movimento, fundamentam-se em determinados mecanismos: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixe da cabeça fetal, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base, para além da eficiência das contrações uterinas (Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco & Nakano, 2007).

Neste sentido, o peso da gravidade coopera com as contrações e com os esforços expulsivos, ficando o corpo gravídico em equilíbrio com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). O ângulo entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto e da coluna vertebral materna é menor em posição vertical, requerendo assim um menor esforço do útero (Aguilar, Romero & Garcia, 2013).

Da mesma forma, o pólo de apresentação na pelve materna, bem como o apoio direto da cabeça fetal sobre o colo do útero são facilitados, produzindo um ângulo mais conveniente para o mecanismo de encravamento e de descida fetal. Com estas posturas o períneo relaxa e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se a fim de aumentar os diâmetros dos estreitos da bacia, através de dois tipos de movimentos: a contranutação, que aumenta o estreito superior (importante na fase de encravamento) e a nutação, que aumenta o estreito médio e inferior (importante na fase de descida e de expulsão do feto) (Calais-Germain & Parés, 2013; Nogueira, 2012).

As posições eretas ao favorecem a ação da gravidade, possibilitam uma melhor irrigação uterina, potenciando a função das fibras musculares uterinas, o que resulta em contrações mais intensas, rítmicas e eficazes (Mamede, Almeida et al., 2004). O feto, também por efeito da gravidade, facilita o reflexo de *Ferguson*, pois a pressão da cabeça fetal na parte inferior do útero, desencadeia um reflexo a nível hipotálamo-hipófise, estimulando a produção de ocitocina (Aguilar et al., 2013). Por outro lado, existe um menor risco de hipotensão materna devido à não compressão aortocava, o que melhora a oxigenação materno-fetal (Borde et al., 2014).

Os intercâmbios materno-feto-placentários, encontrando-se assegurados durante mais tempo, diminuem, desta forma, o risco de sofrimento fetal. A avaliação da ventilação pulmonar e do equilíbrio ácido-base do recém-nascido (RN) comprovam ainda este efeito, apresentando melhores resultados nos casos em que a mulher prefere

ficar na posição vertical, quer durante o período de dilatação, quer no decorrer do período expulsivo (Mamede, Gomes et al., 2007).

Apesar das iniciativas dos vários movimentos nacionais e internacionais, bem como das inúmeras pesquisas que comprovaram os efeitos benéficos da ação física e fisiológica do organismo aliada à posição vertical, comparativamente com a posição dorsal no primeiro estágio do TP, continua-se a verificar uma grande afluência na adoção de posições supinas, sobretudo durante a FA, quer pela facilidade que conferem aos profissionais de saúde na execução de determinadas técnicas, quer pela maior comodidade na vigilância do bem-estar materno-fetal ou pelo desconhecimento das mulheres sobre as diferentes opções de posicionamento (Cajão, 2015; Fernández, Plaza & Barrio, 2012).

A realidade a que se assiste, muitas vezes, em mulheres internadas no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM, EPE), local de exercício profissional, não é diferente daquela que se documenta na maioria das Maternidades e que remete sobretudo para uma menor utilização das referidas estratégias na FA do TP.

O interesse pela problemática sobre as práticas de promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posições verticais emergiu da reflexão de interesses, porque tratando-se de uma área de intervenção autónoma dos EESMO na assistência à parturiente e encontrando-se os referidos procedimentos sistematizados no SUOG, no âmbito do projeto “Maternidade com Qualidade” implementado a 1 de janeiro de 2014, tornou-se pertinente avaliar a aplicabilidade de tais práticas na FA do TP. No nosso país, a inexistência de estudos que comprovem a evidência científica de que a mobilidade e a postura vertical têm influência sobre determinadas variáveis maternas e neonatais, também se associou à curiosidade pela abordagem deste fenómeno.

Na sequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora (UÉ) / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD), o atual documento constitui um relatório que visa descrever o processo subjacente ao desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção “Mover para Melhor Nascer”, o qual inerente à temática “Liberdade de Movimentos e Posições Verticais: Uma Estratégia na Humanização da Assistência de Enfermagem à Mulher no Primeiro Estádio do TP”.

A estratégia de intervenção profissional contemplou no seu planeamento a definição de objetivos e atividades (Apêndice A), carecendo da avaliação e

autorização da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da UÉ (Anexo A), bem como da hierarquia institucional (Anexo B) e da Comissão de Ética do CHBM, EPE (Anexo C) para a sua implementação.

O projeto equacionado teve como objetivo geral promover a deambulação e a adoção de posições verticais em mulheres, de baixo risco obstétrico, durante o primeiro estágio do TP. Os objetivos específicos pretenderam:

- Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP;
- Identificar os benefícios da deambulação e das posições verticais num grupo de mulheres, de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP;
- Sensibilizar as mulheres para a livre deambulação e adoção de posições verticais durante a FA do primeiro estágio do TP.

A estrutura do texto organizou-se em secções e subsecções, respeitando o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº 18/2010), bem como o Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre (Ordem de Serviço nº8/2013), ambos da UÉ.

O documento inicia-se com a presente introdução, seguindo-se a análise do contexto de atuação e das necessidades identificadas. Posteriormente, surge a apreciação reflexiva dos objetivos delineados, a fundamentação das atividades desenvolvidas, a avaliação das intervenções e a análise das competências adquiridas. Por fim, tecem-se as conclusões e apresentam-se as referências bibliográficas. Em apêndice e anexo surgem alguns documentos considerados pertinentes na ilustração do discurso, tendo em atenção a melhor compressão do leitor.

O relatório apresentado está redigido conforme as normas da *American Psychological Association* (2012) e em concordância com o Novo Acordo Ortográfico, respeitando as recomendações da circular 4/2011 da UÉ.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise do contexto pretendeu caracterizar o ambiente em que decorreram as atividades ou ações planeadas no projeto de intervenção, dotar os recursos disponíveis e/ou necessários à aplicabilidade das estratégias definidas, bem como avaliar de forma criteriosa a realidade do SUOG do CHBM, EPE, na assistência à mulher no primeiro estágio do TP, a nível da promoção da deambulação e da adoção de posições verticais, por forma a justificar as necessidades de implementação do referido projeto, nomeadamente no que se reporta à aquisição de competências profissionais.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O CHBM, EPE foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009 e integra o Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro) e o Hospital Distrital do Montijo. Situado a sul do rio Tejo, perto da cidade de Lisboa, o CHBM, EPE, serve uma população de cerca de 214 000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). A sua área de influência geográfica abrange os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, localizados na Península de Setúbal (Figura 1).



Figura 1 – Mapa dos concelhos da Península de Setúbal.

Fonte: <http://www.cibersul.org/>

A missão da referida instituição hospitalar visa assegurar os cuidados de saúde a nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a equidade aos cidadãos, no acesso a esses mesmos cuidados. Por forma a promover a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, procura estabelecer sinergias com outras instituições. Neste sentido, articula-se com o Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho, no âmbito da prestação de cuidados de saúde à população (CHBM, EPE, 2012_a).

O CHBM, EPE assume-se como uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados, sendo qualificado como Hospital Distrital de valências básicas e intermédias (nível II). Desta forma, dispõe de um alargado leque de serviços especializados, nos quais é possível prestar assistência à população em diferentes valências, nomeadamente a nível de Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia e Assistência Domiciliária (CHBM, EPE, 2012_a).

Os seus diferentes serviços encontram-se distribuídos por cinco pisos, mas organizacionalmente estão agrupados por áreas funcionais, com a intenção de privilegiar uma estrutura departamental que pretende equacionar a eficiência e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, as suas áreas funcionais contemplam a Área da Saúde da Mulher e da Criança; a Área Médica; a Área Cirúrgica; a Área de Psiquiatria e Saúde Mental e a Área de Ambulatório (CHBM, EPE, 2012_a).

Relativamente à Área da Saúde da Mulher e da Criança, localizada na unidade do Barreiro (edifício do Hospital Nossa Senhora do Rosário), inclui os Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia, Ginecologia, Consulta de Saúde Materna, Pediatria e Neonatologia. Entre os referidos serviços, evidenciam-se, desde 2014, as alterações na organização do Serviço de Obstetrícia, com o regresso do Serviço de Ginecologia ao 5º piso, a perda da valência de Ginecologia Oncológica e a criação de um Núcleo de Senologia, o qual é independente dos Serviços de Ginecologia e Cirurgia.

Ao nível das políticas internas da instituição, destaca-se a política de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, de acordo com a Declaração Conjunta da OMS e do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 1989, constituindo-se, desde setembro de 2012, como hospital certificado, enquanto Hospital Amigo dos Bebés (HAB) (CHBM, EPE, 2012_b). No corrente ano de 2016, os Serviços de Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Urgência

Obstétrica e Ginecológica foram sujeitos a novas auditorias, para reacreditação do referido processo de certificação, o qual foi obtido com sucesso. Estes serviços elaboraram também o “Plano Assistencial Integrado do RN de Baixo Risco”, de acordo com os indicadores da *Joint Commission*.

2.1.1. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

No piso térreo do CHBM, EPE, o SUOG, integrando o Bloco de Partos, localiza-se próximo dos Serviços de Urgência Geral e Pediátrica, da Unidade de Cuidados Intensivos e do Bloco Operatório Central.

Em termos intra-hospitalar e a nível organizacional, articula-se com os demais serviços da Área da Saúde da Mulher e da Criança. Uma vez que a instituição possui apenas cuidados intermédios neonatais, o SUOG assegura cuidados a mulheres em TP espontâneo (TPE) a partir das 34 semanas de gestação, pelo que a nível inter-hospitalar, se articula com outros hospitais, nomeadamente da Região Vale do Tejo, por forma a garantir a transferência dessas mulheres para instituições hospitalares com unidades diferenciadas de apoio perinatal.

O SUOG possui novas instalações desde 2004 e estruturalmente, divide-se em quatro áreas distintas: Admissão, Bloco de Partos, propriamente dito, Bloco Operatório e Recobro.

O acesso ao serviço, de forma independente, é restrito aos profissionais de saúde, mediante a marcação de um código de segurança que permite abrir a porta eletrónica. A entrada e saída das utentes e respetivos familiares/acompanhantes é controlada pela administrativa da unidade, nos dias úteis, em horário de expediente e no restante período pela equipa de enfermagem e/ou de assistentes operacionais.

No *hall* de entrada situa-se a receção, com uma sala de apoio às tarefas da funcionária administrativa e uma sala de espera para as utentes, equipada com instalação sanitária. Transpondo a porta designada de “guarda-vento”, encontra-se a zona da Admissão constituída por uma casa de banho utilizada para a preparação física das grávidas/parturientes; um gabinete de enfermagem com computador, onde é efetuada a triagem e o processo de admissão das mulheres, integrando também uma casa de banho com duche para uso das utentes; dois gabinetes médicos, equipados, cada um deles, com um computador e uma marquesa ginecológica e uma sala para

avaliação do bem-estar materno-fetal e/ou realização de exames complementares de diagnóstico, dispondo respectivamente, de dois cardiotocógrafos e um aparelho de ecografia móvel. No corredor da Admissão existem ainda três macas, que servem o propósito de repouso temporário das utentes, que por indicação médica permanecem em vigilância.

A zona da Admissão também se encontra, fisicamente, separada da zona do Bloco de Partos por uma porta “guarda-vento”. No Bloco de Partos, no lado esquerdo do corredor, localiza-se o vestiário da equipa multidisciplinar, com a respetiva casa de banho; segue-se o gabinete da enfermeira responsável de serviço; a sala da equipa médica; a sala de enfermagem; a sala de limpos; a sala de sujos e por fim a copa. O lado direito do corredor comporta sete quartos de parto individuais, vulgarmente designados de *boxes*, sendo que apenas quatro deles dispõem de janelas, recebendo iluminação natural. É nas *boxes* que se efetua a vigilância do TP, a realização de partos eutócicos ou distócicos por via baixa, a prestação de cuidados imediatos ao RN e os cuidados de enfermagem inerentes ao puerpério imediato, sempre que a logística do serviço o permite, no sentido de se promover o alojamento conjunto da díade/tríade, bem como a sua privacidade.

Cada *boxe* dispõe de uma marquesa de parto, sendo que apenas duas têm uma cama de parto eletrónica; um reanimador de RN; um aparelho de cardiotocografia; um *dinamap*, uma bomba infusora e todo o material necessário à realização de um parto vaginal, bem como para assegurar a adaptação do RN à vida extrauterina. Quatro das *boxes* têm ainda um cadeirão, disponível para a pessoa que acompanhada a grávida ou parturiente. Entre as *boxes* 4 e 5 existe ainda uma pequena arrecadação, para armazenamento do material hospitalar, cuja gestão é processada pelo Sistema de Gestão Integrado *e-Kaban*.

No final do Bloco de Partos encontra-se o transfere e a respetiva casa de banho de apoio, para equipamento dos profissionais de saúde que acedem à zona do Bloco Operatório. Existem duas salas operatórias, uma destinada à realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes e eventualmente, cirurgias ginecológicas mais complexas e outra sala, de menores dimensões, para procedimentos e intervenções do foro ginecológico. Ambas as salas cirúrgicas estão dotadas de todo o material e equipamento necessário, nomeadamente: marquesa operatória, ventiladores, bisturi elétrico e carro de anestesiologia. A sala de cesarianas dispõe ainda de um carro de urgência, um reanimador de RN, uma balança para pesagem do RN e um

desfibrilhador. Junto das salas operatórias existe também uma sala denominada de berçário, com reanimador de RN e incubadora de transporte neonatal.

A sala de Recobro, apesar de fazer parte do Bloco Operatório, encontra-se fisicamente separada deste, localizando-se na parte central, do corredor direito, da zona do Bloco de Partos. Nesta sala são assegurados os cuidados pós-cirúrgicos a mulheres submetidas a intervenções ginecológicas, a vigilância das puérperas de parto por cesariana e respetivo RN, bem como das puérperas de parto vaginal, quando não é possível a sua estadia na *boxe* onde foi realizado o parto.

As puérperas de parto eutócico ou distócico são transferidas para o Serviço de Obstetrícia, localizado no 5º piso, após as duas primeiras horas do puerpério imediato, desde que não existam intercorrências que justifiquem a sua permanência no Bloco de Partos. Os recém-nascidos (RNs) acompanham as mães para o Serviço de Obstetrícia ou são transferidos para o Serviço de Neonatologia, no 3º piso, quando apresentam alguma alteração do estado hemodinâmico, requerendo vigilância específica.

Quanto à estrutura física do serviço destaca-se assim como aspeto positivo, o facto de cada zona se encontrar claramente delimitada e das instalações serem relativamente recentes, enquanto como aspeto negativo se salienta a estrutura institucional do CHBM, EPE, em que os serviços que prestam cuidados de saúde à mulher e RN se encontram distribuídos pelos diferentes pisos. A proximidade física destes serviços proporcionaria uma atuação mais célere nas situações de emergência.

2.1.2. Caracterização da População de Grávidas/Parturientes que recorrem ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O SUOG recebe mulheres de todas as proveniências, respeitando as orientações legais do Decreto-lei n.º 67/2006, o qual menciona que o Sistema Nacional de Saúde, bem como o Ministério da Saúde têm a obrigatoriedade de garantir às mulheres portuguesas, a livre escolha pelo local de nascimento da sua criança, nas melhores condições de segurança técnica (Portugal, 2006).

A população de mulheres grávidas que recorrem a este serviço, em TPE ou para indução do TP (ITP) revela a multiculturalidade presente nos concelhos de abrangência do CHBM, EPE, resultado dos fluxos migratórios e das mudanças sociais na área.

Para além das mulheres caucasianas, em idade fértil, nascidas em território português e residentes na extensão do CHBM, EPE, verifica-se a elevada afluência de mulheres de raça negra, oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP'S), nomeadamente da Guiné Bissau; de etnia cigana; emigrantes de leste e de nacionalidade brasileira, chinesa e indiana.

Considerando os últimos dados do relatório de 2014 do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o conjunto de cidadãos imigrantes dos PALOP'S é de longe o contingente migratório mais significativo, seguindo-se os cidadãos de leste. Os concelhos do Barreiro e da Moita incluem o maior número de mulheres estrangeiras, respetivamente 1637 e 1509 mulheres, comparativamente aos outros concelhos da Península de Setúbal (Dias, Machado & Ferreira, 2015).

2.1.3. Análise da Casuística de Partos no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

Em traços gerais, já no ano de 2012, a análise do INE referente aos resultados dos Censos 2011, revelava que a classe adulta mais jovem dos concelhos do Barreiro, Montijo, Moita e Alcochete, encontrando-se mais contraída, começava a acusar os baixos níveis de natalidade, que entretanto, se faziam sentir a nível nacional e cuja tendência persiste na atualidade (Figura 2).

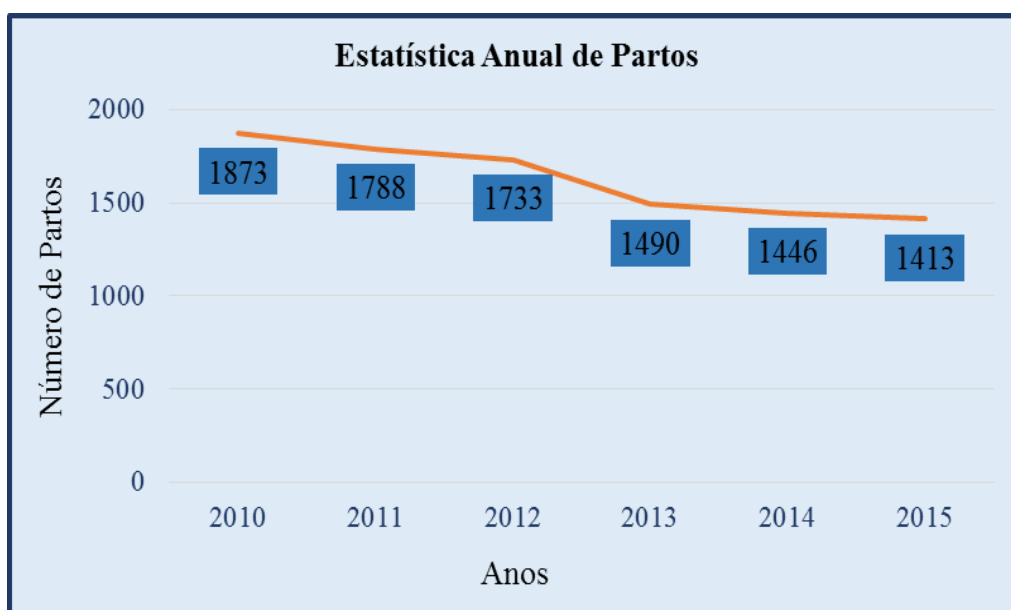


Figura 2 – Gráfico: Distribuição do número de partos no SUOG do CHBM, EPE (2010 a 2015).

Fonte: Serviço de Estatística do CHBM, EPE.

A estatística demográfica de 2013, evidenciada pela Plataforma Supraconcelhia da Península de Setúbal (2015), destacou ainda o concelho do Barreiro com a taxa bruta de natalidade mais baixa (7,8%), comparativamente aos concelhos do Montijo (10,2%), Alcochete (10,2%) e Moita (9,3%).

No que diz respeito ao tipo de parto, nos últimos cinco anos, verificou-se a predominância de partos eutócicos e a diminuição do número de cesarianas (Figura 3).

Apesar das recomendações da OMS sobre a necessidade urgente de diminuir a percentagem de partos distócicos cirúrgicos, referindo que não se justificam taxas superiores a 15%, a realidade do nosso país, de acordo com a Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), na sua última atualização em dezembro de 2015, revelou taxas de cesarianas de 33,5%, no ano de 2014, ainda que esta tenha sido a taxa mais baixa desde 2009 (36,6%).

No CHBM, EPE, a taxa de cesarianas tem vindo também a situar-se acima dos 30%, sendo que apenas no ano de 2015 atingiu os 29% (percentagem representativa de 411 cesarianas em 1413 partos).

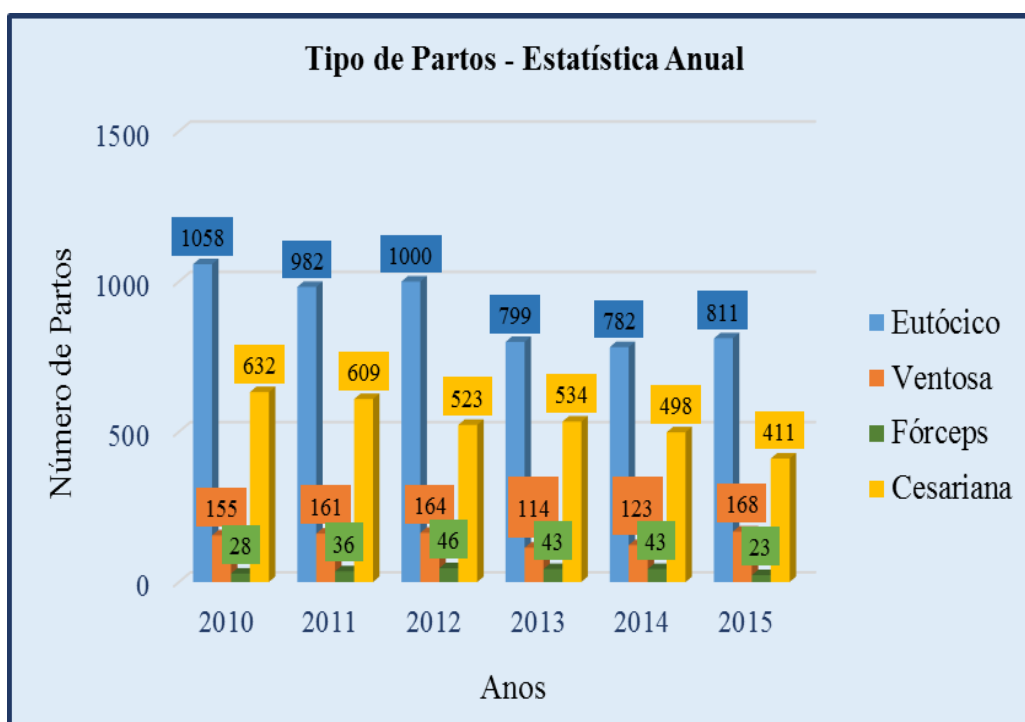


Figura 3 – Gráfico: Distribuição do tipo de parto no SUOG do CHBM, EPE (2010 a 2015).

Fonte: Serviço de Estatística do CHBM, EPE.

Quanto aos partos eutócicos, até à implementação do projeto “Maternidade com Qualidade”, não era realizado o registo dos partos quanto à tipologia parto natural/parto induzido, pelo que nos registos estatísticos anteriores ao ano de 2014, estão incluídos nos partos vaginais (eutócicos) todos os partos realizados em mulheres em TPE ou com ITP.

Atendendo aos dados estatísticos do referido projeto, pôde-se verificar que a maioria dos partos eutócicos ocorreu em mulheres em TPE, com parto efetuado por EESMO. Contudo, entre 2014 e 2015 destaca-se ainda um significativo aumento do número de partos induzidos, como documentado na Figura 4.

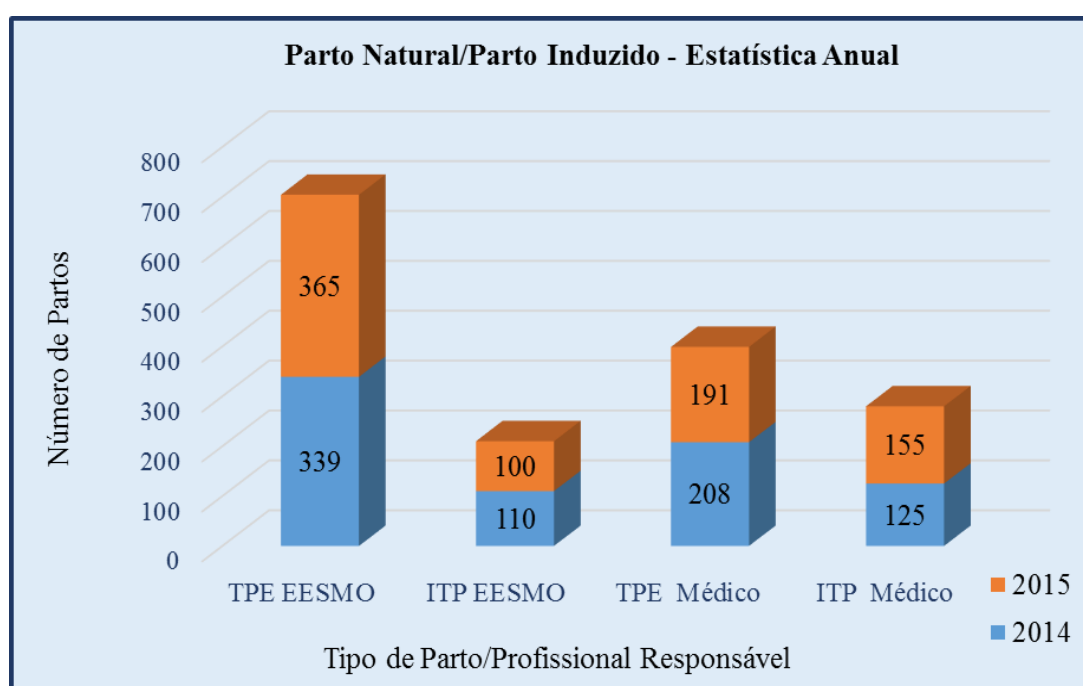


Figura 4 – Gráfico: Relação entre o tipo de parto (natural ou induzido) e o profissional responsável pelo parto.

Fonte: Dados estatísticos do projeto Maternidade com Qualidade.

2.1.4. Descrição da Metodologia de Assistência ao Primeiro Estádio do Trabalho de Parto no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

No SUOG o modelo assistencial oferecido à grávida, considerada de baixo risco obstétrico e que não apresenta complicações no decurso do primeiro estágio do TP, é maioritariamente o modelo do tipo biomédico.

Reportando-se a área de intervenção, à assistência no primeiro estágio do TP, descrevem-se sumariamente os procedimentos efetuados às grávidas/parturientes

admitidas em TPE ou para ITP, dando ênfase às práticas da equipa de EESMO, relacionadas com a promoção da livre movimentação e o incentivo à adoção de posições verticais.

Nas grávidas de termo em FL de TP, após avaliação por cervicometria, a EESMO procede à monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) e da atividade uterina através de monitorização fetal externa (MFE) por cardiotocografia, sendo depois a utente observada e avaliada pela equipa médica, que decide ou não o seu internamento no Bloco de Partos.

Nas situações em que a mulher se encontra na FA é realizada a avaliação da FCF, mediante auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF) ou MFE; avaliados os sinais vitais maternos, verificados os resultados analíticos (serologias, exsudado vaginal e anal, hemograma e taxas de coagulação); efetivada a entrevista de admissão e a preparação física da parturiente.

Após o internamento é realizado o acolhimento no Bloco de Partos. A todas as mulheres é canalizado acesso venoso periférico, para hidratação endovenosa (EV). No entanto, através de protocolo instituído, são também oferecidos líquidos cristalinos (água ou chá), de acordo com a preferência da grávida.

Na visita médica, procede-se à aplicação de medicação para iniciar a ITP ou para acelerar o mecanismo de TP. Geralmente, nas mulheres que se encontram em TP ativo, a perfusão ocitócica prescrita é iniciada após a técnica de analgesia epidural, bem como a realização da rotura artificial da bolsa de águas (RABA).

A prática de cuidados demonstra que a maioria das mulheres continua a preferir a analgesia epidural no alívio da dor provocada pelas contrações. As mulheres em TP são informadas, pela equipa médica ou de enfermagem, sobre a possibilidade de realização de analgesia epidural, solicitando-se a presença do anestesista mediante a assinatura, pela mulher, de um documento de consentimento informado. Caso a grávida não pretenda analgesia epidural ou a avaliação da cervicometria não seja exequível à realização do procedimento, são facultadas outras opções farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente a administração EV de analgésicos e/ou opiáceos.

As medidas não farmacológicas para atenuar o desconforto e promover o relaxamento da parturiente incluem o duche com água quente; as técnicas respiratórias; a massagem *Shiatsu*; a deambulação e a liberdade de alternância de

posição e o balanceamento na bola de *Pilates*, acompanhadas, muitas vezes, da aplicação da musicoterapia ou da diminuição da luz ambiente.

No entanto, a promoção da deambulação e da adoção de posições verticais pela parturiente, nem sempre é permitida pela equipa de obstetras/anestésistas, nomeadamente, após a rotura da bolsa de águas ou a colocação de cateter epidural.

A equipa de enfermagem não é autónoma na realização de monitorização fetal intermitente (MFI), pelo que o procedimento é assegurado, maioritariamente na FL, sobretudo a grávidas sem aplicação de indutores do TP e mediante o consentimento/prescrição da equipa médica. Durante a FA a parturiente permanece com MFE contínua até ao parto, sendo que a liberdade de movimentos e de posicionamentos se encontra restringida, à distância permitida pelos transdutores do aparelho de cardiotocografia.

Os dados estatísticos disponíveis comprovam assim a menor aplicabilidade da deambulação e das posições verticais durante a FA do primeiro estágio do TP (Figuras 5 e 6).

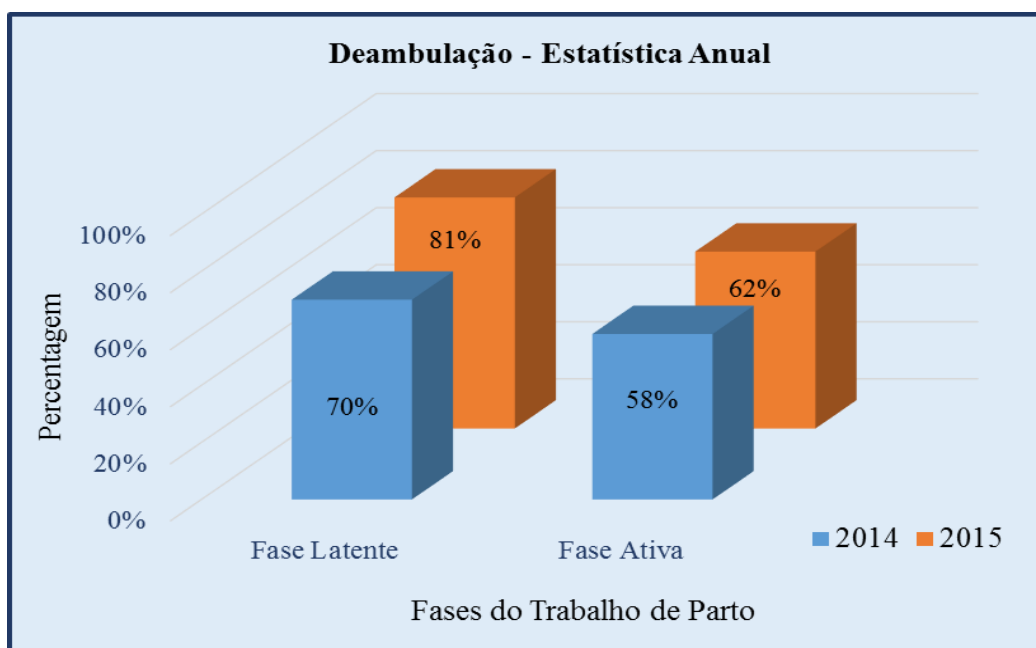


Figura 5 – Gráfico²: Relação entre a taxa de deambulação e a fase do primeiro estágio do TP.

Fonte: Dados estatísticos do projeto Maternidade com Qualidade.

² Resultados que excluem mulheres submetidas a cesariana de caráter eletivo, urgente e/ou emergente, bem como parturientes com fatores de risco associados ou contra-indicação para a deambulação durante o TP.

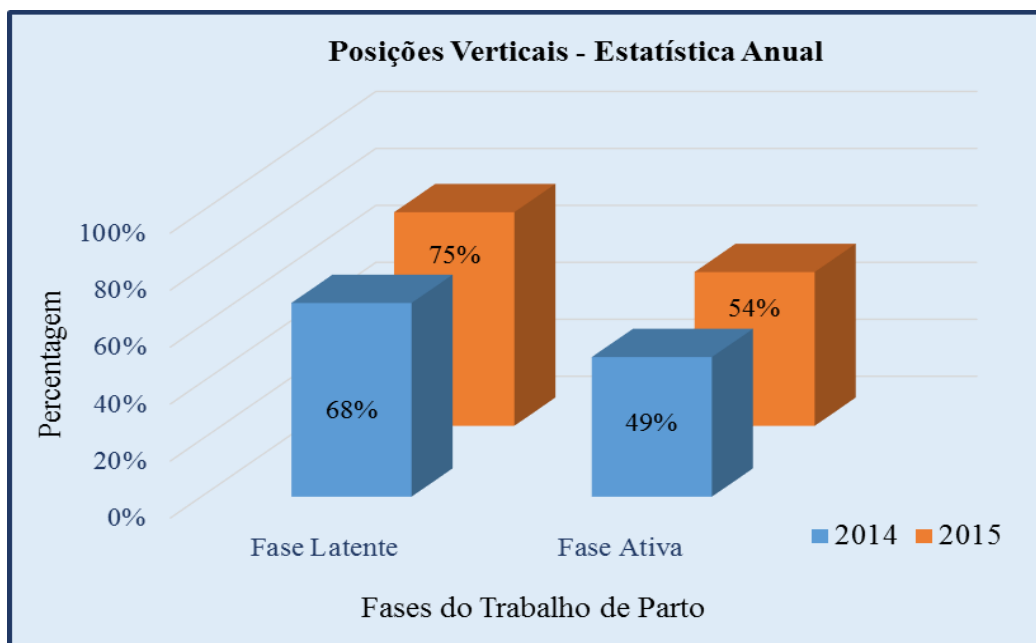


Figura 6 – Gráfico³: Relação entre a taxa de adoção de posições verticais e a fase do primeiro estágio do TP.

Fonte: Dados estatísticos do projeto Maternidade com Qualidade.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Os recursos humanos são os elementos ou colaboradores de um determinado serviço hospitalar, enquanto os recursos materiais são definidos como sendo os necessários para assegurar a prestação de cuidados aos utentes. Dos recursos materiais fazem parte o espaço físico do serviço, a tecnologia e o método/processo de trabalho (Assis, 2010).

2.2.1. Caracterização dos Recursos Humanos

A equipa de enfermagem do SUOG é constituída pela enfermeira responsável ou coordenadora de serviço, detentora do título de EESMO; 21 EESMO e uma enfermeira generalista. A maioria das enfermeiras desenvolve as suas atividades em regime de *roulement*, exceto a enfermeira responsável e outra das EESMO, que está

³ Resultados que excluem mulheres submetidas a cesariana de caráter eletivo, urgente e/ou emergente, bem como parturientes com fatores de risco associados ou contra-indicação para a adoção de posições verticais durante o TP.

em horário fixo, assumindo funções de gestão e de prestação de cuidados, de acordo com as necessidades do serviço.

Durante o turno da manhã, geralmente, encontram-se escalados quatro elementos da equipa de enfermagem, em que um é distribuído na Admissão, dois no Bloco de Partos e o outro no Bloco Operatório. Esses elementos podem ser quatro EESMO ou três EESMO e uma enfermeira generalista, a qual fica sempre responsável pelo Bloco Operatório/Recobro. Nos turnos da tarde e da noite a prestação dos cuidados de enfermagem é assegurada por três EESMO.

No SUOG o método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado é o método de equipa, em o enfermeiro denominado de chefe de equipa é responsável pela distribuição dos cuidados atribuídos aos restantes enfermeiros; por tomar decisões que ocorram face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional; fazer face à coordenação do trabalho nas situações de emergência e supervisionar as intervenções dos seus elementos (Costa, 2004). No entanto, face à falta de recursos humanos, o enfermeiro chefe de equipa, para além de assegurar as responsabilidades enumeradas também tem utentes atribuídas, às quais presta cuidados de enfermagem especializados. Portanto, a realidade da metodologia de cuidados equaciona assim o método de equipa e o método individual, em que os enfermeiros para além de terem um líder de equipa, cada um deles, incluindo o próprio líder, são responsáveis por garantirem todos os cuidados de enfermagem a um determinado número de utentes.

Relativamente à equipa médica, esta é composta pela Diretora de Serviço; 11 especialistas de Obstetrícia/Ginecologia, sendo que sete são assistentes hospitalares graduados e por quatro médicas do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia.

Diariamente, a escala de rotatividade das equipas médicas no SUOG é assegurada por três elementos, que se articulam com dois pediatras e um anestesista. Os pediatras prestam assistência ao RN de parto distócico, bem como a qualquer outro RN cuja condição de saúde o exija, enquanto o anestesista, também disponível durante as 24 horas, pode ser solicitado para situações de promoção do alívio farmacológico da dor no TP (analgesia epidural) ou para procedimentos cirúrgicos que requerem a anestesia das utentes.

A equipa multidisciplinar é ainda constituída por nove assistentes operacionais e uma administrativa de unidade.

2.2.2. Caracterização dos Recursos Materiais

Entre os recursos materiais existentes, alguns dos quais já descritos a nível da estrutura física e organizacional do serviço, destacam-se agora os que permitem à equipa de enfermagem consultar ou registar informação sobre as grávidas/parturientes/puérperas ou RNs, bem como aqueles utilizados na promoção do TP fisiológico, nomeadamente no que se reporta ao alívio da dor e à promoção do conforto das mulheres.

Através da aplicação informática denominada de Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências (SIRIU), o EESMO efetua os registos da triagem das mulheres que acedem ao serviço, atribuindo no sistema uma cor correspondente à prioridade da situação clínica (Triagem de *Manchester*).

A equipa de enfermagem também dispõe do programa informático SClínico, através do qual realiza a anamnese da grávida. Da mesma forma, o referido programa permite o acesso a outras informações clínicas, nomeadamente sobre as consultas de vigilância da gravidez, se efetuadas na instituição hospitalar e acerca do histórico de episódios de internamento da mulher, quer em gravidezes anteriores, quer na gravidez atual no SUOG ou no Serviço de Obstetrícia.

Os registos de enfermagem relacionados com a vigilância do TP, o parto, o puerpério imediato e os atos cirúrgicos são ainda realizados em formato de papel. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, quer sejam do foro obstétrico ou ginecológico, os enfermeiros preenchem ainda, informaticamente, no programa SClínico uma *check list* de verificação operatória, no âmbito do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, instituído no serviço em 2014.

Desde 2007, no que se relaciona com a segurança dos RNs, o serviço está dotado de um sistema de segurança, através de pulseiras eletrónicas *Hugs*® ligadas a um sistema informático centralizado. A cada RN, imediatamente após o parto, é colocada uma pulseira eletrónica, a qual é removida apenas no momento da alta do Serviço de Obstetrícia. Os enfermeiros são os únicos profissionais com acesso ao sistema informático, sendo responsáveis pela identificação da pulseira, através do registo do nome completo da mãe, sexo do RN e serviço de admissão do mesmo. Sempre que por algum motivo, o RN necessite de ser transferido do SUOG, cabe ao enfermeiro ativar o transporte da pulseira eletrónica.

Os recursos materiais, à disposição dos EESMO, para promoverem o incentivo à alternância de posicionamento, com vista à adoção de posições verticais, incluem duas camas eletrônicas *Hill-Rom®*, que permitem à parturiente adotar diferentes posições durante o TP e o período expulsivo, bem como sete bolas de *Pilates*.

Considera-se ainda que a aplicabilidade das estratégias de deambulação e adoção de posições verticais poderá, certamente, ser beneficiada pelos novos aparelhos de cardiocografia com sistema de telemetria e registo agregado a central de monitorização, cuja aquisição foi aprovada pelo Conselho de Administração da instituição, encontrando-se, de momento, a decorrer a fase inicial de instalação do respetivo equipamento eletrónico.

Para a utilização da musicoterapia existem sete aparelhagens com rádio e leitor de *CD*, oferecendo às mulheres a possibilidade de ouvirem música de acordo com a sua preferência.

Todas as intervenções relacionadas com o projeto “Maternidade com Qualidade” são ainda registadas informaticamente, no programa SIRIU, numa matriz construída pela equipa de enfermagem.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência define-se como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades (Fleury & Fleury, 2001). A OE (2010_a) entende como competências específicas, as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O Regulamento das Competências Específicas do EESMO, no que se refere à intervenção no TP e parto, define que o EESMO deve cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de promover a saúde da parturiente e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN e providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o TP (OE, 2010_b).

A aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas deve dotar o EESMO de conhecimentos científicos e habilidades práticas necessárias à compreensão, interpretação e resolução dos problemas que a mulher pode enfrentar no decurso do TP e no parto, encaminhando as situações que estejam para além da sua área de atuação (OE, 2010_b)

O TP e o parto constituem acontecimentos que se fazem acompanhar de grande expectativa, *stress*, ansiedade e medo, por parte da mulher e da sua família, tendo subjacentes a influência de fatores de vária ordem, nomeadamente física, psicológica, ambiental e cultural (Lowdermilk, 2008). Desta forma, a dor e o desconforto podem dificultar todo o processo do TP e parto, condicionando negativamente esses momentos tão significativos para as suas vidas, pelo que o profissional de saúde tem a obrigação e o privilégio de aliviar a dor manifestada pela mulher (Rajakumari, Sheela & Soli, 2015; Rocha, Monteiro, Ferreira & Duarte, 2010).

O EESMO através das suas competências deve conceber, planear, implementar e avaliar intervenções que promovam o conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2010_b). Portanto, o bem-estar e o conforto experimentado pela mulher ao longo do TP devem constituir uma prioridade nos cuidados prestados pelo EESMO, não só através do apoio emocional ou da implementação de medidas de alívio do desconforto, mas também mediante a sua capacidade de assegurar um ambiente adequado, seguro e humanizado, para que a mulher e a sua família se sintam respeitados, confiantes e confortáveis (Almeida, Gama & Bahiana, 2015; Mafetoni & Shimo, 2014; Silva & Nogueira, 2014).

Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba (2007), as necessidades de cuidados de saúde, são necessidades de conforto que o indivíduo não consegue resolver pelos seus métodos tradicionais. Por sua vez, o enfermeiro após a identificação das necessidades do cliente implementa medidas que visam promover-lhe o conforto, através de alívio, tranquilidade e/ou transcendência. Neste sentido, o EESMO assegurando a promoção do conforto da parturiente, capacita-a a saber lidar com a dor, fortalecendo-a a ser uma participante ativa no seu TP (Gallo et al., 2011; Rocha et al., 2010).

As *guidelines* de vários organismos internacionais recomendam a deambulação e a adoção de posições não supinas, como práticas vantajosas na dinâmica do primeiro estágio do TP, sendo-lhe também associados benefícios psicológicos para a mulher, como a redução da dor e o reforço do sentimento de autocontrolo sob si própria, permitindo assim a sua maior autonomia durante o TP e promovendo-lhe

simultaneamente uma maior sensação de bem-estar, tal como uma experiência mais satisfatória de todo o processo, quer para si, quer para os seus conviventes (FAME, 2007; Lamaze International, 2005; OE, 2012; Royal College of Midwives [RCM], 2012; WHO, 2014).

Cada mulher é um ser único, com características diferentes, sendo o TP e o parto acontecimentos dinâmicos, em que a parturiente, se não se encontrar em situação de comprometimento do bem-estar materno-fetal, deve ter direito na opção de escolha pela livre movimentação e pela posição que considere ser mais cómoda e vantajosa para o desenrolar do seu TP (Baker, 2010). É, portanto, neste domínio que o EESMO, através das suas competências, assume um papel de extrema importância na transmissão de orientações, acerca dos benefícios e/ou riscos das posturas verticais e da deambulação durante o TP, no sentido de assegurar uma decisão consciente e informada por parte da parturiente (Roy, Moreno & Jimeno, 2014).

Para garantir a qualidade assistencial à mulher é necessário que os EESMO adquiram formação adequada e atualizada, baseada em evidências científicas, que lhes permitam propor intervenções mais seguras e adequadas, constituindo a base para a tomada de decisões no seu contexto de cuidados (Confederação Internacional de Parteiras [ICM], 2010; Iravani, Janghorbani, Zarean & Bahrami, 2015).

No papel de mestrandia e na qualidade de EESMO desde 2010, adotando uma atitude de aprendizagem, foi possível observar e refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem no SUOG do CHBM, EPE, no que se relaciona com a aplicação das intervenções de promoção da deambulação e de incentivo à adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP.

O processo reflexivo de tomada de consciência determinou que a deambulação associada à posição vertical da mulher em TP continua a não ser aceite por todos os profissionais de saúde, nem adotada em todas as situações desejáveis. Assim sendo, constatou-se a necessidade de melhorar a utilização efetiva de tais medidas, através da implementação do projeto de intervenção “Mover para Melhor Nascer”, o qual pretendeu articular o aperfeiçoamento das capacidades da equipa de EESMO, na estimulação da liberdade de movimentos e de posicionamento da parturiente, com a procura pela atual evidência científica sobre os benefícios dessas intervenções e a sensibilização para a mudança de atitude dos profissionais da equipa multidisciplinar, que por vezes se demonstram relutantes na mudança de comportamentos, que se afastam do seu domínio intervencionista sobre o mecanismo do TP e parto.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A etapa que se seguiu, à análise do contexto real da prática de cuidados, consistiu em precisar a população, junto da qual foi recolhida informação. Define-se por população, o conjunto de elementos que têm, em comum, determinadas características semelhantes e sobre o qual recai a investigação (Vilelas, 2009). A população que é objeto do estudo, realizado durante o Estágio Final, é chamada população-alvo e abrange o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

O estudo efetuado abrangeu duas populações-alvo diferentes, em que a primeira incluiu os EESMO que prestam cuidados no SUOG e a segunda um conjunto de parturientes assistidas pela equipa na referida unidade de saúde.

Na identificação das necessidades destes dois grupos de participantes, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário (Apêndice B e C). De acordo com Vilelas (2009), o questionário é aplicado com a finalidade de se obter, de maneira sistemática e ordenada, a informação sobre a população ou amostra que se estuda, bem como sobre as variáveis que são objeto de estudo.

O tratamento estatístico dos dados obtidos permitiu a realização efetiva do diagnóstico da situação, o qual visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a problemática identificada, isto é, compor um modelo descritivo da realidade que se pretende mudar (Ruivo, Nunes & Ferrito 2010).

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A análise dos dados, resultantes do preenchimento das secções 1 e 2, de cada questionário permitiu caracterizar as duas populações-alvo. A caracterização dos enfermeiros baseou-se nos seus dados sociodemográficos e da sua experiência profissional, enquanto EESMO. A população-alvo das parturientes foi definida, de igual modo, sobre os seus aspetos sociodemográficos, incluindo também alguns dados da história de gravidez, TP e parto destas mulheres.

As referidas variáveis foram tratadas por análise descritiva, através de frequências relativas e absolutas, com recurso ao *software IBM® SPSS®*, versão 22. Quando pertinente, para algumas dessas variáveis, procedeu-se ainda ao cálculo de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de medidas de dispersão (desvio padrão).

3.1.1. Caracterização da População-Alvo de EESMO

A população-alvo de profissionais de enfermagem, que integraram este estudo, foi constituído por 32 elementos, respetivamente 30 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, todos detentores do título de EESMO. Entre estes profissionais, 21 pertencem à equipa de enfermagem do SUOG; 7 são elementos do Serviço de Obstetrícia e os restantes 4 constituem a equipa da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna do CHBM, EPE. Os EESMO dos Serviços de Obstetrícia e da Consulta de Saúde Materna foram incluídos na pesquisa, pois são profissionais que se encontram integrados na dinâmica funcional do SUOG e que asseguram, regularmente, cuidados neste serviço, em consequência das necessidades impostas pela falta de recursos humanos, nomeadamente por atestados médicos e férias.

Os EESMO que responderam ao questionário apresentam idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, sendo que a maioria se encontra, em média, na faixa etária dos 41 aos 50 anos. A mediana de idades localiza-se no grupo etário dos 46 aos 50 anos e a moda de idades entre os 51 e os 55 anos de idade. Quanto ao estado civil, a maioria dos EESMO são casados (71,9%) e entre os que têm filhos (84,4%), a maior parte tem dois filhos (43,8%).

A frequência percentual de enfermeiros sem outra habilitação literária, para além da Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia sobrepôs-se à frequência de EESMO com pós-graduação (43,8%). No total da amostra, apenas 12,5% dos profissionais são ainda detentores do grau de mestre.

Tendo por referência o ano de 2016, a maioria dos enfermeiros inquiridos desempenha funções como EESMO, em média, entre 5 e 15 anos. A moda situou-se no limite temporal superior a 15 anos e inferior a 20 anos de exercício profissional como EESMO. Relativamente ao tempo de exercício profissional como EESMO no SUOG do CHBM, EPE em média os elementos desempenham funções no serviço por um período superior a 5 anos e inferior a 15 anos. A maioria dos EESMO desta equipa (50,1%) exerce a sua atividade no serviço entre 5 e 20 anos. Cerca de 40,6% dos elementos apresenta menos de 5 anos de desempenho profissional neste serviço, o que pode ser justificável pelo crescente número de enfermeiros que terminou, recentemente, a Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

3.1.2. Caracterização da População-Alvo de Parturientes

A amostra da população-alvo das beneficiárias de cuidados incluiu 115 parturientes, sendo que 58 destas mulheres deambularam e adotaram posições não supinas na FA do TP e as outras 57 participantes, por vontade própria, não deambularam, permanecendo no leito e não assumindo posturas verticais.

As participantes apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos. A sua média de idades situa-se entre os 24 e os 33 anos e a moda na faixa etária entre os 29 e os 33 anos de idade. Entre estas mulheres, a raça caucasiana (78,3%) e a nacionalidade portuguesa (55,7%), são as mais representativas. A maioria é casada (55,7%) e o seu agregado familiar é constituído pelo marido ou companheiro e filho(s) (50,4%).

Toda a amostra é alfabetizada, registando-se 12,2% de mulheres sem o ensino mínimo obrigatório e 31,3% com o ensino secundário completo. Menos de metade das participantes (47%) frequentaram o ensino superior, sendo detentoras do grau académico de licenciadas e apenas 6,1% têm mestrado ou doutoramento. No entanto, a maioria das mulheres que deambularam e adotaram posições verticais possui um curso superior (56,9%), enquanto nas mulheres que não adotaram a livre movimentação, nem diferentes posições verticais a percentagem é de 36,8% e nenhuma delas tem estudos pós-graduados. Em relação à situação profissional das participantes, estar empregada foi o estatuto ocupacional dominante, o que no total da amostra representou 51,3% de mulheres com vida laboral ativa. Na sua grande maioria, residem em meio urbano (77,4%), nos concelhos da área de abrangência do CHBM, EPE (89,5%), sobretudo na cidade do Barreiro (40%).

À data de participação no estudo, nesta amostra, menos de metade das mulheres eram primíparas (49,6%). O número de filhos por mulher variou entre 1 a 5 e a média por casal foi de 1 a 2 filho(s). Verificou-se ainda, que a maioria das parturientes que aderiram à aplicabilidade das estratégias (55,2%) eram múltíparas, enquanto aquelas que não aderiram eram primíparas (54,4%). Na maioria das situações (93%), a gestação foi planeada. Relativamente aos cuidados pré-natais, a totalidade das mulheres realizou vigilância da gravidez, a maioria no Centro de Saúde (59,1%), com 1 a 5 consultas (53%).

Durante a gravidez, a maioria destas mulheres (70,4%) não realizou curso de preparação para o parto (CPP). Entre aquelas que frequentaram o CPP, o local

escolhido, com igual percentagem (13%), variou entre o Centro de Saúde e o Hospital Público. Nessas sessões a todas as mulheres lhes foram referidos os benefícios da deambulação e da adoção de posições verticais no TP.

Quando recorreram à Maternidade, a grande maioria (75,7%) não tinha consigo plano de parto e entre aquelas que apresentaram o referido plano (24,3%), todas indicaram que pretendiam mover-se e mudar de posição durante o seu TP. No momento de admissão no SUOG, a idade gestacional (IG) mais predominante situou-se entre as 39s + 1d e as 40s. A média da IG variou desde as 38s às 40s nas parturientes que se mobilizaram, adotando posições verticais e entre as 39s + 1d e as 41s naquelas que não deambularam, assumindo posições supinas. Na globalidade da amostra, a maioria das parturientes não foi submetida a amniotomia (55,7%), recorreu a analgesia epidural (57,4%) e teve um parto vaginal/eutócico (55,7%).

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A competência de um profissional de enfermagem não está baseada apenas no vasto conhecimento que possui, mas também na sua capacidade para executar determinadas intervenções. O EESMO, enquanto profissional qualificado, deve abranger um repertório de habilidades e conhecimentos em diferentes formas e contextos para realizá-los de maneira reconhecida como competente (WHO, 2011).

O exercício da prática profissional exige dos enfermeiros o domínio de um grande número de competências para que possam oferecer serviços de qualidade. Desta forma, é de crucial importância a avaliação dessas competências para qualificar o desempenho da equipa de cuidadores; identificar as suas necessidades de treino e formação; melhorar o exercício profissional individual e desenvolver programas/propostas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Dotto, Mamede & Mamede, 2008).

Os cuidados de enfermagem assegurados desde a admissão na Maternidade e durante toda a evolução do TP são de fundamental importância para o sucesso no desfecho do parto e nascimento, revelando a competência do EESMO e determinando a satisfação da mulher perante a assistência oferecida (Mello et al., 2016).

Como já mencionado, constituindo a liberdade de movimentos e de posicionamento uma prática reconhecida como benéfica, numa primeira fase, a partir da perspetiva do cuidador, considerou-se necessária a avaliação do desempenho da

equipa de EESMO na promoção destas práticas, bem como a identificação das dificuldades na sua aplicabilidade. Do mesmo modo, numa segunda fase, através de uma pesquisa desenvolvida na população-alvo de parturientes, tornou-se pertinente avaliar essas mesmas medidas desenvolvidas pelos EESMO, sob a visão das beneficiárias dos cuidados, determinando as necessidades de intervenção no contexto da deambulação e do estímulo para a adoção de posições verticais na FA do TP.

A inexistência de instrumentos que permitissem avaliar as necessidades expostas, exigiu a construção prévia dos dois questionários, referenciados no início deste capítulo, cada um dos quais apresentando uma escala dirigida para a população-alvo específica. A elaboração dos instrumentos de colheita de dados baseou-se na experiência profissional de acompanhamento e vigilância de mulheres em TP; numa minuciosa revisão da literatura sobre a temática e nas práticas preconizadas na conduta obstétrica durante o TP e parto normal, classificadas pela OMS, em diferentes categorias, de acordo com evidências científicas (WHO, 1996).

Aquando da preparação das escalas, para além dos itens direcionados, obviamente, para as práticas de deambulação e adoção de posições verticais no TP, considerou-se ainda pertinente adicionar alguns itens relacionados com outras práticas catalogadas pela OMS, especificamente a administração rotineira de soros e de medicamentos para induzir o TP (práticas prejudiciais e que devem ser eliminadas); a realização de amniotomia para acelerar o processo de parturição (prática cuja evidência é insuficiente para apoiar uma clara recomendação, devendo ser usada com precaução) e a MFE contínua, o controle da dor através de agentes sistémicos ou de analgesia epidural e a utilização de ocitocina EV para estimular e/ou corrigir a dinâmica uterina (práticas utilizadas de forma inapropriada), uma vez que todos os procedimentos enumerados são destacados em vários estudos internacionais, como podendo afetar a livre movimentação e o posicionamento materno (Baker, 2010; Searly, 2010; Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser, 2003).

Apresentam-se de seguida, os dados obtidos que permitiram o reconhecimento das necessidades de intervenção em cada uma das populações-alvo.

3.2.1. Necessidades Específicas da População-Alvo de EESMO

A avaliação das necessidades específicas da população-alvo de EESMO iniciou-se na secção 3 do questionário aplicado, através de uma questão aberta, com o intuito de determinar o conhecimento de cada inquirido, de acordo com a sua experiência de cuidados, sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP.

Neste caso os dados textuais, resultantes do contributo dos EESMO, na resposta, à referida questão, foram tratados pela técnica de análise de conteúdo, com recurso ao *software* específico de análise textual *IRAMUTEQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0,7 *alpha* 2. Este programa informático permite diferentes análises estatísticas sobre *corpus* textuais, desde aquelas mais simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas onde se inclui a classificação hierárquica descendente (CHD) (Ratinaud citado em Camargo & Justo, 2013).

O processo de codificação dos participantes e das variáveis definidas, segundo as regras de preparação do material textual para o *IRAMUTEQ*, bem como a explicação de cada tipo de análise gerada pelo *software* e os dados obtidos são apresentados de forma detalhada no Apêndice D.

Como forma de elucidar o leitor, sobre as vantagens enunciadas pelos profissionais, apresenta-se o seguinte Dendograma (Figura 7), resultante do método de CHD, que através do material analisado permitiu agrupar essas mesmas vantagens em 7 classes temáticas diferentes:

- Classe 1 – Facilitação da descida da apresentação fetal;
- Classe 2 – Encurtamento da duração do primeiro estágio do TP;
- Classe 3 – Maior eficácia da contractilidade uterina;
- Classe 4 – Facilitação na adaptação da apresentação fetal ao canal de parto;
- Classe 5 – Ajuda na rotação da cabeça fetal;
- Classe 6 – Redução de episiotomias;
- Classe 7 – Favorecimento do apagamento e dilatação do colo do útero.

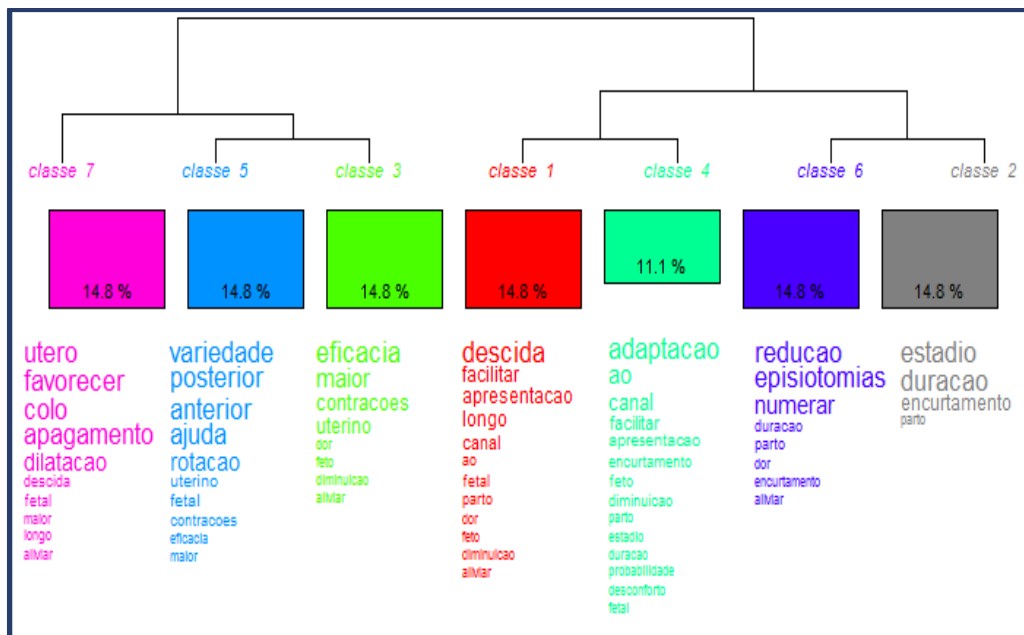


Figura 7 – Gráfico: Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente.

Fonte: IRAMUTEQ.

A análise permitiu verificar que os principais benefícios destacados pelos EESMO estão em consonância com aqueles que se encontram referenciados na literatura.

Portanto, segundo vários autores, é fisiologicamente, muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o TP, pois o útero contrai-se de forma mais eficaz, o que favorece o seu processo de apagamento e dilatação, traduzindo-se consequentemente numa primeira fase do TP mais curta. Acresce-se o facto de que, na posição vertical, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia será facilitada pelo efeito conjugado entre a postura materna e o sentido da força gravitacional, podendo prevenir-se complicações do trajeto de descida fetal ao longo do canal de parto (Mamede, Gomes et al., 2007).

Determinadas posições verticais, como a posição de mãos Joelhos na FA, são facilitadoras na rotação espontânea da cabeça fetal, da variedade occipito-posterior (OP) para occipito-anterior (OA), evitando partos instrumentais ou cirúrgicos. Promovendo a rotação fetal espontânea nas apresentações occipito-sagradas ou transversas, facilitam ainda o desprendimento biacromial na distócia de ombros e diminuem o procedimento de episiotomia ou a ocorrência de lacerações perineais, por permitirem a proteção perineal durante a deflexão cefálica (Soong & Barnes, 2005).

Prosseguindo no reconhecimento das necessidades, a metodologia de avaliação das práticas dos EESMO, direcionadas para a promoção da mobilidade e para o

estímulo na adoção de posições não supinas, em mulheres consideradas de baixo risco obstétrico, centrou-se em dois momentos específicos da atuação da equipa. Assim sendo, foram elaborados os 25 itens da escala de avaliação das intervenções de enfermagem (secções 4.1. e 5.1. do Apêndice B), em que os 7 primeiros itens constituíram a subescala relacionada com as medidas asseguradas no momento de admissão da parturiente e os restantes 18 itens, a subescala dos cuidados promovidos ao longo do primeiro estágio do TP.

Para cada um dos itens, a opção de resposta apresentou-se disposta numa escala tipo Likert, com cinco níveis ascendentes de concordância possíveis, em que ao algarismo 1 correspondeu o item *Nunca* e ao número 5 o item *Sempre*. Segundo Fortin et al. (2009), as escalas tipo Likert são instrumentos de mensuração constituídos por vários enunciados ou itens, os quais lógicamente e empiricamente interligados e destinados a avaliar a concordância de um sujeito perante determinado conceito ou situação.

Primariamente, os resultados obtidos foram tratados por análise descritiva, permitindo verificar a frequência de realização dos procedimentos pelos EESMO e posteriormente, por estatística inferencial, no *software IBM® SPSS®,* versão 22, com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis independentes definidas (idade, habilitações literárias, tempo de exercício profissional como EESMO e tempo de desempenho como EESMO no SUOG do CHBM, EPE) e a variável dependente (práticas de enfermagem).

Pela análise estatística descritiva foi possível averiguar que, no modelo assistencial instituído no SUOG, existem intervenções de enfermagem a serem melhoradas, no ato de admissão da parturiente, nomeadamente a nível da validação do plano de parto, verificando-se que a maior parte da amostra assegura este procedimento de forma ocasional (*Às Vezes* = 46,9%); da validação dos benefícios da deambulação e das posições verticais, em que 1/3 dos EESMO revelou que *Raramente* (9,4%) ou *Às Vezes* (21,9%) questiona a mulher sobre esses benefícios e da realização efetiva de ensinamentos acerca dessas estratégias, uma vez que a maior parte da equipa demonstrou não realizar *Frequentemente* ou *Sempre* esta medida (43,8%).

O plano de parto define-se como um documento escrito, de carácter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez, o TP e o parto e considerando os seus valores e desejos pessoais, descreve quais os procedimentos que aceita, bem como aqueles que prefere evitar durante o seu TP e parto sob condições normais (Cortés, Barranco, Jordana & Roche, 2015). Uma vez que a mulher seja

admitida em TP, cabe ao EESMO verificar se existe um plano de parto formulado, o qual deve constar do processo clínico, para que sejam avaliados os possíveis riscos e se possam adaptar os desejos expostos com a evolução do processo de parturição (FAME, 2007). Na nossa conduta assistencial, promovendo a individualidade dos cuidados, devemos validar com a parturiente a sua vontade expressa em deambular e/ou adotar posições verticais, informando-a também sobre as possibilidades de oferta do serviço e da equipa de cuidadores para a efetivação dessas medidas.

Para que o EESMO possa compreender se a parturiente está preparada para se movimentar e assumir diferentes posições no TP, deve avaliar o nível de conhecimento que mulher detém acerca de determinados aspetos dessas estratégias, tais como os seus riscos e benefícios, para que todas as escolhas possíveis sejam assentes em responsabilidade esclarecida e partilhada (Martin & Martin, 2013).

O desconhecimento e a falta de informação sobre a importância da movimentação e do posicionamento vertical, no desenrolar do TP, leva a que as mulheres se comportem como agentes passivos, recusando deambular e adotando a posição que é culturalmente e socialmente mais aceite, ou seja, a posição de decúbito dorsal (Baker, 2010). Neste sentido, Carraro et al. (2008) destaca que o profissional de enfermagem pode aproveitar, o acolhimento da mulher na Maternidade, para promover momentos educativos informais sobre os benefícios e as orientações a respeito da liberdade de escolha de diferentes tipos de posição.

No que respeita à divulgação das vantagens da deambulação/posições verticais nas fases do primeiro estágio do TP, os dados obtidos demonstraram ainda que a entrega de material informativo não constitui um procedimento habitual na admissão da parturiente, pois as respostas da grande maioria dos EESMO (93,8%) dividiu-se entre as opções *Nunca*, *Raramente* ou *Às Vezes*. Esta realidade permitiu detetar a existência de uma única brochura que indica, de forma geral, diferentes métodos não farmacológicos de alívio da dor, não sendo especificamente direcionada para as medidas pretendidas.

Os resultados estatísticos da avaliação dos cuidados de enfermagem oferecidos após a admissão da parturiente e, portanto, durante a sua assistência no primeiro estágio do TP determinaram também a necessidade de intervenção, para providenciar uma melhor qualidade na aplicabilidade da deambulação e das posições verticais.

A estratégia de apoiar ou ajudar presencialmente a parturiente, aquando do balanceio na posição de pé ou sentada na bola de *Pilates*, revelou ser assegurada por

mais de metade da equipa de EESMO apenas *Às Vezes* (53,1%), bem como a exemplificação das diferentes posições verticais que a mulher pode assumir (56,3%). O incentivo do acompanhante para ajudar a mulher na adoção de posturas verticais, também se revelou como uma prática que 1/3 destes profissionais realiza *Às Vezes* (31,3%). A análise divulgou ainda que a maioria dos EESMO (65,6%) tem como conduta solicitar, *Frequentemente* (43,7%) ou *Sempre* (21,9%), à parturiente que adote a posição supina para avaliar a progressão do TP.

As mulheres devem ser estimuladas a experimentar posições confortáveis, evitando longos períodos em decúbito dorsal e apoiadas nessas escolhas, pelo que a presença do EESMO é determinante na transmissão de segurança e confiança (Brüggemann, Knobel, Siebert, Boing & Andrezzo, 2009). No mesmo sentido, a equipa de enfermagem deve promover a presença e o envolvimento do acompanhante, como elemento participativo nos cuidados à parturiente, ajudando-a na movimentação e na adoção de diferentes modalidades de posicionamento (Dodou et al., 2014).

Os EESMO devem investir no treino de habilidades para que se sintam confiantes na assistência nas várias posturas verticais (WHO, 1996), adquirindo competências que lhes permitam realizar os toques vaginais, em qualquer que seja a posição em que a parturiente se encontre (Thies, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013).

No processo de análise inferencial, seguindo a variável dependente (práticas de enfermagem), distribuição normal ($p\text{-value} \geq 0,05$) e homogeneidade de variâncias ($p\text{-value} > 0,05$), aplicou-se o teste paramétrico ANOVA *one-way*, que permite avaliar se o comportamento da variável medida é, supostamente, influenciado por um fator, neste caso pela variável independente, em diferentes grupos (Marôco, 2014). Concluiu-se que as variáveis independentes (idade, habilitações literárias e tempo de exercício profissional no SUOG do CHBM, EPE), não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas práticas da equipa (representadas nos 25 itens da escala de avaliação), uma vez que $p\text{-value} > 0,05$.

É de salientar que, apesar de alguns profissionais apresentarem outras habilitações literárias para além da especialização, nenhum deles apresenta formação específica na área da mobilidade pélvica no TP, relacionada com a deambulação e a mudança da postura corporal.

Contudo a variável independente – tempo de exercício profissional como EESMO, assume inferência estatística sobre as intervenções dos profissionais, na promoção da deambulação e no encorajamento à adoção de posições verticais, em

parturientes de baixo risco obstétrico, pois com uma probabilidade de erro de 5%, *p-value* toma o valor de 0,018. Como referem Esser, Mamede e Mamede (2012), para além da educação do profissional especializado, o tempo de exercício prático das suas funções, é essencial para a obtenção da sua capacitação efetiva na atenção qualificada no TP, parto e nascimento. A experiência da própria parteira irá influenciar a diversidade de posições promovidas, facilitando a adoção das mesmas pela mulher (De Jonge & Lagro-Janseen, 2004; Spiby et al., 2003).

No questionário, o recurso a 11 imagens relacionadas com as posturas possíveis de serem adotadas pelas parturientes, pretendeu averiguar quais dessas posições são recomendadas pelos EESMO, bem como aquelas que os profissionais observam que as mulheres adotam ao longo do primeiro estágio do TP.

Atendendo à prática dos EESMO, de acordo com as suas supostas preferências, destacaram-se entre as posições recomendadas: movimento de balanceamento apoiada na bola de *Pilates*; de pé, movimentando-se e/ou apoiada no companheiro; sentada na cama com flexão dos membros inferiores (MIs) e plano superior reclinado e sentada na cama com extensão dos MIs e plano superior reclinado (Figura 8).

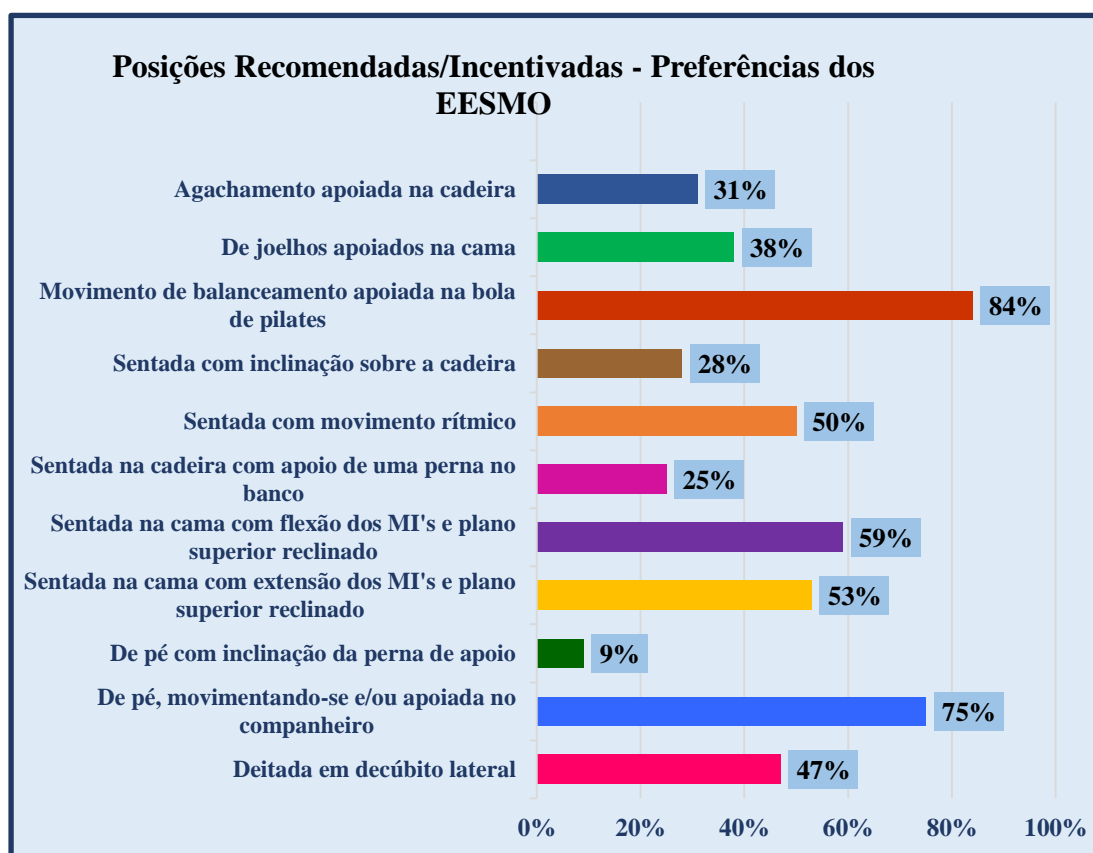


Figura 8 – Gráfico: Posições recomendadas pelos EESMO.

Fonte: SPSS.

Como evidenciado na literatura, o profissional deve estimular o uso da bola de *Pilates* pela parturiente, pois para além de tratar-se de outra opção de conforto, permite a liberdade na adoção de diferentes posições, promove a posição vertical no TP e possibilita o exercício do balanço pélvico (Oreano, Bruggemann, Velho & Monticelli, 2014).

Outras posturas categorizadas como posições verticalizadas, especialmente a posição de cócoras e de mãos e joelhos apoiados, encontraram-se entre as que são menos estimuladas por esta população-alvo de profissionais.

Relativamente às presumíveis preferências das mulheres, os profissionais foram unânimes em indicar as posições de pé, movimentando-se e/ou apoiada no companheiro e deitada em decúbito lateral, como as posturas que as parturientes mais assumem de forma espontânea (Figura 9). A maioria dos EESMO assinalou ainda as posições sentada na cama com extensão dos MIs e plano superior reclinado; movimento de balanceamento apoiada na bola de *Pilates* e sentada na cama com flexão dos MIs e plano superior reclinado, como outras das posições adotadas com maior frequência pelas parturientes, sem que estas tenham de ser, previamente, incentivadas ou instruídas.

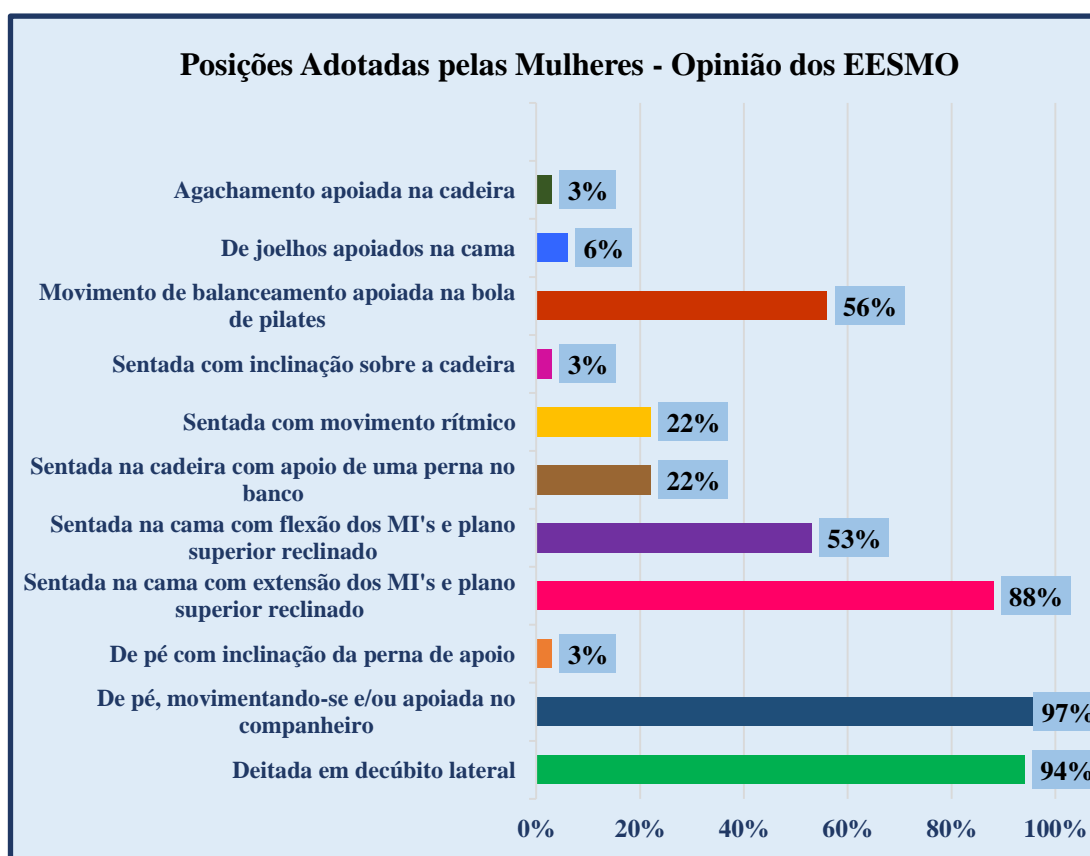


Figura 9 – Gráfico: Posições adotadas pelas mulheres (opinião dos EESMO).

Fonte: SPSS.

Algumas das posições adotadas, preferencialmente, pelas mulheres, de acordo com a opinião da equipa, correspondem a posturas que se restringem, principalmente, à permanência no leito, ainda que não em posição de decúbito dorsal.

Nas posições menos adotadas destacou-se entre outras, a posição de agachamento apoiada na cadeira. Habitualmente, a posição de cócoras não é adotada ou solicitada pelas mulheres e o fortalecimento do assoalho pélvico não é de rotina na nossa sociedade. A capacitação dos profissionais na execução de ensinamentos sobre exercícios perineais, que pudessem ajudar a tonificar a musculatura pélvica nas grávidas, seria primordial para familiarizá-las com esta postura e conseqüentemente, conduzi-las a optarem por esta modalidade de posicionamento no TP, a fim de se prevenirem lacerações perineais (Bavaresco, Souza, Almeida, Sabatino & Dias, 2011).

Através da análise dos dados, à exceção do posicionamento em decúbito lateral, tornou-se curioso verificar que as posições que os EESMO incentivam as mulheres a adotarem, coincidem, praticamente na sua totalidade, com as posições que estes mencionam que as mulheres assumem naturalmente. A mesma similitude se destacou nas suas opções de escolha, quanto às posturas que não recomendam/não incentivam e as posições que não observam as mulheres adotarem de forma espontânea.

A última secção do instrumento de colheita de dados apresentou uma grelha com 23 hipóteses de escolha, entre as quais cada EESMO selecionou 4. O objetivo foi identificar quais os limitadores e/ou inibidores da aplicabilidade das referidas estratégias de assistência durante o TP. A equipa evidenciou respetivamente: a recusa/resistência da equipa de obstetras (78,1%); a recusa/resistência da equipa de anestesistas (40,6%); a aplicação médica de prostaglandinas para ITP (37,5%) e a falta de equipamento (34,4%).

As intervenções ao longo do primeiro estágio do TP, tais como: a administração EV de soros (90,6%), de medicamentos para atenuar a dor (87,5%) ou de perfusões ocitócicas (96,9%); a analgesia epidural (87,5%) e a técnica de amniotomia (90,6%), de acordo com os resultados percentuais obtidos, não foram consideradas como impeditivas na promoção da deambulação e da adoção de posturas verticais, contrariamente ao evidenciado noutras pesquisas anteriormente referidas.

De forma evidente, os resultados obtidos permitiram estabelecer a necessidade de maior motivação, formação e treino da equipa de EESMO, por forma a melhorar alguns aspetos na aplicabilidade da mobilidade e na utilização da mudança postural na parturiente.

3.2.2. Necessidades Específicas da População-Alvo de Parturientes

Na amostra representativa das 58 mulheres que deambularam e adotaram posições verticais, o processo de reconhecimento das necessidades de intervenção profissional, decorreu ao longo do estudo e baseou-se nos dados adquiridos através da aplicação da escala construída sobre a importância atribuída pelas parturientes, às intervenções facultadas pelos EESMO, no período de admissão no Bloco de Partos e consequentemente até ao momento que antecedeu o parto.

Nas secções 3.1. e 4.1. do questionário, nas questões de formato dicotómico (sim/não), as mulheres identificaram os cuidados a que foram submetidas. Posteriormente, nos 29 itens da escala de avaliação da importância pessoal atribuída às intervenções dos EESMO (secções 3.2. e 4.2.) as mulheres assinalaram as suas respostas, numa escala de Likert, cuja pontuação variou de 1 (*Nada Importante*) a 5 (*Muito Importante*) (Apêndice C).

No tratamento da informação recorreu-se, novamente, à estatística descritiva pelo programa *SPSS®*, versão 22. Durante a admissão, os resultados indicativos dos cuidados de enfermagem recebidos pelas parturientes demonstraram que a validação do conhecimento relativo aos benefícios da deambulação/posições verticais, não foi uma intervenção assegurada junto da maioria das parturientes (53,5%) e que a entrega de material relativo às vantagens dessas estratégias não foi facultada à maior parte (44,8%) das participantes.

Na amostra houve ainda uma pequena fração das mulheres que não foi instruída sobre os efeitos benéficos da deambulação/posições verticais (13,8%) ou incentivada a mover-se ou adotar a posição mais cómoda (5,2 %), enquanto o EESMO realizava a sua admissão, nem lhe foi confirmada, pelo profissional, a existência de plano de parto, contemplando a intenção de adotar a mobilidade e/ou assumir diferentes posições no primeiro estágio do TP (6,9%).

Os dados facultados através dos 9 itens da dimensão temática – Importância relativa aos cuidados de enfermagem recebidos na admissão do Bloco de Partos –, indicaram que as intervenções de enfermagem, diretamente relacionadas com a validação, permissão e incentivo para deambular e/ou adotar posições verticais, foram aquelas que as mulheres destacaram como mais significantes, atribuindo-lhe um *score* 4 (*Importante*).

A maioria das mulheres, com as quais foi realizada a verificação do plano de parto e efetivados ensinamentos sobre os benefícios das referidas intervenções, na FA do TP, também indicaram esses cuidados como uma *Importante* medida (respetivamente 63,8% e 67,2%).

Durante o TP, na perspectiva das parturientes, houve também determinados cuidados que não foram assegurados pela equipa de EESMO, como a exemplificação das posições verticais (31,1%) e o incentivo do acompanhante para as apoiarem na adoção dessas posições (25,9%). Com igual percentagem (10,3%), a transmissão de informação e o acesso a outros métodos não farmacológicos de alívio da dor, para além da movimentação e das posições verticais, também não foram medidas proporcionadas a todas as parturientes incluídas na amostra.

Destacou-se ainda que a avaliação da cervicometria na posição vertical, não constituiu uma intervenção realizada na grande maioria destas mulheres (89,7%), enquanto a MFE contínua e a administração EV de soros foram procedimentos de rotina na assistência às parturientes.

Pela observação realizada durante o estudo e com base em alguns testemunhos informais das parturientes, a presença de infusões EV tornou-se inconveniente quando pretenderam assumir diferentes posições, como a posição de mãos e joelhos apoiados, sendo que, por vezes, a sua mobilização também se tornou limitada à distância permitida pelo sistema de cardiotocografia disponível. Como salienta Ondeck (2014), as mulheres devem ter autonomia para decidirem sobre determinadas intervenções ou práticas a que são muitas vezes, sujeitas de forma rotineira e que interferem com a sua liberdade de movimentos, no entanto os protocolos institucionais e os recursos disponíveis acabam por determinar o modelo de cuidados.

Relativamente aos 20 itens da dimensão – Importância relativa aos cuidados de enfermagem recebidos durante o primeiro estágio do TP, especificamente na FA, a relevância pautada às intervenções variou entre o *score 2 (Pouco Importante)* e o *score 5 (Muito Importante)*.

Durante a FA, de igual forma, a maioria das mulheres (63,8%) assinalou como importantes as intervenções de enfermagem relacionadas com a aprovação, a recomendação e a motivação pessoal para a mobilidade e a adoção de posições verticais. Metade das participantes (50%), às quais foram exemplificados esquemas de diferentes posições e a maioria (70,7%) daquelas que foram ajudadas pelos profissionais, no movimento de balanceio e lhes foi facultado o uso de materiais de

apoio na adoção das posições verticais (65,6%), sendo ainda informadas e submetidas a diferentes medidas não farmacológicas para atenuar o desconforto (58,6%), também classificaram estas intervenções com *score* 4 (*Importante*). Segundo a maior parte das parturientes (41,4%), a presença do acompanhante e a sua ajuda para a manutenção da postura verticalizada representou, igualmente, uma *Importante* intervenção proporcionada no processo de parturição.

Nas mulheres em que a marcha e o posicionamento vertical foi interrompido, para que o EESMO avaliasse a dilatação cervical, a maioria (51,7%) relativizou o procedimento como *Pouco Importante*, o que permitiu constatar que sentindo-se mais confortáveis na posição vertical, teriam preferido a realização da cervicometria nessa posição, em vez de serem submetidas à posição de litotomia dorsal no leito.

No decorrer da FA, a prévia justificação da administração de soros, de perfusão ocitócica e/ou de analgésicos opiáceos; da MFE contínua/intermitente e da técnica de amniotomia, variando numa pontuação de *Importante* a *Muito Importante*, tornou-se essencial para as parturientes. Estas mulheres, na sua maioria (62,1%), classificaram ainda com máxima importância (*score* 5) o facto do profissional de enfermagem lhes ter explicado todas as dúvidas.

Numa breve síntese, pôde-se concluir que os cuidados de enfermagem, mais reconhecidos pelas mulheres, foram aqueles que interferiram com a sua segurança e conforto. Como mencionam Reis, Meincke, Bielemann, Carraro e Lopes (2013), as parturientes valorizam fortemente a presença e a atenção disponibilizada pela equipa de enfermagem, no esclarecimento de dúvidas e receios, sentindo-se mais seguras e cuidadas no decurso do TP e parto.

O papel do profissional que assiste a parturiente é, além de fornecer orientações gerais como saber lidar com a dor e o desconforto, estimulá-la a fazer uso da deambulação e da postura vertical, através de exercícios de levantamento e de agachamento, bem como com a bola de *Pilates*, enfim assegurar o uso de quaisquer recursos para tornar o processo menos doloroso e fazer com que a mulher fique mais colaborativa (Oliveira e Silva et al., 2013). Desta forma, é possível a mulher reconhecer o apoio do EESMO, considerado como diferencial na experiência de parturição, em dois aspetos primordiais: o acolhimento, em que são transmitidas as informações e o vínculo estabelecido, com o reconhecimento das capacidades da mulher e a confirmação do seu poder de escolha (Pinheiro & Bittar, 2012).

A presença da pessoa significativa também reforça positivamente o processo de TP, nomeadamente no aspeto do conforto, apoio, segurança e tranquilidade, que representa para a mulher ter uma pessoa próxima junto de si (Perdomini & Bonilha, 2011), apoiando-a e incentivando-a a mover-se (Mamede, Gomes et al., 2007).

As parturientes identificam as técnicas não farmacológicas de alívio da dor como benéficas no seu conforto e autonomia, ao permitir-lhes reconhecer a suas sensações corporais e contribuir para um maior controlo e liberdade no uso dos seus movimentos (Abdolahian, Ghavi, Abdollahifard & Sheikhan, 2014; Barros, 2011; Müller, Collaço & Santos, 2013).

Através do questionário, num esquema em desenho com várias posições, foi ainda solicitado às parturientes, para que assinalassem as imagens correspondentes às posturas adotadas durante o primeiro estágio do TP, bem como aquelas representativas de lhes terem proporcionado maior sensação de alívio da dor e consequentemente de conforto e bem-estar.

A posição mais adotada foi a posição de pé apoiada na parede, seguindo-se as posições deitada de lado; sentada na bola de *Pilates* e de pé apoiada na cama. Entre as posições menos adotadas destacaram-se: de joelhos apoiada na bola; sentada na cadeira com elevação dos pés e sentada inclinada sobre a cadeira (Figura 10).

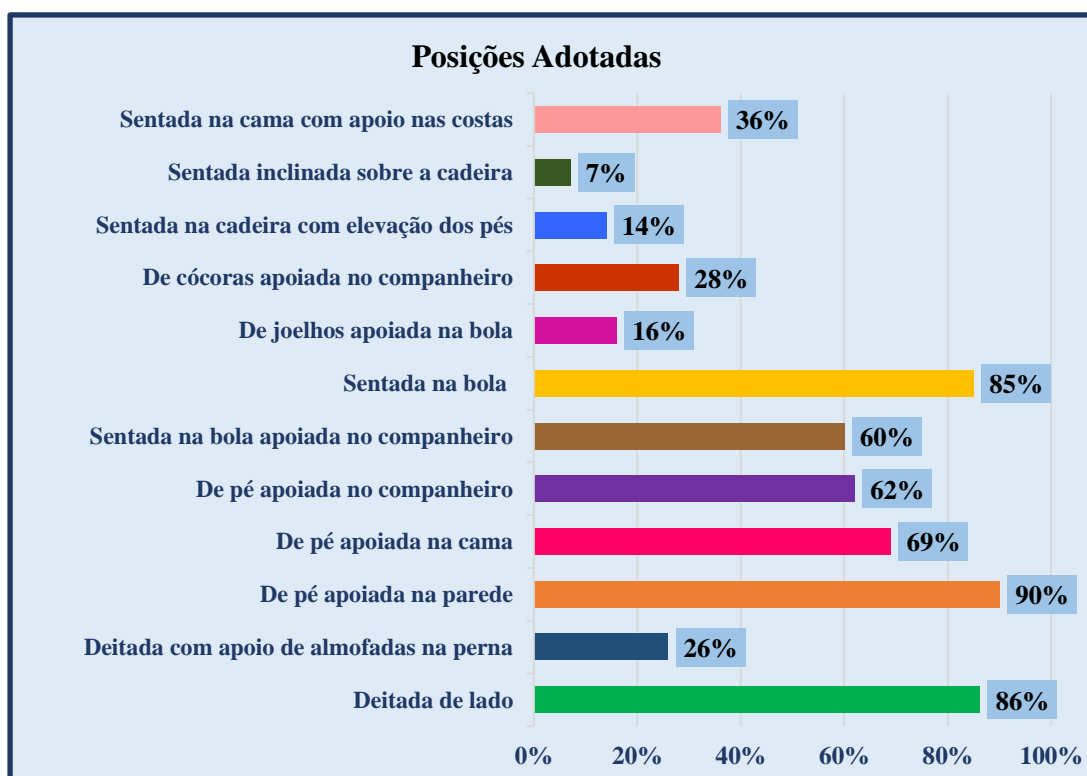


Figura 10 – Gráfico: Posições adotadas no primeiro estágio do TP.

Fonte: SPSS.

No que se reporta às posições de maior conforto, as mulheres indicaram as posições: de pé apoiada na parede; sentada na bola de *Pilates* e de pé apoiada na cama (Figura 11). A análise dos dados permitiu verificar que a posição de pé, sendo uma das posturas mais recomendadas pelos EESMO, foi também aquela que as parturientes do estudo mais adotaram, apoiando-se, balanceando ou deambulando em simultâneo. A posição vertical é preferida pelas parturientes e tende a ser adotada de forma natural, pois promove o alívio da dor, aumenta a comodidade e promove a satisfação materna (Miquelutti, Cecatti, Morais & Makuch, 2009).

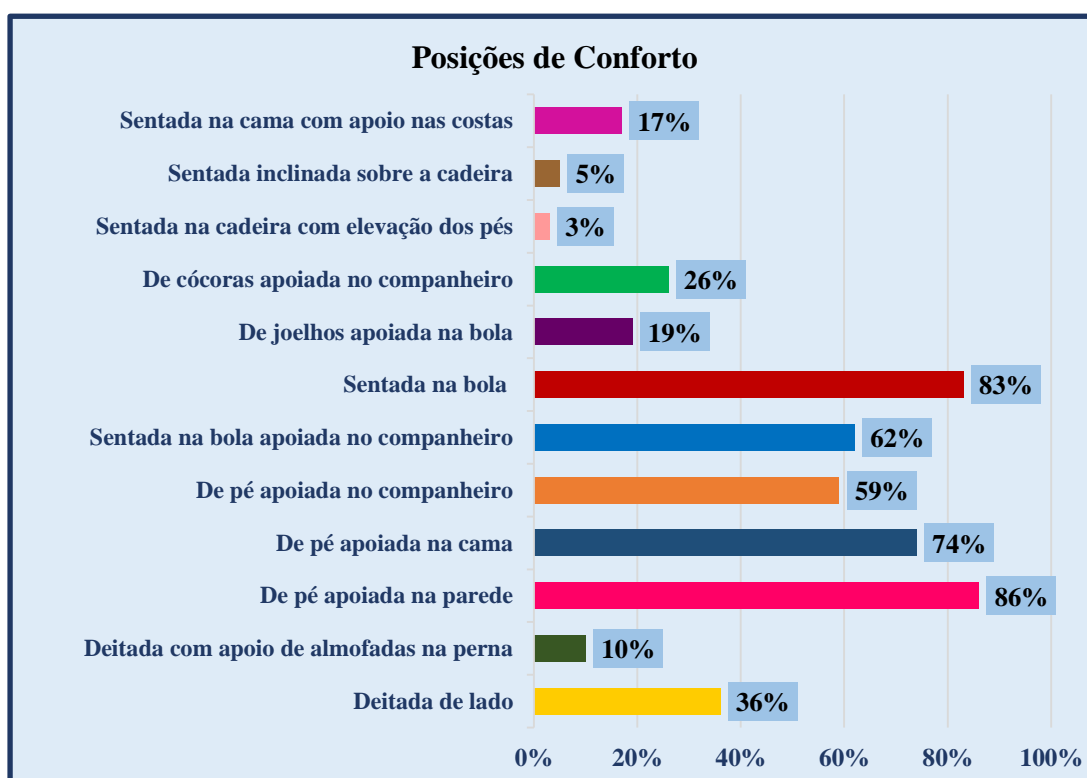


Figura 11 – Gráfico: Posições de conforto no primeiro estágio do TP (opinião das mulheres).

Fonte: SPSS.

A posição de menor conforto correspondeu à posição sentada na cadeira com elevação dos pés. Outras posições, indicadas como proporcionando menor conforto durante o primeiro estágio do TP, foram: sentada inclinada sobre a cadeira; deitada com apoio de almofadas na perna; sentada na cama com apoio nas costas e de joelhos apoiada na bola de *Pilates*.

A pesquisa realizada tornou evidente a necessidade de se estabelecer uma metodologia de ensino/aprendizagem com grávidas/parturientes de modo a motivá-las e encorajá-las a explorarem diferentes posições, melhorando e reforçando a qualidade do acompanhamento contínuo promovido pelo EESMO.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

A pesquisa bibliográfica, inerente a estudos realizados com profissionais de saúde, demonstrou a falta de investigações, única e especificamente, direcionadas para a avaliação das práticas dos EESMO, a nível da promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posturas verticais, em parturientes de baixo risco obstétrico. Os estudos que existem, de forma geral, reúnem a apreciação das diferentes práticas regulamentadas pela OMS nas intervenções dos profissionais durante o TP e parto.

Relativamente à população-alvo de parturientes, tornou-se estimulante averiguar a diversidade de ensaios internacionais, de diferente tipologia, que incluindo mulheres, quer na FL, quer na FA do TP, têm comprovado a influência benéfica da movimentação e da mudança de posição nas diferentes variáveis do TP.

Apresentam-se, de forma sucinta, alguns dos estudos mais atuais e considerados pertinentes, de acordo com a investigação deste projeto de intervenção.

3.3.1. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo de EESMO

No ano de 2010, o RCM envolvido na campanha sobre o “Parto Normal” desenvolveu uma atividade, que pretendeu avaliar as posições usadas pelas enfermeiras parteiras durante o TP. Participaram nesta iniciativa 24 Maternidades, pelas quais foram distribuídos cerca de 929 formulários de pesquisa. Este instrumento mostrava oito figuras de diferentes posições verticais: de pé apoiada; sentada na bola; inclinada na cadeira; inclinada para a frente; de cócoras; de mãos e joelhos apoiados; na piscina e sentada na cama semi-reclinada. Entre as profissionais que responderam, registou-se uma pequena diferença entre as posições promovidas pelas enfermeiras parteiras e as estudantes de Obstetrícia, relativamente à posição da parturiente, de pé apoiada, (20% vs. 15%) ou semideitada (48% vs. 55%).

A maioria das posições utilizadas (63%) inseriram-se na categoria das posições verticais, destacando-se a postura apoiada em pé (20%); quatro apoios (14%) e sentada na bola (13%). A posição de cócoras (4%); ajoelhada (8%) e inclinada sobre uma cadeira (4%), foram as posturas corporais verticalizadas menos promovidas e somente em 26% dos casos foi recomendada a posição semideitada.

Nos cuidados identificou-se a utilização de pelo menos uma posição vertical diferente em cada TP, o que constituiu um indicador positivo na qualidade assistencial (RCM, 2010).

Através da aplicação do referido formulário, as enfermeiras parteiras relataram que encontraram uma forma fácil de avaliar a aplicabilidade da posição vertical no TP, constituindo o mesmo uma importante ferramenta na auditoria da prática de cuidados e conseqüentemente na identificação de problemas e necessidades.

Uma aliciante investigação dirigida pela Universidade de Salford no Reino Unido, no ano de 2012, procurou identificar um conjunto de posturas e movimentos comumente observados durante o TP e desenvolver um sistema de monitorização da atividade postural materna. Primariamente, através de um inquérito, averiguou-se quais as posições que as enfermeiras parteiras, de acordo com a sua prática clínica, observavam que as mulheres adotavam regularmente. De acordo com as respostas obtidas, um total de 13 figuras representativas das posturas maternas foram hierarquizadas por 95 profissionais com experiência na assistência ao TP. Adotando a metodologia de prática simulada em laboratório, a 15 estudantes de Enfermagem Obstétrica foram colocados dois monitores, um a nível da coxa e outro no tornozelo. Este dispositivo mediu os padrões da atividade postural, em cada uma das 13 posições identificadas. O sistema utilizado demonstrou excelente sensibilidade e especificidade de quantificação da atividade para quatro posturas, usualmente adotadas pelas mulheres no primeiro estágio do TP: sentada; de pé; de joelhos e de cócoras. Os investigadores ressaltaram a importância de testar, efetivamente, este sistema numa amostra de parturientes, destacando que o mesmo, futuramente, poderá permitir relatar o efeito das diversas posições na duração do primeiro estágio do TP, na dor, na satisfação e no bem-estar neonatal (Martin, Kenney, Pratt & Granat, 2015).

Num estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado entre 2013 e 2014, numa Maternidade do Brasil, objetivou-se a avaliação dos cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres durante o primeiro estágio do TP, de acordo com as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde. Pelo método de observação participada e mediante o preenchimento de um questionário do tipo *check-list*, os resultados demonstraram que a equipa de EESMO, entre as suas várias intervenções, estimularam: a mudança de posição da parturiente ao longo do TP, de acordo com a sua livre vontade (47,6% dos casos observados) e a aplicabilidade da deambulação, enquanto método que favorece o alívio da dor (92,9%) e das posturas verticais

(83,3%). O uso da bola de *Pilates*, como estratégia que proporciona a adoção de diferentes posições na mulher, foi promovido em menor extensão (16,7%). Determinou-se a necessidade dos EESMO repensarem as práticas, por forma a introduzirem mudanças nos seus comportamentos e atitudes, principalmente no encorajamento da mulher para manter a postura ereta e para a utilização de materiais de apoio (Lucas, Rocha, Costa, Oliveira & Melo, 2015).

Noutra investigação com semelhante objetivo e metodologia, que analisou as informações recolhidas entre 2011 e 2013, numa amostra de 312 mulheres assistidas em duas instituições de saúde, incluídas entre as 11 Maternidades do Estado de Belo Horizonte, que participaram na pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: um inquérito sobre parto e nascimento”, os resultados revelaram o empenho da equipa de enfermeiras obstétricas na adequação das práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas na condução do TP. A liberdade de posição e de movimento no TP, bem como a presença e o incentivo à colaboração do acompanhante, foram assim respeitadas pelas enfermeiras, em mais de 95% das mulheres assistidas. A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor ao longo do TP ocorreu em 74% das parturientes (Sousa et al., 2016).

Em Portugal, os únicos resultados disponíveis e reportados pelo Colégio de Saúde Materna e Obstétrica da OE no “Relatório do Projeto Maternidade com Qualidade”, permitiram verificar que no primeiro ano de implementação do projeto, a mobilidade das parturientes foi assegurada, pelas equipas de EESMO, em 60% das instituições envolvidas e que a mudança e livre escolha de posições na FA do TP melhorou do primeiro para o segundo semestre em três dessas Maternidades (OE, 2015).

A adesão às boas práticas na atenção ao TP e parto normal envolveu, recentemente, a construção e a validação do conteúdo de um instrumento, sujeito a revisão por 10 peritos com intervenção na área, entre os quais EESMO e obstetras. O instrumento final é composto por 50 itens, com possibilidade de resposta, através de escala de Likert de cinco pontos (*discordo totalmente – score 1 até concordo totalmente – score 5*) e repartidos por três dimensões: Organização da Rede de Cuidados de Apoio à Gravidez, ao Parto e Nascimento; Práticas Obstétricas baseadas em Evidências Científicas e Protocolos de Trabalho na Assistência Obstétrica. Nos 22 itens da dimensão relativa às práticas obstétricas, existe apenas um único item de avaliação do nível de concordância do profissional, quanto à estimulação da liberdade de posição da parturiente durante o TP e parto (Carvalho, Gottens & Pires, 2015).

3.3.2. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo de Parturientes

Os estudos científicos realizados com parturientes e que se direcionaram para a análise da sua satisfação quanto à assistência no TP e parto, reportam-se sobretudo à abordagem das suas perceções e vivências nesses momentos das suas vidas. Diversas revisões sistemáticas da literatura (RSL), realizadas por Gonçalves, Cesar e Mendoza-Sassi (2009), permitiram identificar que as expectativas, a importância e a satisfação atribuída pelas mulheres, aos cuidados a que foram submetidas durante o evento do TP e parto se categorizam em quatro dimensões: emocional – pelo encorajamento, elogio e tranquilidade promovida; conforto físico – por meio de auxílio à mulher para mover-se ou mudar de posição e pela oportunidade de experimentar diferentes medidas de alívio da dor; informacional – quando são dispensadas as devidas informações/orientações sobre a evolução do processo e intermediação – quando há a devida interpretação dos desejos da mulher pelo acompanhante e a sua transmissão à equipa de enfermagem.

Através de uma revisão integrativa da literatura, realizada em Portugal, em que os artigos analisados tinham como intenção abordar as experiências de TP e parto, reportando-se à descrição de acontecimentos, também foi possível identificar quatro áreas que influenciam a satisfação das parturientes: a atenção disponibilizada pelos EESMO; os cuidados recebidos; o controlo percebido e o alcance das suas expectativas. Concluiu-se através desta revisão que as experiências do TP tendem a ser mais satisfatórias, quanto maior for o respeito pelo carácter fisiológico do processo e mais envolvida estiver a mulher na tomada de decisões (Carvalho, 2014).

Uma investigação do tipo transversal, descritiva e correlacional, efetuada por Madaíl (2013), numa amostra de 104 mulheres atendidas durante o processo de parturição na Maternidade do Centro Hospitalar da Cova da Beira e cujo instrumento de colheita de dados foi o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, permitiu verificar que a perceção e a atuação dos EESMO perante a dor manifestada pela mulher têm valor preditivo sobre a sua satisfação, pelo que os profissionais de saúde devem adequar as suas práticas no sentido de atenuarem o desconforto provocado pelas contrações uterinas.

Várias pesquisas, como as que se seguem, demonstraram que a influência que a mobilidade associada à postura corporal assume perante determinadas variáveis,

nomeadamente na duração do primeiro estágio do TP; no uso de ocitócicos ou de outras manobras para acelerar o TP; na dor; no recurso a analgesia epidural e/ou opioides; na rotação espontânea da cabeça fetal; na realização de episiotomia e/ou na ocorrência de traumatismo perineal; no tipo de parto; na satisfação materna e no bem-estar fetal/neonatal, encontram-se intimamente relacionadas, dependendo sobretudo do efeito fisiológico conseguido no organismo de cada mulher.

Num estudo de carácter experimental, que analisou a relação entre a deambulação e a duração da FA do TP, numa amostra de 80 primíparas, concluiu-se que as mulheres que deambularam uma distância maior nas primeiras três horas da FA tiveram uma redução no tempo de duração do primeiro estágio do TP. Contudo, a avaliação do efeito da deambulação associado à RABA e ao uso de ocitocina, não demonstrou significância estatística em relação à duração do TP. Relativamente ao tipo de parto, destacou-se que 74 das mulheres tiveram parto eutócico e que, apenas 6 mulheres foram submetidas a cesariana. Os resultados neonatais, após avaliação ao 5º minuto de vida, obtiveram valores de Índice de Apgar (IA) superiores ou iguais a 7, representando boas condições de vitalidade dos RNs (Mamede, Gomes et al., 2007). Importa salientar que neste estudo, todas as parturientes aderiram à livre movimentação durante o TP e que nenhuma delas desistiu, o que poderá ter-se relacionado com o suporte contínuo oferecido por uma das investigadoras, a qual enfermeira obstétrica e que acompanhou cada uma das participantes envolvidas, durante toda a FA do TP, encorajando-as a deambular e fornecendo-lhes orientações.

A avaliação da dor em nulíparas, de acordo com a posição adotada no TP, numa análise secundária dos resultados de um ensaio clínico randomizado, revelou que aos 4 cm de dilatação as mulheres que apresentaram *score* 5 na Escala Numérica da Dor, permaneceram a maior parte do tempo do primeiro estágio do TP na posição vertical (41% do tempo de duração), enquanto as mulheres com *score* 7 só estiveram na posição vertical cerca de 21% do tempo total do TP. A satisfação materna com a posição adotada demonstrou que, nas mulheres entre os 4-6 cm de dilatação, se verificou uma maior satisfação naquelas que permaneceram na posição vertical, em mais de 50% do tempo do primeiro estágio do TP (Miquelutti et al., 2009).

Através de um ensaio randomizado envolvendo 200 primíparas, distribuídas, de forma aleatória, em dois grupos de 100 mulheres, confirmou-se que a movimentação tem efeitos benéficos a nível da progressão do primeiro estágio do TP, nomeadamente no tempo de duração da FL. Desta forma, nas mulheres que foram convidadas a

levantarem-se e a deambularem, podendo sentar-se sempre que desejassem, a duração média da FL foi de aproximadamente 10 horas e para as mulheres que permaneceram deitadas, alternando decúbitos laterais, de 15 horas. Na duração média da FA, não se verificou diferença estatística significativa entre os dois grupos de primíparas. Os resultados demonstraram ainda que houve uma diminuição dos *scores* de dor na FL, associada à deambulação, bem como uma redução do uso de ocitocina, do número de partos distócicos, de episiotomias e de complicações maternas (Regaya et al., 2010).

Noutras RSL que compilaram vários ensaios clínicos (Baker, 2010; Kripke, 2010; Priddis, Dahlen & Schmied, 2011), a análise também destacou as evidências científicas sobre as vantagens físicas e psicológicas das posições verticais no TP, na duração mais curta da primeira fase, associada à evidente eficácia da contratilidade uterina. No entanto, se relativamente ao tipo de parto foi unânime entre os estudos analisados por Baker (2010), que quando a mulher foi encorajada a caminhar e a manter-se em posições não supinas, durante o primeiro estágio do TP, o número de partos instrumentais/cirúrgicos diminuiu, já Kripke (2010), através da verificação dos resultados de 21 estudos randomizados e quasi-randomizados, com cerca de 3706 mulheres, concluiu que não se verificaram diferenças no tipo de parto, associado ao facto de as mulheres terem ou não adotado posições verticais.

Na análise dos estudos da RSL, realizada por Baker (2010), comprovou-se ainda que as mulheres em posição vertical, apresentando uma maior tolerância à dor desencadeada pelas contrações uterinas, foram menos propensas a ter analgesia epidural do que as mulheres que se mantiveram em posições de supino ou reclinadas, bem como à administração de narcóticos para alívio da dor, o que trouxe benefícios aos resultados neonatais, particularmente na diminuição de efeitos adversos a nível do sistema nervoso central do RN.

Mais recentemente, noutra importante pesquisa de revisão da literatura, a qual com publicação na *Cochrane Library*, incluindo 25 estudos randomizados com 5218 primíparas, também se verificou que nas mulheres sem analgesia epidural e que adotaram posições verticais houve uma diminuição da duração do primeiro estágio do TP, menor taxa de cesarianas e de complicações fetais/neonatais. Porém nas parturientes com analgesia epidural, não houve diferenças significativas, quanto às diferentes variáveis analisadas (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013).

Relativamente à variável obstétrica relacionada com o tempo de duração do primeiro estágio do TP, outro estudo quasi-experimental randomizado, desenvolvido

por Kumud, Rama e Chopra (2013), com 60 participantes, divididas em dois grupos de 30 elementos, demonstrou, igualmente, um encurtamento na duração da FA, de aproximadamente 2 horas para as mulheres que deambularam e assumiram as posições de pé, sentada na cama com inclinação do plano superior e/ou sentada numa cadeira, comparativamente às mulheres cuja postura corporal no TP, se restringiu à posição de litotomia dorsal no leito. De referir que, neste ensaio experimental, 50% das mulheres teve início espontâneo do TP, sem necessidade de intervenções para provocar a sua indução e/ou progressão e a associação entre útero-ocitócicos e outras drogas para acelerar o TP, verificou-se em 13,3% das mulheres que se mantiveram deitadas e em apenas 3,3% das mulheres que escolheram deambular e/ou alternar diferentes posições verticais, as quais na sua globalidade tiveram um parto vaginal.

Com a finalidade de comparar os resultados maternos e neonatais entre mulheres que permaneceram no leito em posição reclinada durante mais de 50% do tempo do TP e mulheres que assumiram a posição vertical, bem como estabelecer se existiram diferenças entre os dois grupos, quanto à rotação da cabeça fetal, da variedade OP para OA, de acordo com a posição materna adotada, foi desenvolvido um estudo de coorte observacional com 225 mulheres, em que a vigilância e a assistência no processo de parturição foi exclusivamente realizada por parteiras (Gizzo et al., 2014).

Os resultados da referida investigação permitiram averiguar que a adoção de diferentes posições verticais (sentada, de cócoras e quatro apoios) contribuiu para a redução significativa da duração do primeiro estágio do TP, com aumento da eficácia em respostas comportamentais positivas caracterizadas por uma maior tolerância à dor das contrações uterinas; a diminuição de situações de registo de FCF anómala e da taxa de partos instrumentais/cirúrgicos, bem como da ocorrência de distocias e de lacerações perineais graves, da realização de episiotomia e da necessidade de manobras de reanimação neonatal e de transferência do RN para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A persistência da variedade OP até ao momento do parto, verificou-se em 39,6% das mulheres que adotaram posições supinas contra 28% das mulheres que experimentaram posições não supinas.

Contrariamente a este estudo, outro ensaio quasi-experimental não conseguiu comprovar uma relação significativa entre a deambulação e o tipo de parto, no entanto as mulheres que foram motivadas a caminhar, de acordo com a sua tolerância, sendo-lhes facultados períodos de descanso, recomendaram a deambulação como estratégia de conforto (Prabhakar, George & Karkada, 2015).

Destaca-se também um atual ensaio clínico numa amostra de 439 mulheres, que mediante prévio controlo ecográfico, revelavam apresentação fetal em variedade OP, no início do TP e que pretendendo determinar a influência da posição de mãos e joelhos na facilidade de rotação da cabeça fetal de OP para OA, não conseguiu justificar o benefício dessa posição na correção da estática fetal para a variedade. Porém estas mulheres referiram maior alívio do desconforto, relacionado com a referida postura (Guittier, Othenin-Girard, Gasquet, Irion & Boulvain, 2016).

Na tentativa de avaliar o conhecimento das mulheres sobre as posições verticais e o seu uso durante o TP e parto, o *Australian College of Midwives* divulgou os resultados de um estudo descritivo transversal que englobou 373 mulheres de baixo risco obstétrico, assistidas numa Maternidade do Malawi (Zileni et al., 2016).

Os dados foram recolhidos através de um questionário estruturado aplicado por profissionais de enfermagem devidamente treinados e permitiram concluir que a maioria dessas mulheres tinha conhecimento sobre a aplicabilidade de diferentes posições no TP (96,5%) e no momento do parto (99,2%). No entanto, as posições no TP enumeradas como as mais conhecidas reportaram-se à deambulação (66,4%) e ao decúbito lateral (60,6%), sendo as menos reconhecidas a posição sentada (2,2%), de cócoras (1,4%) e de joelhos (1,9%), enquanto a posição supina (99,2%) foi a mais confirmada para o nascimento. Relativamente às vantagens e desvantagens das várias posições, a maioria das mulheres (88,1%) que adotaram pelo menos uma dessas posturas, conseguiu identificar os seus benefícios e uma minoria (12,8%) também sabia os seus riscos. As vantagens associadas à deambulação e à posição lateral, indicadas como as mais conhecidas, foram a rápida dilatação do colo do útero e a facilidade na descida do bebé ao longo do canal de parto, bem como o alívio da dor.

As parteiras foram identificadas como a principal fonte de transmissão de informação sobre a mobilidade (58,7%) e a posição lateral (3,9%) no TP, bem como do uso da posição supina (92,5%) no parto. Metade das participantes (50%) revelou ter caminhado no decurso do processo, enquanto para metade das outras o TP se confinou ao leito em decúbito lateral (47%), sentadas (2%) ou em posição dorsal (1%). Este estudo remeteu para a importância prioritária da motivação e da educação das mulheres para a alternância de posicionamento no TP, através de parteiras devidamente qualificadas e com treino para ajudarem essas mulheres no uso de posturas verticais.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

A seleção dos participantes para cada uma das populações-alvo foi realizada pela técnica da amostragem de conveniência, que acarreta a inclusão dos elementos intencionalmente escolhidos pelo investigador, por serem considerados como apresentando características típicas ou representativas da população (Vilelas, 2009).

Reportando-se a intervenção planeada à avaliação das práticas realizadas pelos EESMO, o único critério de inclusão da população-alvo dos prestadores de cuidados foi o desempenho de funções no SUOG do CHBM, EPE.

Na população-alvo das beneficiárias dos cuidados dos EESMO, a seleção da amostra representativa das parturientes, obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Idade ≥ 19 anos;
- Gravidez de baixo risco obstétrico, em TPE, no início da FA (3-4cm de dilatação uterina);
- IG $\geq 37s$ e $\leq 42s$;
- Feto único em apresentação cefálica;
- Bolsa de águas íntegra;
- Sem antecedentes patológicos relevantes;
- Evidência de bem-estar fetal.

Como critérios de exclusão estabeleceram-se:

- Situações de internamento para ITP ou cesariana eletiva;
- Contraindicação materna para a deambulação ou adoção de posições verticais;
- Evidência de sofrimento fetal.

Nesta pesquisa, que pretendeu avaliar os cuidados promovidos pela equipa de EESMO na FA do TP e os efeitos da deambulação e das posições verticais, em diferentes variáveis maternas e neonatais, como anteriormente referido, houve algumas mulheres que, cumprindo todos os requisitos supracitados, recusaram-se a participar no estudo. No entanto, essas parturientes autorizaram a recolha de dados sociodemográficos, bem como de informações sobre a sua história de gravidez e de determinados aspetos da evolução do seu TP e parto, permitindo assim estabelecer comparações com as mulheres que se submeteram à livre movimentação/posicionamento. As variáveis definidas, a metodologia de execução do estudo e os principais resultados serão posteriormente, apresentados na sequência do relatório.

Depois de redigido um questionário e antes de se proceder à sua aplicação, o mesmo deve ser submetido a uma prova preliminar, designada de pré-teste, o qual constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento de colheita de dados está enunciado de forma clara, livre de condicionantes e além disso, se solicita o tipo de informação que se deseja (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O pré-teste deve ser realizado, a uma pequena amostra, a qual considerada como suficiente, abrangendo 10 a 20 sujeitos, com as mesmas características da população-alvo (Vilelas, 2009). No caso da população-alvo dos EESMO, o questionário foi aplicado como pré-teste aos 11 EESMO, que não fazendo parte da equipa fixa dos recursos humanos do SUOG, asseguram também neste serviço as suas funções.

Mediante o preenchimento dos questionários facultados, verificou-se que não houve necessidade de se proceder a alterações a nível da formulação das questões apresentadas, já que os inquiridos responderam a todas as perguntas e não exprimiram qualquer dúvida ou dificuldade perante aquilo que lhes foi solicitado.

Como nenhum questionário foi excluído e na necessidade de uma amostra com maior número de elementos, tendo em atenção os pressupostos da análise estatística inferencial, o grupo de EESMO aos quais foi aplicado o pré-teste foi assim incluindo na amostra final. Como refere Vilelas (2009), os pré-instrumentos de colheita de dados, desde que não apresentem qualquer dificuldade de compreensão ou erro na sua construção, poderão ser incluídos na totalidade da amostra do estudo.

A aplicação do pré-teste aos EESMO dos Serviços de Obstetrícia e da Consulta de Saúde Materna foi efetuada no período de 4 a 11 de março de 2016. A colheita de dados na equipa de EESMO do SUOG foi efetivada entre 14 e 30 de março.

Com o propósito de testar o questionário dirigido às parturientes que foram submetidas às intervenções relacionadas com a deambulação e a adoção de posições verticais, também se procedeu à aplicação do pré-teste a 15 mulheres internadas no SUOG, tendo-se efetuado as correções consideradas pertinentes. O intervalo de tempo referente à realização da colheita de dados decorreu entre março e agosto de 2016.

Tendo em conta os aspetos éticos e legais que rodeiam os procedimentos de colheita de dados, os questionários foram aplicados após o parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da UÉ, bem como da instituição hospitalar. Relativamente às duas populações-alvo, foi-lhes pedido o seu consentimento livre e esclarecido para participação no estudo (Apêndices E e F).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Toda a pesquisa deve ter um objetivo definido para saber o que se vai investigar e o que se pretende alcançar (Marconi & Lakatos, 2007). O objetivo de um estudo define-se como um enunciado afirmativo que traduz a população, as variáveis e a metodologia de orientação da investigação (Fortin et al., 2009), devendo ser claro e preciso (Gil, 2008).

De acordo com Fortin et al. (2009) a determinação dos objetivos permite definir as metas e/ou resultados que se desejam obter com a intervenção aplicada, bem como selecionar estratégias com vista ao desenvolvimento das ações planeadas.

Uma vez selecionado um problema que merecia toda a atenção, formulou-se o objetivo de intervenção profissional e conseqüentemente os objetivos a atingir com cada uma das populações-alvo.

4.1. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Segundo Leite (2004), o objetivo geral é o que se pretende alcançar e refere-se a uma visão global e abrangente da temática em estudo. Neste caso, o objetivo de intervenção profissional, correspondendo ao objetivo geral, pretendeu refletir a essência do planeamento do problema em causa e a ideia expressa no título do projeto.

A participação dos EESMO na condução do TP é decisiva, sendo que o seu predomínio neste cenário reforça a sua importante contribuição, no que se refere à estimulação da adequada mobilidade e postura materna, influenciando de maneira positiva a FA do primeiro estágio do TP (Bio, Bittar & Zugaib, 2006). Pretendendo-se otimizar a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de EESMO na assistência à mulher em TP, este projeto teve como objetivo de intervenção profissional:

- Promover a deambulação e a adoção de posições verticais em mulheres, de baixo risco obstétrico, durante o primeiro estágio do TP.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Os objetivos definidos para cada uma das populações-alvo, constituíram os objetivos específicos para a adequabilidade da intervenção profissional, devendo, portanto, conduzir ao alcance do objetivo geral. Como refere Vilelas (2009), os

objetivos específicos depreendem-se do geral, sendo formulados e orientados de acordo com o objetivo geral, ou seja, cada objetivo específico deverá ser desenhado para dar resposta aos aspetos, que no seu conjunto vão ao encontro do objetivo geral.

4.2.1. Objetivos a Atingir com a População-Alvo de EESMO

Em Enfermagem é essencial analisar as práticas de cuidados, promovendo a reflexão sobre a sua aplicabilidade e indicando as melhores estratégias para a sua efetiva melhoria. Deste modo, Madaíl (2013) menciona que avaliar as práticas obstétricas permitirá aos profissionais de saúde introduzir mudanças nas suas intervenções e desenvolver estratégias na procura da excelência no cuidar.

Como anteriormente evidenciado, a constatação do menor uso da deambulação e do posicionamento vertical pela parturiente na FA do TP, determinou o primeiro objetivo específico junto dos profissionais de enfermagem do SUOG:

- Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP.

A definição deste objetivo tornou-se essencial na medida em que permitiu estabelecer o diagnóstico de situação, o qual originou a identificação das necessidades de atuação dos EESMO e posteriormente a intervenção perante as áreas consideradas problemáticas, no incentivo à deambulação e à mudança de posição pela parturiente na FA do TP.

Para intervir há que preparar os profissionais, pelo que diversos estudos vêm demonstrando que, para que haja uma assistência humanizada no TP e parto, os EESMO necessitam ser capacitados para desenvolver tais cuidados (Campos, Maximino, Virgínio & Souto, 2016). Assim sendo, iniciativas de interação e sensibilização devem ser desenvolvidas no seio das equipas dos prestadores de cuidados, o que conduziu ao segundo objetivo específico:

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP.

A sensibilização consiste num tipo de estratégia que busca evidenciar dificuldades, bloqueios ou limitadores no contexto de cuidados, com o propósito de despertar valores nas equipas que atuam nas Maternidades, levando-as a refletir sobre

as suas intervenções e a mudar atitudes e comportamentos (Cagnin, Mamede & Mamede, 2014; Duarte, Borges & Arruda, 2011). Focalizando as necessidades da população-alvo de EESMO, bem como as intervenções a melhorar, quer na admissão da parturiente, quer na vigilância e condução do primeiro estágio do TP, o referido objetivo procurou garantir o aumento da taxa de aplicabilidade da deambulação e do uso das posições verticais na FA do TP e promover momentos de discussão e partilha de ideias entre os profissionais.

Na prática de enfermagem a motivação surge como um aspeto crucial para a implementação de estratégias de mudança e para o alcance de uma maior eficiência e qualidade nos cuidados prestados (Antunes, Silva, Rodrigues, Duque & Mateus, 2009). Na tentativa de motivar os profissionais a desenvolverem ações direcionadas para o respeito pela fisiologia do TP, nomeadamente através de práticas benéficas para o binómio mão/feto, desenvolveu-se um estudo, na população-alvo de parturientes, que permitiu estabelecer o terceiro objetivo específico:

- Identificar os benefícios da deambulação e das posições verticais num grupo de mulheres, de baixo risco obstétrico, durante a FA do TP.

Através do objetivo preconizado pretendeu-se, assim, equacionar o envolvimento da equipa de prestadores de cuidados especializados na aplicabilidade da livre movimentação, da verticalidade e da liberdade de posição na parturiente, com a capacitação dos mesmos para avaliarem essas práticas à luz dos conhecimentos reproduzidos em evidências científicas. Neste sentido, Figueiredo, Silva e Mendes (2014) salientam que o modelo denominado de enfermagem baseada em evidências científicas estimula os enfermeiros a aprofundarem conhecimentos no domínio da sua atuação e incentiva-os a reverem as suas práticas, permitindo-lhes propor intervenções mais seguras e adequadas.

A avaliação da qualidade de assistência não deve ser pautada, exclusivamente, pelo cumprimento das práticas obstétricas demonstradamente úteis e recomendadas pelos organismos internacionais e nacionais (Sousa et al., 2016). Portanto, destaca-se a importância de estratégias com o propósito de conhecer a importância percebida pela mulher quanto aos cuidados que lhes são possibilitados a nível da liberdade de movimentos e da modalidade de posição vertical durante o TP (Lopes, Madeira & Coelho, 2003).

Almeida e Tanaka (2009) reforçam ainda que as mulheres grávidas respondem às ofertas de atenção de acordo com o que pensam sobre as suas necessidades.

Potencializar o reconhecimento dessas informações, resultará tanto numa aproximação mais realista das necessidades da população, como numa oportunidade de reflexão e fortalecimento do poder de escolha destas mulheres.

Assim sendo, mediante o objetivo supramencionado, procurou-se reconhecer a valorização das parturientes, perante as intervenções que lhes foram asseguradas, bem como avaliar as práticas da equipa de EESMO no âmbito da promoção da deambulação e do encorajamento à adoção de posições não supinas, segundo a perspectiva das beneficiárias de cuidados.

4.2.2. Objetivos a Atingir com a População-Alvo de Parturientes

Reforçando que a mudança da postura corporal e a deambulação da parturiente deve ser encorajada, através do quarto objetivo específico procurou-se:

- Sensibilizar as mulheres para a livre deambulação e adoção de posições verticais na FA do primeiro estágio do TP.

As enfermeiras obstétricas devem permitir liberdade e promover o incentivo em relação à movimentação e à escolha de posições alternativas no decurso do TP e parto (Brandão, 2010), pelo que a sensibilização das mulheres acerca da importância dos efeitos benéficos das referidas práticas, deve ser realizada através de momentos educativos, que possam orientar as suas escolhas e comportamentos de adesão, de forma consciente e esclarecida (Zileni et al., 2016). Como reforça Brandão (2010), a função dos profissionais junto à parturiente é portanto de apoio, motivação e informação, no sentido de tornar o momento do TP o mais confortável possível, proporcionando-lhe assim condições para que possa adotar a posição que mais lhe agradar, desde que não existam contra-indicações.

O projeto “Mover para Melhor Nascer”, contemplando a investigação que incluiu a amostra de parturientes assistidas no SUOG do CHBM, EPE, através deste objetivo, especificou a necessidade de motivar estas mulheres, bem como quaisquer outras grávidas, para o uso da mobilidade e da postura vertical no TP, informando-as sobre as vantagens destas medidas.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

O conjunto de atividades ou tarefas que levam a um resultado observável ou a um evento que pode ser dado como realizado num plano de ação, constitui as intervenções de um projeto (Moura & Barbosa, 2011).

Neste processo de intervenção profissional, após a colheita de dados, a identificação das necessidades das populações-alvo, a definição dos objetivos e o planejamento das atividades, seguiu-se então a sua implementação. Segundo Tavares (1992), um projeto deve apresentar as intervenções que o constituíram, pelo que neste capítulo, se procede à descrição e justificação das várias atividades realizadas, bem como das metodologias e recursos acionados para a sua efetivação.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Os cuidados específicos da atuação dos EESMO, no TP e parto, visam assegurar o conforto e a satisfação das parturientes. As intervenções que têm este objetivo constituem uma das tarefas mais importantes da equipa multidisciplinar, provedora de cuidados à mulher, pelo que se faz necessária a valorização da dinâmica natural do TP e o uso adequado de tecnologias na assistência ao nascimento, entre as quais a aplicação de práticas ou métodos não farmacológicos de alívio da dor, que contribuem para o bem-estar da parturiente (Mota e Silva, Oliveira, Silva & Alvarenga, 2011).

Os métodos não farmacológicos diminuem a dor provocada pelas contrações uterinas, aumentam a satisfação materna e melhoram os resultados obstétricos de forma que as mulheres se apresentam mais colaborativas, pois apreciam a sensação de autodomínio que ganham ao controlarem ativamente a dor, promovem também o apoio que recebem do acompanhante e dos cuidadores no apoio para a sua utilização, além da liberdade de movimentação e da escolha de movimentos e posturas que proporcionam (Oliveira & Cruz, 2014). Desta forma, cabe aos EESMO permitirem a liberdade de posições e movimentos durante o TP, incentivando a deambulação, o uso da bola de *Pilates* e de medidas não medicamentosas para o alívio do desconforto, contrariando o uso rotineiro da posição de deitada (APEO, 2009).

Considerando a área estratégica do projeto, foi definida como intervenção globalizante a promoção da deambulação e da adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP, obedecendo à planificação e realização de várias atividades.

5.1.1. Fundamentação das Intervenções – População-Alvo de EESMO

De acordo com Tavares (1992), o envolvimento de organismos e entidades contribui para a aceitabilidade do projeto entre a população beneficiária. Neste sentido, após o consentimento formal do CHBM, EPE, a primeira intervenção para a adequabilidade deste projeto passou, inicialmente, pela apresentação da sua proposta à equipa multidisciplinar pelo método individual pessoa a pessoa e posteriormente, através da sua exposição formal aos EESMO, numa sessão informativa, a qual considerada essencial para a obtenção da sua colaboração, envolvimento e interesse. O plano desta sessão, bem como os slides correspondentes à sua apresentação, encontram-se respetivamente no Apêndice G.

Na resolução ou minimização de problemas ou para o aumento da eficácia da equipa ou do serviço, neste projeto tornou-se fundamental a concordância entre o diagnóstico realizado e as necessidades encontradas. De acordo com o plano traçado, a intervenção que se seguiu, consistiu na recolha de dados através de um questionário (Apêndice B) para avaliação das práticas de enfermagem da equipa do SUOG, na aplicação da deambulação e das posturas verticais na mulher em TP e para a identificação das suas necessidades na adequação destas estratégias. Como referem Franco, Barros, Vaidotas e D’Innocenzo (2010), as estratégias de avaliação dos cuidados de enfermagem assumem um significado importante para os enfermeiros, tornando-os mais envolvidos e competentes para aperfeiçoarem a qualidade do cuidado prestado.

Em síntese, a aplicação do instrumento de colheita de dados permitiu identificar que intervenções deveriam ser revistas e melhoradas pelos EESMO na admissão da parturiente:

- Confirmação no plano de parto, sobre a intenção da parturiente, para deambular e/ou adotar posições verticais durante no primeiro estágio do TP;
- Validação dos conhecimentos da parturiente sobre a livre movimentação e a mudança de posição no primeiro estágio do TP;
- Realização de ensinamentos sobre os efeitos benéficos da mobilidade e das posições não supinas no primeiro estágio do TP;
- Entrega de material informativo sobre as vantagens destas medidas.

Relativamente à assistência no decurso da FA do TP, as práticas onde se constatou a necessidade de aperfeiçoamento por parte da equipa foram:

- Apoio presencial à parturiente, aquando do movimento de balanceio na posição de pé ou sentada na bola de *Pilates*;
- Exemplificação de diferentes posições verticais;
- Envolvimento do acompanhante no apoio à parturiente para a adoção de diferentes modalidades de posicionamento na FA do TP;
- Avaliação da progressão do TP (cervicometria), sem que a parturiente tenha que interromper a deambulação ou assumir o decúbito dorsal;
- Incentivo ao uso de uma maior diversidade de modalidades de posicionamento vertical.

O processo de avaliação e a posterior informação sobre o desempenho das práticas de cuidados, deve constituir uma força motivadora para a equipa de profissionais de enfermagem, com vista à satisfação pessoal e dos clientes, contribuindo para a otimização da melhoria contínua da qualidade de cuidados (Pereira & Moreira, 2015).

Perante este argumento, considerou-se de extrema importância o planeamento e realização de reuniões de carácter informativo, onde foram transmitidos aos EESMO os resultados dos questionários aplicados, bem como as medidas a melhorar na facilitação da deambulação e na adoção de posturas mais ativas nas parturientes de baixo risco obstétrico (Apêndice H). Por forma a abranger todos os elementos da equipa foram realizadas várias reuniões e, como esperado, a divulgação e a validação dos dados obtidos permitiram potencializar a reflexão sobre a problemática, confirmando com os EESMO a necessidade de mudança/melhoria das práticas, no que concerne à promoção da deambulação e ao incentivo à adoção de posições verticais em mulheres, de baixo risco obstétrico, no primeiro estágio do TP.

Face à identificação das referidas necessidades, propôs-se a estratégia de formação em equipa, direccionada para a actualização de conhecimentos baseados em evidências científicas recentes, sobre os benefícios da mobilidade e da posição corporal da parturiente, com vista à verticalidade, no primeiro estágio do TP. Foi elaborado o plano da sessão e procedeu-se à sua apresentação em diferentes dias, com o objetivo de alcançar o maior número possível de profissionais (Apêndice I).

A implementação desta atividade assumiu-se como importante, pois de acordo com a APEO (2009), o EESMO para a assistência no TP e parto normal, precisa de

formação adequada e atualizada para garantir a qualidade dos cuidados, devendo também ter em atenção as necessidades e as motivações de cada parturiente, para promover as suas atividades em função das mesmas. Dias e Domingues (2005) enfatizam ainda que a formação profissional da enfermeira obstetra, mais voltada para o cuidado com a parturiente, tem sido considerada como aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do TP.

Priddis, Dahlen e Schmied (2012) destacam que, por vezes, as próprias parteiras podem influenciar as mulheres ao referirem quais as posições preferidas para o desenrolar do TP e parto, baseando-se em experiências anteriores da sua prática de cuidados. A própria segurança, o conhecimento, a formação, o treino e o nível de experiência são assim fatores determinantes para que as parteiras possam encorajar as mulheres a assumirem determinadas posições verticais.

Tendo também sido identificada a inexistência de recursos informativos, para transmitir às parturientes os benefícios da livre movimentação e da expressão corporal ativa durante o primeiro estágio do TP, foram elaborados em suporte de papel dois folhetos, como instrumentos de apoio à promoção destas práticas de enfermagem (Apêndice J). Como mencionam Nascimento et al. (2015), na prática assistencial em saúde, é consenso entre os profissionais que devem atender às necessidades de informação sobre os procedimentos, atenuando as dúvidas dos utentes. A comunicação verbal é uma das formas de proporcionar esse atendimento e em alguns casos, pode ser acompanhada pelo fornecimento de impressos em saúde, elaborados pelos próprios profissionais da instituição. Reberte, Hoga e Gomes (2012) referem ainda que a utilização de folhetos é capaz de promover resultados expressivos nas grávidas ampliando o seu potencial de conhecimento.

Na apresentação do projeto, como já referido, foi também divulgada a intenção de realização de um estudo com um grupo de parturientes, sendo explicada a metodologia inerente, bem como os indicadores a serem avaliados. Pretendeu-se assim sensibilizar os EESMO a aderirem a uma investigação, em que através das suas práticas de promoção da deambulação e da posição vertical no TP, fosse possível chegarem à comprovação dos efeitos vantajosos destas intervenções.

Os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de aprofundarem e aplicarem o seu conhecimento científico, a nível dos cuidados que prestam (Martins, 2008). Este facto determinou a importância e a fundamentação de execução desta pesquisa, na qual os EESMO participaram como prestadores de cuidados às parturientes. O mesmo

autor menciona que se reconhece a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para assegurar os melhores cuidados, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática clínica. Os resultados obtidos neste estudo foram ainda comunicados à equipa, através de uma sessão informativa (Apêndice K).

Na intenção de dar um forte contributo à visibilidade do projeto foi feita publicidade ao mesmo na intranet do CHBM, EPE, através de uma janela *Pop-up* colocada em rede nos ecrãs dos computadores dos vários serviços da instituição. Outra das atividades acionadas, tendo como finalidade a divulgação desta intervenção profissional, consistiu no seu destaque na página *web* oficial da instituição, permitindo o conhecimento da iniciativa, quer entre a comunidade de profissionais, quer entre a população geral, onde se incluem as grávidas (Apêndice L).

A última ação direcionada para a equipa consistiu na apreciação dos seus cuidados, tendo em consideração a visão das parturientes incluídas no referido estudo e na reaplicação da escala de avaliação das práticas de promoção da deambulação e de incentivo à adoção de posturas verticais, aos profissionais. Tal intervenção foi crucial, pois como refere Júnior (2013), um projeto deve assinalar a sua forma de avaliação e os respetivos resultados. Estes resultados encontram-se descritos na secção do Relatório Final correspondente à avaliação da implementação do programa.

5.1.2. Fundamentação das Intervenções – População-Alvo de Parturientes

As parturientes que fizeram parte da amostra desta pesquisa, permitiram identificar necessidades nesta população-alvo e adequar intervenções tendo em vista todas as outras mulheres em TP considerado normal e que recorrem a esta Maternidade. A atividade implementada, como já mencionado, baseou-se em três aspetos: observação prática e contínua das necessidades das mulheres ao longo do estudo, conversas informais com os profissionais que colaboraram na investigação e utilização de um instrumento de colheita de dados do tipo questionário (Apêndice C).

De forma geral, as principais necessidades encontradas reportaram-se, no momento de internamento no SUOG, a dois aspetos:

- Validação sobre o conhecimento relativo aos benefícios da deambulação/adoção de posições verticais;

- Distribuição de folhetos relativos às vantagens das referidas intervenções.

Nos cuidados a que foram submetidas durante o processo de parturição ressaltaram como principais necessidades:

- Exemplificação de modelos de diferentes posturas verticais;
- Incentivo do acompanhante para apoiar na adoção de posições não supinas;
- Avaliação da cervicometria na posição vertical, em detrimento da posição de decúbito dorsal;
- Encorajamento a outras posturas verticalizadas que não as posições mais convencionais (de pé ou sentada na bola de *Pilates*).

Como forma de colmatar algumas destas dificuldades, sobretudo aquelas que se relacionaram com a demonstração das posições verticais na FA e o estímulo da mulher para se movimentar e experimentar várias dessas posturas corporais, tendo o apoio do acompanhante, foi preparado material educativo do tipo brochura para leitura durante o TP, quer pela parturiente, quer pela pessoa significativa. Esta brochura reforçou as vantagens da movimentação e da mudança de posição e permitiu exemplificar através de imagens, diferentes formas de posicionamento (Apêndice M).

Para motivar as grávidas a aderirem ao projeto, para além da divulgação nas redes sociais, foi elaborado um *poster* sobre os benefícios das referidas intervenções (Apêndice N). Com igual objetivo foram delineadas e realizadas sessões educativas no CPP, lecionado no CHBM, EPE, dando a conhecer a iniciativa e informando as grávidas/companheiros sobre a possibilidade da livre deambulação e da adoção de posições não supinas no TP (Apêndice O).

Como refere Cutler (2012), o ideal seria que as parteiras educassem as suas grávidas durante o período pré-natal, sobretudo em momentos educativos contemplados nos CPP, conferindo-lhes autonomia e empoderando-as nas suas escolhas. As mulheres devem perceber que têm permissão para se movimentarem e escolherem a posição ou posições que desejem adotar, sem que existam provedores a limitarem as suas opções. A filosofia de cuidados deve assentar num processo de tomada de decisão informada e compartilhada entre os intervenientes, o EESMO e a parturiente, avaliando-se as vantagens e/ou implicações da deambulação e das posições não supinas *versus* posições supinas e sendo asseguradas e respeitadas as alternativas escolhidas pela mulher para o seu conforto e bem-estar ao longo do processo de TP e parto (Ondeck, 2014).

5.2. METODOLOGIAS

A metodologia descreve os procedimentos a serem seguidos na realização de um projeto ou pesquisa (Gil, 2008). Relaciona-se diretamente com o problema a ser estudado e a sua escolha dependerá de vários fatores, entre os quais: o objeto e o tipo de pesquisa, os recursos disponíveis e a equipa humana interveniente no campo da investigação (Marconi & Lakatos, 2007).

Segue-se então a exposição da metodologia aplicada, considerando as diferentes fases do projeto de intervenção, as suas populações-alvo e as suas atividades.

5.2.1. Metodologia – Fase de Preparação

Na preparação do projeto, uma vez definido o tema a ser estudado, foi realizada uma RSL, que teve como objetivo analisar na literatura publicada, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2015, as evidências científicas sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP. Através de bases de dados selecionadas nas plataformas *b-On* e *EBSCOhost*, com os descritores em língua inglesa: *first stage of labor/labour; ambulation; upright positions; benefits e midwife/midwives*, a amostra final englobou 14 estudos, escolhidos mediante critérios de inclusão e de exclusão. Esta RSL, bem como a consulta adicional de documentação direcionada para as práticas de atenção ao parto normal e de protocolos internacionais e nacionais, permitiram a respetiva elaboração dos instrumentos de colheita de dados, tornando-os devidamente fundamentados.

Os itens de cada uma das escalas construídas, quer no questionário dirigido aos profissionais de enfermagem, quer no inquérito aplicado às parturientes, foram inicialmente sujeitos à validação de conteúdo, ou seja, foi feita a sua análise informal por um grupo de profissionais convidados, os quais com desempenho na área, nomeadamente dois EESMO, um obstetra e uma professora de Enfermagem. Desta avaliação resultaram algumas sugestões que permitiram a reformulação de alguns itens com maior objetividade, simplicidade e clareza. A etapa que se seguiu foi a análise semântica, técnica que tem por objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina (Pasquali, 2010), o que foi feito através da aplicação do pré-teste, procedimento anteriormente explicado.

Posteriormente, o procedimento metodológico equacionou ainda a avaliação da consistência interna dos itens das referidas escalas. A avaliação da confiabilidade ou precisão realizou-se através do cálculo do coeficiente de *Alpha* de Cronbach.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006) este coeficiente avalia a consistência interna ou homogeneidade dos itens que visam medir um mesmo constructo e pode produzir valores que variam entre 0 e 1. Para a escala de avaliação das práticas executadas pelos EESMO, o valor de *Alpha* de Cronbach encontrado foi de 0,768 (\cong 0,8), sendo considerado aceitável ou com confiabilidade moderada (Vilelas, 2009), enquanto para a escala relacionada com a importância atribuída pelas mulheres aos cuidados a que foram submetidas, o coeficiente foi igual a 0,994, evidenciando uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014).

5.2.2. Metodologia – Fase de Diagnóstico da Situação

No diagnóstico da situação, o método utilizado passou pela distribuição dos questionários pela equipa de enfermagem, sendo acordada a sua colocação, em local próprio na sala de enfermagem, após o seu preenchimento. No caso das parturientes submetidas às práticas de enfermagem, relacionadas com a promoção da deambulação e o incentivo à adoção de posições verticais, como já mencionado, o procedimento de levantamento das necessidades revestiu-se de caráter dinâmico acompanhando o estudo. Neste caso, a responsável pelo projeto e os seus colaboradores disponibilizaram-se para estarem presentes aquando do preenchimento dos questionários, auxiliando e esclarecendo as mulheres sempre que estas o solicitassem.

5.2.3. Metodologia – Fase de Implementação

As atividades implementadas no decurso do projeto relacionaram-se com a informação e formação dirigida aos EESMO; os momentos educativos proporcionados às grávidas; a elaboração de material informativo e educativo e a pesquisa direcionada para as parturientes.

A metodologia utilizada na apresentação dos conteúdos programáticos, quer à equipa de profissionais, quer às grávidas, baseou-se no método expositivo e participativo. Segundo Paim, Iappe e Rocha (2015), através deste método o formador tem a responsabilidade pela transmissão oral, explicação e demonstração de conhecimentos, habilidades e tarefas, enquanto os formandos são os recetores da

informação, porém não de forma passiva. Neste sentido, nas sessões direcionadas aos EESMO, para além da exposição de resultados e matérias atualizadas, foi possível promover a discussão e partilha de ideias, criando-se espaço para novas sugestões e comentários ao trabalho apresentado. No caso das ações educativas com as grávidas, a referida modalidade de ensino pretendeu incentivar a participação ativa destas mulheres, formulando as suas dúvidas à medida que a informação lhes era transmitida.

A elaboração do material de apoio (folhetos, brochura e *poster*), com a finalidade de fornecer informação de modo simples e ilustrativo, guiou-se pelo seguinte método: sistematização do conteúdo, baseado na literatura científica, para garantir a fidedignidade; acesso a imagens de livros e *websites*, de forma a encontrar as melhores ilustrações; redação de pedidos de autorização aos autores para utilização das imagens selecionadas; envolvimento de uma EESMO no desenho da ilustração utilizada no *poster*; composição ou elaboração do conteúdo, dando atenção à informação considerada essencial, bem como à facilidade de leitura e clareza da informação; verificação dos documentos, quanto à adequação das informações, linguagem e imagens, pela enfermeira coordenadora e pela enfermeira responsável pela área da formação em serviço, considerando a perspetiva dos leitores e respetiva validação do material construído pela orientadora pedagógica do Estágio Final.

As imagens aplicadas na brochura tiveram a autorização oficial da FAME (Anexo D), já as ilustrações contempladas nos questionários e folhetos foram devidamente identificadas quanto à sua fonte de autoria, uma vez que não foi obtida resposta para a sua utilização em tempo útil, após solicitação às respetivas entidades.

No estudo sobre os efeitos da deambulação e da adoção de posições verticais, pela parturiente, no primeiro estágio do TP, a metodologia equacionada guiou-se pela abordagem quantitativa, de caráter exploratório e descritivo correlacional. A investigação exploratória é apropriada quando o conhecimento e a compreensão do fenómeno por parte do pesquisador são, geralmente, insuficientes/inexistentes (Fortin et al., 2009). Relativamente às pesquisas descritivas e correlacionais, Vilelas (2009) menciona que procuram conhecer as características de uma determinada população ou fenómeno e determinar as relações entre as variáveis que se pretendem estudar.

Desta forma, pretendeu-se analisar a associação entre a livre mobilidade e/ou posicionamento vertical e as variáveis maternas e neonatais: perfusão ocitócica; amniotomia; dor; analgesia epidural; opiáceos; tempo de duração da FA; tipo de parto; episiotomia; laceração perineal e IA (1º e 5º minuto).

Neste sentido, na referida pesquisa considerou-se:

- Deambulação: andar, caminhar ou mover-se livremente;
- Posição vertical: permanecer em pé; sentada na cama com plano superior reclinado a 45° ou mais; sentada na cadeira ou na bola de *Pilates*; de cócoras (posição indígena) e de joelhos e de mãos apoiados no colchão/chão (posição inglesa, de quatro ou de *Gaskin*);
- Posição dorsal: deitada no leito em posição supina ou de litotomia, em semi-*fowler* ou em decúbito lateral.

Todas as parturientes que apresentavam os critérios de recrutamento, enumerados anteriormente, foram convidadas a participar nesta pesquisa. A partir da concordância das mulheres em participar, foi-lhes colocado um podómetro (contador digital), na zona do pulso ou tornozelo, com o objetivo de medir o número de passos e a distância percorrida em metros. Os EESMO estimularam as parturientes a deambularem, sendo estas livres para interromperem a movimentação, se o desejassem.

Outros instrumentos como a Escala Numérica da Dor e uma matriz de registos (Apêndice P), também foram utilizados, respetivamente, para a avaliação do máximo grau de dor verbalizado pelas mulheres e para a realização de anotações referentes às intervenções a que foram sujeitas e aos resultados obstétricos e neonatais.

Os resultados desta atividade são, posteriormente, apresentados na avaliação dos objetivos do projeto.

5.2.4. Metodologia – Fase de Avaliação

A avaliação das intervenções desenvolvidas baseou-se no *feedback* dos profissionais de enfermagem e das grávidas/parturientes e respetivos acompanhantes perante os instrumentos informativos de suporte elaborados e nos indicadores de medida preconizados para as ações formativas e educativas realizadas, nomeadamente a taxa de adesão e o grau de satisfação dos participantes, cujos resultados surgem também na secção relativa à avaliação dos objetivos delineados.

O método de avaliação do estudo que envolveu as parturientes, bem como das práticas promovidas pelos EESMO, através da reaplicação da escala, reportou-se ao tratamento e análise estatística dos dados obtidos.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

As ações estratégicas definem-se como um conjunto de atos deliberados para resolver um problema (Strauss & Corbin, 2008) isto é, constituem o conjunto de técnicas específicas acionadas com a finalidade de permitir alcançar os objetivos definidos, por forma a reduzir ou resolver as necessidades identificadas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992).

Uma vez fixados os objetivos, estudaram-se então as estratégias de intervenção possíveis de serem aplicadas, as quais equacionaram a realização das atividades planeadas com o alcance dos resultados pretendidos.

5.3.1. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas – População-Alvo de EESMO

Na população-alvo dos profissionais de enfermagem, para dar resposta às atividades descritas anteriormente, foram ativadas as seguintes ações estratégicas:

- Distribuição do instrumento de colheita de dados, especificamente, numa fase inicial e posteriormente na fase de avaliação do projeto;

O início de um projeto, frequentemente, caracteriza-se pelo aprofundamento das necessidades, correspondendo à fase de arranque da intervenção, pelo que acionar esta estratégia foi de crucial importância, pois como explicado, possibilitou recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente sobre o diagnóstico da situação e examinar as dinâmicas de mudança. Como referem Idáñez e Ander-Egg (2008), o diagnóstico consiste na investigação da natureza ou da causa de um problema e uma vez realizado, deve incluir o resultado da análise efetuada, assim como as conclusões que permitirão orientar as alternativas sugeridas para novas intervenções.

Na última etapa do projeto, a referida estratégia permitiu reavaliar as práticas de enfermagem, determinando a eficácia da intervenção implementada.

- Envolvimento dos EESMO no projeto de intervenção;

O desenvolvimento de um projeto passa muitas vezes pelo envolvimento com outras pessoas, por forma a estabelecerem-se parcerias. Os colaboradores ou intervenientes demonstram capacidade para trabalhar em conjunto, criando relações de confiança e de partilha de conhecimento, privilegiando os interesses de atuação e

tendo em vista as intervenções dirigidas às necessidades identificadas (Ornelas & Moniz, 2007).

Uma vez que os EESMO se constituem como os principais e diretos agentes na promoção das práticas de deambulação e de incentivo ao posicionamento vertical na mulher em TP, considerou-se fulcral a sua implicação, nas várias ações de carácter informativo e/ou formativo, privilegiando-se a troca de conhecimentos, saberes e experiências entre os profissionais, bem como a sua parceria no estudo com as parturientes, capacitando-os assim a corrigirem e aperfeiçoarem as suas intervenções.

- Produção de recursos informativos de orientação à prática assistencial;

A estratégia definida conduziu à atividade relacionada com a preparação do material educativo, destinado às grávidas e parturientes que acedem ao SUOG. Os folhetos elaborados e quando disponíveis foram distribuídos pelas mulheres, no momento do seu internamento, encontrando-se também afixados em *placard* informativo na zona de Admissão do Bloco de Partos, o que permitiu o seu fácil acesso para visualização e leitura.

Os folhetos informativos são considerados como um recurso complementar disponível, que deve ser utilizado pelo enfermeiro, na efetividade da comunicação com as grávidas. O seu conteúdo ajuda na tomada de decisões relacionadas com os cuidados, de acordo com as suas preferências (Araújo, 2006). A consideração das expectativas e valores das grávidas, durante o processo de cuidado no TP e parto, é essencial para o seu empoderamento (APEO, 2009), pelo que esta ação estratégica ao disponibilizar a transmissão de informação sobre as vantagens da mobilidade e do posicionamento vertical, pretendeu capacita-las nas escolhas destas práticas.

- Criação de uma rede de divulgação acerca do projeto de intervenção.

Sabendo que a ampla divulgação de um projeto contribui para a mobilização de todos os agentes em torno da consumação dos objetivos e atividades nele consagrados, deve-se recorrer a meios e estratégias diversificadas de difusão e publicação de modo a torná-lo disponível não só a toda a comunidade envolvente, como também a torná-lo acessível a quem pretenda consultá-lo para formar um conhecimento mais apurado (Azevedo et al., 2011). Neste sentido, a efetivação desta estratégia conduziu ao conhecimento do projeto desenvolvido, a nível intra e extra-hospitalar, tal como explicado, aquando da fundamentação das atividades delineadas.

5.3.2. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas – População-Alvo de Parturientes

A realização das atividades dirigidas para as parturientes seguiu as estratégias:

- Distribuição do instrumento de recolha de dados, durante o período de execução do estudo;

Tal como na população-alvo de EESMO, esta medida estratégica possibilitou o reconhecimento das necessidades entre as parturientes e a apreciação das suas perceções quanto aos cuidados recebidos. Como destacam Silva e Santos (2009), reconhece-se a importância de considerar as parturientes utilizadoras de cuidados, como os elementos-chave na avaliação da realidade da qualidade assistencial.

- Desenvolvimento de um fluxo permanente de difusão de informação.

Os profissionais de saúde em todas as oportunidades possíveis, ou seja, em qualquer contato com as grávidas e parturientes, devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, com o objetivo de devolver a estas mulheres a autoconfiança na vivência da sua gravidez, TP e parto (Rios & Vieira, 2007). Neste projeto, a estratégia supramencionada para a transmissão e partilha de conhecimentos, como vem sendo referido, integrou diferentes tipos de recursos e ações educativas, os quais instituídos desde o CPP (através da lecionação de aulas), ao momento em que a parturiente se encontrava na sala de espera do SUOG (com a informação expressa no *poster*) e até à sua admissão e internamento (mediante a entrega e respetiva leitura de brochuras e folhetos).

Sem dúvida que a preparação para o parto, ministrada pelos EESMO, aumenta o conhecimento e as competências da mulher, ao permitir-lhe a aquisição da informação, que visa prepará-la e encorajá-la a ter um papel mais ativo no desenrolar do seu TP (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007). De outra forma, a sala de espera, sendo o lugar onde as grávidas aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, é um território dinâmico, onde os enfermeiros, através de diferentes meios, podem desenvolver processos informativos e de troca de experiências entre as mulheres (Santos, Andrade, Lima & Silva, 2012). Relativamente ao atendimento da mulher na Maternidade, outros autores reforçam ainda que, no seu acolhimento, deve ser garantida a informação e o aconselhamento com competência profissional (Versiani, Mendonça, Vieira & Sena, 2008).

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

No mínimo, todos os projetos necessitam de ter objetivos e recursos suficientes para se poderem desenvolver as atividades requeridas (Carvalho & Rabechini Jr., 2006). Por recursos entendem-se assim os meios de qualquer natureza, empregados para a consecução dos objetivos planejados. São, portanto, ferramentas que servem de base para a realização das atividades propostas e para o desempenho dos indivíduos abrangidos num projeto (Nunes, 2008).

Neste projeto estiveram envolvidos três tipos de recursos: humanos, físicos e materiais (Figura 12). Os recursos humanos são as pessoas que compõem as organizações institucionais, independentemente, do seu nível hierárquico e que estão envolvidas num projeto ou que podem ser afetadas pela execução do mesmo (Noro, 2012). Os recursos físicos compreendem o espaço físico, enquanto os materiais englobam os equipamentos e a tecnologia, ao dispor da realização das intervenções (Johnson, Scholes & Whittington, 2011).

Recursos Humanos	Recursos Físicos	Recursos Materiais
Enfermeira Supervisora do CHBM, EPE Enfermeira Diretora do CHBM, EPE Enfermeira Coordenadora do SUOG Diretora do SUOG EESMO com desempenho de funções no SUOG Responsável pelo Gabinete de Comunicação e Imagem do CHBM, EPE Técnicos do Serviço de Informática Orientadora Pedagógica da UÉ/ESESJD Mestranda	CHBM, EPE: SUOG Auditório Sala do Departamento de Formação Serviço de Obstetrícia (Sala do CPP)	Material de escritório Computador <i>Data-Show</i> Ponteiro de <i>laser</i> Impressora Câmara Fotográfica Intranet Podómetros Escala Numérica da Dor

Figura 12 – Recursos envolvidos no projeto.

Fonte: A própria.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

No decurso da operacionalização deste projeto, os contatos desenvolvidos foram efetuados na entidade envolvida para a sua implementação, neste caso o CHBM, EPE. Inicialmente foram realizadas reuniões de carácter informal com as Enfermeiras Supervisora e Diretora do CHBM, EPE, bem como com a Enfermeira Coordenadora e a Diretora do SUOG, no sentido de apresentar a proposta de projeto. Posteriormente,

foi redigido e enviado o pedido de autorização para a aplicação do projeto ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do CHBM, EPE.

Mediante a autorização da instituição hospitalar para a implementação do projeto, a colaboração da unidade de cuidados especializados foi proporcionada pela equipa de EESMO, através da sua participação nas diferentes atividades enunciadas.

Para a efetivação de algumas atividades foi ainda estabelecida articulação com o Gabinete de Comunicação e Imagem do CHBM, EPE, o qual colaborou na adaptação do material educativo ao *layout* em vigor na instituição, permitindo assim a sua posterior aprovação pelo Conselho de Administração (Anexo E). Outro dos contatos estabelecidos permitiu ainda, a parceria com o Serviço de Informática nas ações de divulgação deste projeto.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Geralmente, os projetos envolvem gastos que devem ser contemplados na sua estratégia orçamental (Carvalho & Rabechini Jr., 2006). Segundo Noro (2012), os custos dos recursos necessários para a realização das atividades programadas dizem respeito à estimativa de custos para que o projeto decorra, de acordo com a estratégia orçamental definida. Os custos associados ao projeto desenvolvido foram de ordem económica, ficando a cargo da mestrada e da instituição hospitalar (Figura 13).

Recurso	Especificação	Custos	Responsável pelos Custos
Material de Apoio	Tinteiros para Impressora	81,99 Euros	Mestranda
	Resmas 500 Folhas de Papel A4	20,76	
	Impressão de Questionários	75 Euros	
	Impressão a Cores de <i>Poster</i> , Brochuras e Folhetos	129 Euros	
	Plastificação de Brochuras e Folhetos	47.60 Euros	
	Podómetros	25 Euros	
	CUSTO TOTAL:		
Material de Apoio	Fotocópias de Folhetos	_____	CHBM, EPE

Figura 13 – Estratégia orçamental do projeto.

Fonte: A própria.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Segundo Severino (2002) o cronograma é um instrumento de planeamento e controlo, semelhante a um diagrama, no qual são definidas e distribuídas no tempo as atividades que integram um projeto. De acordo com o período temporal estipulado no cronograma, as atividades podem assim ser calendarizadas, programadas e executadas, de modo coerente e articulado (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010).

De forma detalhada, apresenta-se na Figura 14, o cronograma de atividades que orientou esta intervenção de âmbito profissional, o qual foi devidamente cumprido, ainda que tenham surgido algumas dificuldades de logística organizacional, no sentido de adequar a disponibilidade dos elementos do serviço, para assistirem às ações formativas, bem como de ordem temporal, associadas aos procedimentos institucionais para aprovação de alguns documentos.

AÇÕES	Mês							
	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro
Realização de reuniões								
Elaboração do projeto								
Preparação dos instrumentos de colheita de dados								
Diagnóstico da problemática								
Identificação das necessidades de intervenção - EESMO								
Identificação das necessidades de intervenção - parturientes								
Planeamento das intervenções								
Execução das atividades planeadas								
Análise dos resultados								
Elaboração do Relatório Final.								
Pesquisa Bibliográfica								

Figura 14 – Diagrama: Cronograma de Atividades.

Fonte: A Própria.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui a etapa final de um projeto, sendo o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada de boas práticas, uma vez que possibilita a compreensão tanto dos sucessos como dos insucessos das ações desenvolvidas, com o intuito de alcançar determinados objetivos (Capucha, 2008). De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), a fase de avaliação tem como finalidade o planeamento e a tomada de decisão acerca dos ajustes táticos necessários à correção das atividades implementadas, possibilitando assim a adequada expansão do projeto.

O processo de avaliação pode ser dividido em dois momentos, a avaliação intermédia, a qual realizada em simultâneo com a execução do projeto, permitindo reformular estratégias e refletir acerca da dinâmica do grupo de intervenientes e a avaliação final, ou seja, a apreciação final do método e resultado do projeto (Nunes, et al., 2010).

No seguimento do texto, surge então a avaliação dos objetivos delineados, bem como os resultados da avaliação global do projeto implementado e a descrição das ações de avaliação intermédia realizadas.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A avaliação dos objetivos específicos foi conduzida ao longo das diferentes fases de aplicabilidade do projeto, mediante o acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas e a mensuração dos indicadores definidos.

Na apreciação do objetivo específico – Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP – foi tido em consideração o número de questionários respondidos/número de EESMO. Esta avaliação foi positiva, uma vez que dos 32 questionários entregues todos foram respondidos, permitindo a identificação das necessidades sentidas pelos EESMO e consequentemente a exequibilidade de alcance do objetivo.

Na atividade de exposição dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários, a sua avaliação revelou uma taxa de adesão de 100% para os EESMO do SUOG, sendo a satisfação dos mesmos, perante o conteúdo e metodologias

apresentadas, os recursos disponíveis e o desempenho da formadora igual a 4,7%, o que na escala de satisfação apresentada se aproximou do *score Muito Satisfeito*.

Relativamente ao objetivo – Sensibilizar a equipa multidisciplinar na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP –, considerou-se que foi atingido de forma satisfatória, uma vez que se observou um maior envolvimento dos EESMO na estimulação das referidas práticas, bem como da concordância da maioria dos obstetras e anestesistas na sua aplicabilidade, o que revelou mudança nos comportamentos de adesão, sobretudo pela equipa médica. Durante o desenvolvimento do projeto (março – agosto de 2016), a monitorização da taxa de deambulação revelou um aumento de cerca de 17%, comparativamente ao mesmo intervalo de tempo no ano de 2015 e de 19% para o estímulo à adoção de posições não supinas na FA (Figura 15).

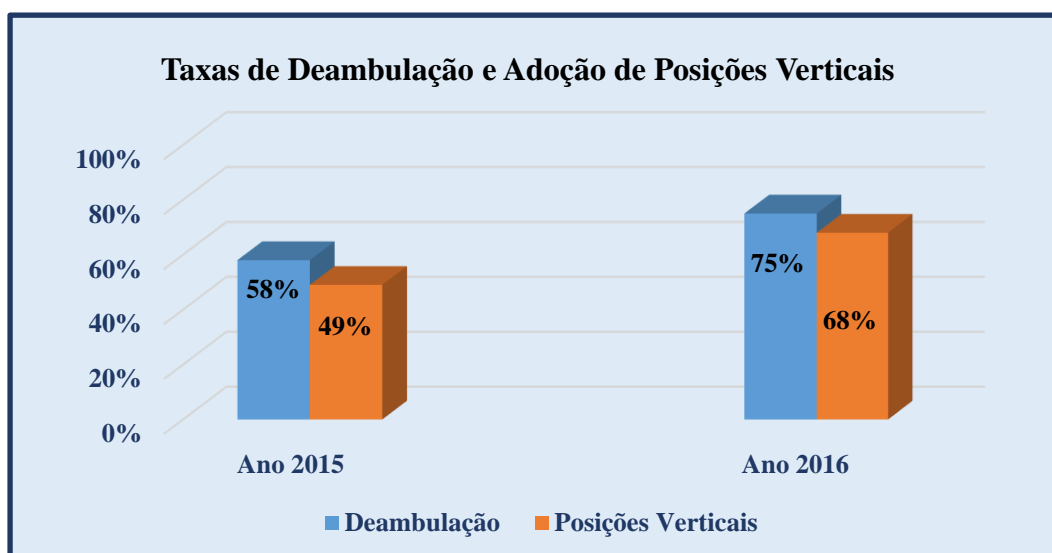


Figura 15 – Gráfico: Evolução das taxas de deambulação e adoção de posições verticais na FA do primeiro estágio do TP.

Fonte: Dados estatísticos do projeto Maternidade com Qualidade.

A avaliação das atividades propostas para a sensibilização da equipa de profissionais demonstrou também resultados muito satisfatórios. A sessão de apresentação do projeto foi congratulada com a presença de 70% dos EESMO do SUOG e uma taxa de satisfação de 4,5%, enquanto as ações formativas tiveram a participação de 80% dos EESMO que constituíram a população-alvo da intervenção, de três médicas internas de Obstetrícia e Ginecologia e duas anestesistas, sendo qualificadas com uma taxa de satisfação de 4,8%.

O objetivo – Identificar os benefícios da deambulação e das posições verticais num grupo de mulheres, de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP –, foi avaliado de acordo com os resultados obtidos no estudo exploratório e descritivo-correlacional, que envolveu as 115 mulheres incluídas na amostra deste projeto e cujo tratamento se processou por inferência estatística, através do *software IBM® SPSS®, versão 22*. As variáveis dependentes a analisar não apresentaram distribuição normal ($p\text{-value} \leq 0,05$), o que determinou a aplicação de testes não paramétricos no tratamento dos dados.

As análises de associação entre as mulheres que deambularam e adotaram posições verticais *versus* mulheres que não deambularam e não adotaram posições verticais e as variáveis nominais: administração de perfusão ocitócica; realização de RABA; solicitação de analgesia epidural; administração de opiáceos; realização de episiotomia; ocorrência de laceração perineal e tipo de parto foram realizadas usando o teste do *Qui-Quadrado*, que permite testar se duas ou mais populações independentes diferem em relação a uma determinada característica (Marôco, 2014).

Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} < 0,05$) entre as mulheres que deambularam e adotaram posições verticais *versus* mulheres que não deambularam e não adotaram posições verticais e as variáveis: perfusão ocitócica; RABA; analgesia epidural, tipo de parto e episiotomia. Isto significou que as mulheres que se movimentaram e adotaram posições verticais na FA tiveram menor probabilidade de administração de perfusão ocitócica e de realização do procedimento de amniotomia e de episiotomia, bem como de recorrerem a analgesia epidural.

O facto de a mulher ter ou não deambulado e adotado posições verticais influenciou ainda o tipo de parto ($p\text{-value} < 0,05$), verificando-se que o parto eutócico foi o mais comum entre as parturientes que aderiram à livre movimentação e ao posicionamento vertical.

Nas restantes variáveis – administração de opiáceos e ocorrência de laceração perineal, não se registou qualquer tipo de diferença estatisticamente significativa ($p\text{-value} > 0,05$).

O teste não paramétrico de *Mann-Whitney* permitiu comparar o grau de dor, a duração da FA, os *scores* de IA e a satisfação perante o TP, entre as mulheres que deambularam e adotaram posições verticais e as mulheres que permaneceram no leito.

O referido teste é adequado para comparar funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes (Marôco, 2014).

Nas variáveis dor, tempo de duração da FA e satisfação materna com a experiência de TP, para valores de $p\text{-value} < 0,05$, verificou-se que houve diferenças estatisticamente significativas, influenciadas pelo facto de as mulheres terem ou não deambulado/adotado posições verticais. Concluiu-se que as mulheres que assumiram uma postura ativa, movimentando-se e experimentando posições verticais, apresentaram *scores* de dor significativamente mais baixos, tiveram uma duração mais curta da FA e revelaram uma maior satisfação com o TP. Para o IA avaliado ao 1º e 5º minuto de vida do RN, a deambulação e o posicionamento vertical não demonstraram inferência estatística ($p\text{-value} > 0,05$) nos resultados obtidos.

Entre as mulheres que deambularam, a duração da FA do TP, em média, oscilou entre 4 a 9 horas e a distância total percorrida variou de 999 a 4499 metros, com uma média entre 2000 a 2999 metros. A associação entre estas duas variáveis foi verificada através da análise do coeficiente de correlação de *Spearman*. Este coeficiente de correlação amostral é vulgarmente utilizado para variáveis ordinais quando a análise de *Clusters* tem como objetivo o agrupamento de variáveis e não de sujeitos (Marôco, 2014). A análise não encontrou diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} > 0,05$) entre o tempo de duração da FA e a distância percorrida.

Terminada a avaliação dos resultados do estudo, foi extremamente agradável a constatação de que a mobilidade e o posicionamento vertical influenciaram de maneira positiva o primeiro estágio do TP: evitando a utilização de fármacos e/ou a realização de procedimentos para acelerar o TP; elevando a tolerância à dor e consequentemente diminuindo a solicitação de analgesia epidural; reduzindo o número de episiotomias e aumentando a probabilidade do TP culminar num parto eutócico. Assim sendo, considerou-se que esta pesquisa permitiu atingir plenamente o objetivo proposto, destacando-se ainda os resultados do indicador referente ao grau de satisfação das mulheres perante os cuidados de enfermagem que foram proporcionados a nível da deambulação e da mudança de posição, revelando que a maioria das parturientes (58,6%) se sentiu *Muito Satisfeita*.

Por sua vez, a ação de divulgação dos resultados deste estudo teve a presença de 70% dos EESMO, de duas médicas do Internato de Ginecologia e Obstetrícia e de duas anestesistas, com uma taxa de satisfação (4,9%), atingindo praticamente o máximo *score* – *Muito Satisfeito*.

A metodologia de avaliação do objetivo – Sensibilizar as mulheres para a livre deambulação e adoção de posições verticais na FA do primeiro estágio do TP –, baseou-se no *feedback* transmitido pelas grávidas e parturientes que, recorrendo ao SUOG foram informadas sobre estas práticas através de ensinamentos ou da entrega de material de suporte. Por outro lado, as atividades educacionais realizadas no CPP da instituição levaram a que, das 35 grávidas abrangidas, 12 delas viessem a fazer parte da amostra de parturientes que participaram neste estudo. Relativamente ao grau de satisfação das mulheres que assistiram à apresentação do projeto “Mover para Melhor Nascer”, a sua avaliação atingiu uma percentagem de 4,9% (*Muito Satisfeito*).

Importa salientar que os resultados referentes à avaliação das sessões, realizadas pela mestranda, foram reportados pela enfermeira responsável pela formação em serviço, baseando-se na apreciação feita pelos formandos, através do preenchimento do inquérito de avaliação do Núcleo de Formação em Enfermagem do CHBM, EPE.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O processo de apreciação final da implementação do projeto, como anteriormente mencionado, baseou-se na reavaliação dos 25 itens da escala de avaliação das práticas da equipa de EESMO, o qual decorreu entre 1 e 5 de setembro de 2016. A colheita de dados abrangeu 29 EESMO, dos 32 profissionais que constituíram a população-alvo inicial, uma vez que 2 EESMO se encontram a gozar o período de licença de maternidade e a outra enfermeira se mantém ausente por motivo de doença.

Os resultados obtidos, pela nova aplicação da escala, foram processados no *software IBM® SPSS®, versão 22*, permitindo através da estatística descritiva identificar quais as práticas melhoradas, bem como aquelas que continuam a necessitar de intervenção.

No que se reporta ao momento de admissão da parturiente no Bloco de Partos, comparativamente aos resultados alcançados na avaliação inicial das práticas de enfermagem, a nível da promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posições verticais, a sua reavaliação demonstrou que ocorreu uma efetiva melhoria nas intervenções relacionadas com a validação do plano de parto e a realização de ensinamentos sobre os benefícios da liberdade de movimentos e/ou posicionamento durante o primeiro estágio do TP. A leitura dos resultados permitiu constatar que antes da aplicação do projeto, apenas 15,6% dos EESMO validavam *Sempre* no plano de parto,

a intenção da mulher para deambular e/ou adotar posições verticais e que apenas 9,4% efetuavam *Sempre* ensinos informais, enquanto através da consecução do projeto a frequência de realização de cada uma dessas intervenções atingiu os 62,1%.

A validação dos conhecimentos da mulher sobre as vantagens destas práticas (48,3%) e a entrega de material informativo (41,4%) representam intervenções que apenas a maior parte dos profissionais adota na sua conduta, determinando a importância de serem revistas. É de referir que a distribuição dos folhetos só se iniciou no mês de junho, após a aprovação institucional, daí que durante os três primeiros meses de implementação do projeto, os EESMO não tenham efetivado tal prática.

Na assistência de enfermagem durante o primeiro estágio do TP, a reapreciação das práticas da equipa de EESMO revelou também que existem intervenções que continuam a necessitar de evidente aperfeiçoamento, nomeadamente: a exemplificação das posições verticais (*Às Vezes* – 55,2%); o incentivo à envolvimento do acompanhante, no apoio à parturiente, aquando da adoção de posições verticais (*Às Vezes* – 41,4%) e o treino dos profissionais na realização da cervicometria, seja qual for a posição vertical adotada, uma vez que apenas 37,9% dos profissionais realizam *Frequentemente* a avaliação da progressão do TP, sem que a parturiente tenha que assumir o posicionamento de decúbito dorsal no leito.

A ajuda presencial dos EESMO aquando do movimento de balanceio da mulher na posição vertical (25%) e o uso de materiais de suporte à adoção de posições não supinas (46,9%) foram algumas das intervenções expressivamente melhoradas, atendendo aos resultados da avaliação inicial das práticas da equipa, constituindo na fase final do projeto medidas acionadas *Frequentemente* pela maioria da equipa, respetivamente 62,1% e 51,7%. A monitorização externa contínua e a administração EV de soros persistem, enquanto intervenções de rotina na condução do TP.

Face à reavaliação das intervenções de enfermagem, pôde-se verificar que este projeto procurou dar resposta às necessidades dos EESMO na promoção da livre deambulação e no encorajamento da parturiente para a adoção de posições verticais no TP, uma vez que houve o reajuste de determinadas práticas, culminado no seu aperfeiçoamento, em prol do conforto e satisfação da mulher. Desta forma, considerou-se que o desenvolvimento desta intervenção profissional foi aceite e privilegiada pelos profissionais, o que contribuiu para a sua positiva avaliação.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Apesar de, a avaliação ser considerada a última fase de um projeto, a sua realização de forma intermédia torna possível acionar medidas corretivas direcionadas para o melhor cumprimento dos objetivos estabelecidos. Considerando o âmbito da intervenção profissional, a sua avaliação intercalar passou pela monitorização do indicador relativo às taxas de deambulação e de adoção de posições verticais na FA.

Na população-alvo dos EESMO, as ações corretivas passaram pela produção e introdução de todo o material de suporte formativo e informativo, de forma a melhorarem o seu desempenho na promoção da deambulação e da adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, no primeiro estágio do TP.

Relativamente à população-alvo de parturientes e perspetivando-se a participação futura de outras mulheres, uma vez que o projeto, se irá manter ativo foram também introduzidas medidas corretivas relacionadas com a sua educação para a adesão informada a estas práticas benéficas para o desenrolar do TP.

No estudo, para avaliação da influência da deambulação/posições verticais sobre as diferentes variáveis maternas e fetais/neonatais, importa salientar que, inicialmente, perspetivando-se a aquisição da central de monitorização fetal com aparelhos de telemetria, considerou-se que seria mais fácil manter um maior número de parturientes em deambulação permanente até ao período expulsivo, bem como em determinadas posições verticais. Porém, a falta deste equipamento, associada por vezes à redução do rácio enfermeiros/turno, conduziu à revisão da estratégia de atuação, levando a que a participação das mulheres fosse planeada, diariamente, de acordo com a taxa de ocupação do serviço e a disponibilidade dos EESMO para as supervisionarem e acompanharem na movimentação e na mudança de postura.

Na etapa final desta intervenção profissional, no mês de setembro, teve início a instalação do equipamento da referida central de monitorização. Julga-se, portanto, que será uma excelente oportunidade para garantir a continuidade do projeto, assegurando uma maior autonomia e segurança da equipa de EESMO na aplicabilidade destas estratégias, assim como da sua possibilidade de oferta a um maior número de parturientes.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A natureza da ação prática do cuidar em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia traduz-se no processo de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade de identificação de necessidades e sua satisfação, na resolução de problemas e na mobilização dos recursos necessários, para controlar a sua atividade clínica (Encarnação, Torcato & Santiago, 2015). Portanto, é crucial entender que a nossa exigência profissional, enquanto enfermeiros especialistas, deve ser pautada pela aquisição de um conjunto de conhecimentos e habilidades que possibilitem o julgamento clínico e a tomada de decisão autónoma, traduzidos num conjunto de competências especializadas, no nosso campo de atuação específico (OE, 2010_a).

A articulação entre o processo de apoio clínico, a autonomia e a espontaneidade resultante da busca de conforto pela própria parturiente no decurso do TP, tem conduzido a uma nova perceção e compreensão sobre o efeito de determinadas intervenções em Saúde Materna e Obstetrícia, nomeadamente da liberdade de movimentos e de posicionamento, resultando no incentivo destas práticas que proporcionam à parturiente um maior envolvimento e empoderamento nas decisões sobre o seu TP e parto. Neste sentido, os EESMO, com o objetivo de potenciarem as suas competências, devem promover e/ou colaborar no desenvolvimento de processos de aprendizagem e formação contínua, para que possam responder às solicitações da mulher, assegurando o seu bem-estar e segurança durante o TP e parto (OE, 2010_b).

O último capítulo do Relatório Final traduz assim a avaliação acerca do desenvolvimento pessoal de competências da EESMO, no papel de mestranda, através da elaboração e aplicação do plano de ação, tendo em vista o projeto que pretendeu, de igual modo, promover a aquisição de competências pela equipa de EESMO na aplicabilidade da deambulação e das posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, no primeiro estágio do TP. Tendo por base os objetivos traçados para o projeto de intervenção, foram mobilizadas e alcançadas competências investigativas; de análise, reflexão e pensamento crítico; cognitivas e técnico-científicas; de autonomia na tomada de decisão e na identificação de necessidades/prioridades, de acordo com o diagnóstico de situação; relacionais, comunicacionais, éticas e deontológicas.

A persistente procura de evidência científica atualizada e devidamente fundamentada sobre o domínio da nossa atuação deve constituir um exercício contínuo de qualquer profissional de saúde, pelo que se considerou que este projeto e o estudo envolvido constituíram uma perfeita forma de aprofundar e consolidar competências no âmbito da investigação em enfermagem, sobretudo nesta área de intervenção relacionada com o estímulo à movimentação, à verticalidade e à mudança de posição pela parturiente. Assim sendo, foram desenvolvidas competências investigativas relacionadas com a justificação da problemática a abordar; a definição e aplicação dos instrumentos de recolha de dados; a seleção da amostra; o tratamento e análise dos dados/resultados e a comunicação pública acerca das conclusões obtidas e do conhecimento subjacente produzido.

No que se refere ao aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, estas constituíram-se como uma das principais necessidades a desenvolver e a aprimorar, o que se tornou possível através da mobilização de conhecimentos teóricos para a prática, os quais sustentados na pesquisa científica efetuada. Desta forma, este projeto, ao oferecer material de suporte à prática profissional e incidir na formação dos EESMO, mediante a transmissão de conhecimentos específicos, contribuiu para o desenvolvimento das suas aprendizagens e competências profissionais, procurando capacitá-los para:

- Facilitarem a fisiologia materna, de forma a não manipularem o TP e o parto;
- Incentivarem a parturiente a caminhar ou a mudar/adaptar a sua posição corporal, de acordo com a postura que a mesma considere mais cómoda;
- Criarem um ambiente que favoreça a liberdade de movimentos e de posicionamento, assegurando a privacidade da parturiente;
- Oferecerem e encorajarem a parturiente a utilizar instrumentos de apoio à posição vertical;
- Incentivarem o acompanhante a participar de forma direta, nas intervenções que envolvem a movimentação e a adoção de posturas verticais pela parturiente;
- Adaptarem a sua assistência à parturiente, durante o TP, seja qual for a posição corporal elegida;

- Melhorarem a comunicação com a parturiente, facilitando e compartilhando decisões e responsabilidades.

O pensamento crítico e reflexivo sobre as intervenções desenvolvidas tornou-se uma constante ao longo de todo o projeto, através de uma postura pró-ativa e do diálogo estabelecido com a orientadora pedagógica, os EESMO e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Por outro lado, a motivação constante dos EESMO, pela mestranda, também foi considerada como um fator de favorecimento e desenvolvimento das suas aptidões reflexivas e avaliativas perante a prática de cuidados.

As competências relacionais e de comunicação foram bastante valorizadas, quer no contato com os colegas de profissão, através da sua colaboração no estudo e na partilha de experiências e conhecimentos, quer com as grávidas/parturientes, pelo aperfeiçoamento da competência sensório-emocional, atendendo ao seu contexto biopsicossocial e cultural e pela competência afetiva na expressão, interpretação e compreensão das suas escolhas no TP.

O desenvolvimento de competências relacionadas com a tomada de decisão efetivou-se na identificação das necessidades e do diagnóstico de situação, como etapa fundamental para a definição das prioridades, nomeadamente a nível da prática dos cuidados e da formulação e concretização do estudo de cariz investigativo, manifestando-se através de uma postura de iniciativa, questionamento e argumentação. Através de intervenções eficazes na resolução de problemas e da emissão de juízos e reflexões sobre as suas implicações ou condicionamentos, a autonomia e a responsabilidade de decisão também foram desenvolvidas, no sentido de adquirir competências na prestação de cuidados especializados à parturiente.

Por último, analisam-se as competências ampliadas na responsabilidade profissional, deontológica, ética e legal, que se constituíram como pilares fundamentais de atuação no decurso do projeto, respeitando o envolvimento dos profissionais e acionando intervenções que respeitaram os direitos humanos, concretamente, a intimidade e a privacidade das parturientes.

Todas estas competências foram desenvolvidas no sentido de promoverem a valorização profissional e o contributo para sugestões e recomendações, aplicáveis em futuras intervenções na melhoria da prática especializada em Saúde Materna e Obstetrícia e na continuidade da produção de conhecimento através da investigação.

8. CONCLUSÃO

A liberdade de andar, mover-se e mudar de posição, enquanto diretrizes internacionais para a humanização da assistência à mulher em TP, constituíram a base de estruturação e posterior desenvolvimento deste projeto de intervenção, cuja consecução se revelou extremamente estimulante e gratificante para a mestranda, quer a nível pessoal, enquanto responsável pela sua condução, quer a nível profissional, adequando a sua aplicabilidade na prática de cuidados da equipa que integra.

O projeto “Mover para Melhor Nascer: Liberdade de Movimentos e Posições Verticais no Primeiro Estádio do TP” assumiu um caráter ambicioso ao tornar-se num estudo que pretendeu estimular os EESMO a reapreciarem a sua conduta na promoção da deambulação e do posicionamento vertical ao longo do processo de parturição, bem como ao fomentar a identificação das evidências científicas que comprovam os efeitos benéficos destas práticas em determinadas variáveis maternas e neonatais.

O envolvimento de toda a equipa de profissionais, a disponibilidade das mulheres e o rigor e a exigência pautada em todas as intervenções equacionadas para este projeto, potenciaram o sucesso dos resultados obtidos. Através da identificação das necessidades dos prestadores de cuidados (EESMO) e das beneficiárias de cuidados (grávidas/parturientes) tornou-se possível planear, executar e avaliar intervenções que contribuíram efetivamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados no primeiro estágio do TP, quer pela aquisição e aperfeiçoamento das competências dos profissionais, quer pela capacitação da mulher nas suas escolhas relativas à mobilidade e à adoção de posturas verticalizadas.

A aplicabilidade do projeto permitiu detetar quais as práticas de atuação dos EESMO que deveriam ser melhoradas, investindo-se na sua formação e na elaboração de instrumentos educativos de suporte às suas intervenções de estimulação da livre movimentação e do encorajamento à adoção de posições não supinas pela parturiente. Numa fase final, após a realização de todas as atividades planeadas, pôde-se concluir que ainda existem práticas a serem substancialmente melhoradas, pelo que a dinâmica de continuidade do projeto se assume como primordial.

A avaliação das intervenções de enfermagem sob a perceção das parturientes destacou que os cuidados mais valorizados foram aqueles que incluíram o apoio presencial do EESMO, aquando da deambulação e do posicionamento vertical, bem como a transmissão de informações sobre os procedimentos a que eram sujeitas

durante o TP, reforçando mais uma vez a importância fundamental da aquisição de competências dos profissionais para a resposta adequada às necessidades das mulheres.

A investigação exploratória e descritiva-correlacional, enquanto atividade estratégica deste projeto, motivando EESMO e parturientes para a adoção das referidas medidas, constituiu um verdadeiro desafio, marcado por algumas dificuldades relacionadas com o tratamento estatístico dos dados, o que originou um esforço adicional, embora prazeroso, pois com base nos resultados obtidos, tal como na maioria dos estudos realizados a nível mundial, demonstrou-se, que a mobilidade aliada à posição vertical da parturiente teve inúmeras vantagens no desenrolar do TP e parto, quer para a mulher, quer para o RN.

O estudo sobre a avaliação das práticas dos EESMO e as implicações benéficas da liberdade de movimentos e da posição materna na primeira etapa do TP assumiu-se ainda como um recurso bastante válido para ampliar o debate e minimizar a controvérsia que envolvia esta área de cuidados, uma vez que alguns obstetras e anestesistas ainda se revelavam relutantes na aplicação destas práticas, pelo que este projeto profissional permitiu estabelecer uma adequada parceria entre a equipa de enfermagem e a maioria dos elementos das referidas equipas médicas, com vista à excelência da prática assistencial, no âmbito da promoção de intervenções úteis e vantajosas na progressão do TP de baixo risco obstétrico.

Relativamente às limitações do estudo, estas associaram-se com o facto de existir sobreposição entre a aplicabilidade do projeto e as atividades profissionais desempenhadas enquanto EESMO, o que implicou uma adequada articulação na gestão de tempo e na organização das atividades a desenvolver.

Para finalizar e em tom de sugestão, espera-se que o presente estudo incentive novas e constantes pesquisas sobre as intervenções dos profissionais de saúde na humanização do processo de nascimento, bem como acerca da influência da deambulação e das posições não supinas no mecanismo de TP, através da futura divulgação dos seus resultados no seio das equipas de prestadores de cuidados, àqueles que acompanham a parturiente na sala de partos, aos educadores que ensinam e orientam sobre esta área, aos administradores hospitalares e em particular à mulher, de forma a familiarizá-la com o assunto e empoderá-la na tomada de decisões conscientes sobre a condução do seu TP e parto.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdolahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 219-226. Acedido em 29/08/2016, disponível em <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/download/33017/20175>.

Aguilar, O. C., Romero, A. L. F., & Garcia, V. E. M. (2013, janeiro). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(1), 1-10. Acedido em 14/11/2015, disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>.

Almeida, C. A. L. de., & Tanaka, O. Y. (2009). Perspetiva das mulheres na avaliação no programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saúde Pública*, 43(1), 98-104. Acedido em 10/08/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013.

Almeida, O. S. C., Gama, E. R., & Bahiana, P. M. (2015, janeiro-junho). Revisão de Literatura: Humanização do parto – a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(1), 79-90. Acedido em 10/09/2016. doi: 10.17267/2317-3378rec.v4i1.456.

American Psychological Association. (2012). *Regras essenciais de estilo da APA/American Psychological Association* (6. ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Penso Editora, Lda. (Obra original publicada em 2010).

Amorim, A. T. C., Araújo, V. K. S., Severiano, R. C. C., Davim, R. M. B. (2012). Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva*, 9(56), 61-66. Acedido em 12/07/2016, disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84223413006>.

Antunes, A. R., Silva, A. R., Rodrigues, C., Duque, M., & Mateus, B. A. (2009). Avaliação da motivação dos enfermeiros para a prática de controlo de infeção numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 1(6), 21-29. Acedido em 29/07/2016, disponível em revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasauade/article/view/724.

Araújo, I. (2006). Materiais educativos e produção de sentidos na intervenção social. In S. Monteiro & E. Vargas (Eds.), *Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces no campo da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Assis, C. I. C. F. (2010). *O enfermeiro gestor: Que dificuldades*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Portugal. Acedido em 11/06/2016, disponível em https://www.repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodrigues.pdf.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Loures: Lusociência.

Azevedo, R., Fernandes, E., Lourenço, H., Barbosa, J., Silva, J. M., Costa, L., & Nunes, P. S. (2011). *Projetos educativos: elaboração, monitorização e avaliação – Guião de apoio*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação, I. P.

Baker, K. (2010, August). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492-497. Acedido em 13/10/2015, disponível em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=9&sid=50cd32ff-3cd6-4d5a-a38a-11f4f35feef4%40sessionmgr4004&hid=4202&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc210ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=rzh&AN=105090327>.

Barros, M. L. F. (2011, março). Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 5(2), 496-504. Acedido em 19/07/2016. doi: 10.5205/01012007.

Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Cesarianas nos hospitais (%) em Portugal. Acedido em 14/06/2016, disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985).

Bavaresco, G., Souza, R., Almeida, B., Sabatino, J., & Dias, M. (2011). O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16(7), 3259-3266. Acedido em 22/07/2016, disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800025.

Bio, E., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(11), 671-679. Acedido em 10/10/2015, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006001100007&script=sci_abstract&tlng=pt.

Borde, M. B. M., Gómez, P. M. V., Huerta, M. S. M., Barbero, E.V., López, A. I. T., & Barreiro, S. A. (2014, septiembre-noviembre). Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Matronas Hoy*, 2(2), 8-16. Acedido em 14/12/2015, disponível em <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/34/>.

Brandão, C. A. (2010, outubro-dezembro). A adoção do posicionamento corporal da gestante em trabalho de parto e parto em Maternidades Gonçalves. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 2 (Ed. Supl.), 786-789. Acedido em 30/07/2016. doi: 10.9789/2175-53-61.

Brüggemann, O. M., Knobel, M., Siebert, E. R., Boing, A. F., & Andrezzo, H. F. (2009, abril-junho). Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, 9(2), 189-196. Acedido em 14/07/2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n2/a08v9n2.pdf>.

Cagnin, E. R. G., Mamede, M. V., & Mamede, F. V. (2014, outubro). Atenção qualificada ao trabalho de parto: um estudo descritivo. *Rev enferm UFPE on line, Recife*, 8(19), 3266-3274. Acedido em 10/08/2016. doi: 10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201403.

Cajão, R. C. (2015, dezembro). A participação ativa da parturiente no trabalho de parto através da liberdade de movimentos e posicionamento. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, (16), 23-26. Acedido em 16/09/2016, disponível em <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnyZXXZpc3RhYXB1b3xneDo3ZDQ2OWZhNDAxYjIzODky>.

Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2013, Enero). *Parir en movimiento* (3. ed.). Barcelona: Editorial La Liebre de Marzo.

Camargo, B.V. (2005). Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino, S. M. Nóbrega (Org.), *Perspetivas Teórico-metodológicas em representações sociais*, (pp. 511-539). Brasil: Editora Universitária - UFPB. Acedido em 10/04/2016, disponível em http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. Acedido em 10/04/2016, disponível em <http://doi.org/10.9788/TP2013.1-16>.

Campos, F. C. C. de., Faria, H. P. de., & Santos, M. A. dos. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (2. ed). Belo Horizonte: Editora Coopmed. Acedido em 22/08/2016, disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>.

Campos, N. F. de., Maximino, D. A. F. M., Virgínio, N. de A., & Souto de. C. G. V. (2016, abril). A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 14(1), 47-58. Acedido em 28/07/2016, disponível em http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO_PRONTO.pdf.

Capucha, L. M. A. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projetos - Guião prático*. Lisboa: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Carraro, T. E., Knobel, R., Frello, A. T., Gregorio, V. R. P., Grüdtner, D. I., Radünz, V., & Meincke, S. M. K. (2008, julho-setembro). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião das puérperas. *Texto Contexto Enferm*, 17(3), 502-509. Acedido em 12/07/2016, disponível em www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf.

Carvalho, E. M. P. de., Gottens, L. B. D., & Pires, M. R. G. M. (2015). Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Rev Esc Enferm USP*, 49(6), 890-898. Acedido em 16/07/2016. doi: 10.1590/S0080-623420150000600003.

Carvalho, M. L. de, Araújo, T. R. N., Santos, C. F. B., Sousa, A. F. L. de, & Mora, M. E. B. (2014). Infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Interdisciplinar do Centro Universitário Uninovafapi*, 7(4), 189-198. Acedido em 09/04/2016, disponível em <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/539>.

Carvalho, M. M. de., & Rabechini Jr., R. (2006). *Construindo competências para gerenciar projetos: teorias e casos*. São Paulo: Atlas.

Carvalho, M. S. (2014). *A satisfação da mulher com o trabalho de parto: relação com as suas expectativas e experiências: revisão integrativa da literatura*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. Acedido em 27/07/2016, disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/9521>.

Carvalhosa, S. F., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária. Gerações. *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII), 479-490. Acedido em 30/07/2016, disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300008.

CHBM, EPE (2012_a). *Guia de Integração para Enfermeiros. Barreiro/Montijo: Direção de Enfermagem*. Barreiro/Montijo.

CHBM, EPE (2012_b). *Proteção. Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Barreiro/Montijo: Comissão de Aleitamento Materno*. Barreiro/Montijo.

Coêlho, L.S., Carvalho, L.R.B., Sousa, B, S. de., A., Cruz, J. N. da, Almeida, C. A. P. L., & Lino, M, M. (2015). Formação do enfermeiro na prevenção da hepatite B: análise de similitude e nuvens de palavras. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 1(2), 34-40. Acedido em 09/04/2016, disponível em www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3624.

Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 49-66. Acedido em 10/08/2016, disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n1a04.pdf>.

Confederação Internacional de Parteiras. (2010). *Normas Globais para a Formação de Parteiras (2010)*. International Confederation of Midwives. Acedido em 17/06/2016, disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

Cortés, M. S., Barranco, D. A., Jordana M. C., & Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(3), 520-526. Acedido em 12/07/2016, disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf.

Costa, J. S. (2004, outubro). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*, (30), 234-251. Acedido em 06/06/2016, disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/560>.

Cutler, L. (2012). A consideration of the positions women adopt for labour. *British Journal of Midwifery*, 20(5), 346-49. Acedido em 25/05/2016, disponível em <http://eds.b.ebscohost.com./ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9e55913-c405-47c8-94fe-aecffbf10704%40sessionmgr4010&vid=6&hid=4207>.

De Jonge, A., & Lagro-Jansenn, A. L. (2004, March). Birthing Positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(1), 47-55. Acedido em 18/07/2016, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15376404>.

Dias, M. A. B., & Domingues, R. M S. M. (2005). Desafios na implementação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10(3), 669-705. Acedido em 03/08/2016, disponível em www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf.

Dias, P., Machado, R., & Ferreira, A. P. (2015). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2014*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras: Oeiras. Acedido em 12/06/2016, disponível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf.

Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V. C., Lago, P. N. do., & Mesquita, N. S. de. (2014, abril-junho). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 18(2), 262-269. Acedido em 12/07/016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262

Dotto, L. M. G., Mamede, M. V., & Mamede, F. V. (2008, dezembro). Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: Atuação do profissional de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(4), 717-725. Acedido em 11/07/2006, disponível em www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a16.pdf.

Duarte, S. J. H., Borges, A. P., & Arruda, G. L. (2011, abril-junho). Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 1(2), 277-282. Acedido em 28/07/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.13>.

Encarnação, L., Torcato, L., & Santiago, C. (2015). O empoderamento social do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, uma realidade? *Revista da UIIPS*, 3(5), 248-269. Acedido em 11/08/2016, disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/102>.

Esser, M. da S., Mamede, F. V., & Mamede, M. V. (2012, janeiro-março). Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. *Rev. Eletr. Enf.*, 14(1), 133-141. Acedido em 14/07/2016, disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a15.htm>.

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). *INICIATIVA PARTO NORMAL — Documento de Consenso*. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. FAME.

Fernández, A. M., Plaza, C. A., & Barrio, O. R. del. (2012). Efectividad de una modificación de la posición de Sims para el manejo de la presentación occipito-posterior durante la fase de dilatación – Ensayo clínico controlado aleatorizado. *Reduca Matronas*, 4(5), 122-173. Acedido em 12/12/2015, disponível em <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/948/965>.

Figueiredo, M. L. F., Silva, M. H. R., & Mendes, W. C. (2014, janeiro-julho). Revisão sistemática: Um caminho para evidências na produção científica de enfermagem. *Revista Saúde em Foco, Teresina*, 1(1), 72-81. Acedido em 15/07/2015, disponível em <http://www4.fsnet.com.br/revista/indexphp/saudeemfoco/article/download/333/383>.

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Rac – Revista de Administração Contemporânea*, 5(núm. Esp), 183-196. Acedido em 16/06/2016, disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84009310>.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Franco, J. N., Barros, B. P. A., Vaidotas, M., & D' Innocenzo, M. (2010, setembro-outubro). Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 63(5), 806-810. Acedido em 01/08/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500018.

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J. F., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2015, janeiro). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48. Acedido em 16/08/2016 disponível em <files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>.

Gil, A. C. (2008). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4. ed.). São Paulo: Atlas.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Research International*. Acedido em 02/12/2015. doi: 10.1155/2014/638093.

Gomes, A. R. M., Pontes, D. de S., Pereira, C. C. A., Brasil, A. de O. M., & Moraes, L. M. (2014). Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Recien*: São Paulo, 4(11), 23-27. Acedido em 12/07/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018.

Gonçalves, C. V., Cesar, J. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2009, novembro). Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 25(11), 2507-2516. Acedido em 27/07/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100020&script=sci_abstract&tlng=pt.

Guittier, M. J., Othenin-Girard., Gasquet de, B., Irion, O., & Boulvain, M. (2016, janeiro). Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Acedido em 20/03/2016. doi: 10.1111/1471-0528.13855.

Idañez, M. J. A., & Ander-Egg. (2008). *Diagnóstico social: conceptos y metodologia* (3. ed.). Albacete (Espanha): Instituto de Ciência Sociales Aplicadas.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P. Acedido em 12/06/2016, disponível em censos.ine.pt.

Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrami, M. (2015, May-June). An overview of systematic Reviews of normal labor and delivery management. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(3), 293-303. Acedido em 14/04/2016, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462052/>.

Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2011). *Fundamentos de Estrategia*. Porto Alegre: Bookman.

Júnior, L. C. (2013). *Elaboração e avaliação de projetos em Saúde Colectiva* [livro electrónico]. Londrina: Eduel. Acedido em 03/08/2016, disponível em <http://www.uel.br/editora/portal/pages/libros-digitais-gratuitos.php>.

Kolcaba, K. (2007). *The Comfort line* (Online). Acedido em 06/06/2016, disponível em <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html>.

Kripke, C. (2010, February). Upright vs recumbent maternal position during first stage of labour. *American Family Physician*, 81(3), 285-286. Acedido em 10/11/2015, disponível em <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=61d4eade-93c4-4665-9a5f-24c6ffc12a85%40sessionmgr105&hid=122&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=105313534&db=rzh>.

Kumud, Rana, A. K., & Chopra, S. (2013, January). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nuliparous mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9(1), 10-18. Acedido em 02/12/2016, disponível em medind.nic.in/nad/t13/i1/nadt13i1p10.pdf.

Lamaze International. (2005). *Healthy Birth Practice Two. Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor*. Acedido em 06/06/2016, disponível em <http://www.lamazeinternational.org/healthybirthpractices>.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database Reviews*. Issue 10. 2013. Acedido em 02/12/2015, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24105444>.

Leite, F. T. (2004). *Metodologia Científica: iniciação à pesquisa científica, métodos e técnicas de pesquisa*. Fortaleza: UNIFOR.

Lobo, S. F., Oliveira, S. M. J. V., Schneck, C. A., Silva, F M. B., Bonadio, I. C., & Riesco, M. L. G. (2010, setembro). Resultados maternos e perinatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil, *Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo*, 44(3), 812-818. Acedido em 10/06/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300037.

Lopes, T. C., Madeira, L. M., & Coelho, S. (2003, julho-dezembro). O uso da bola de nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *Rev. Min. Enf.*, 7(2): 134-139. Acedido em 09/10/2015, disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf.

Lowdermilk, D. L. (2008). Controlo do Desconforto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7. ed., pp. 355-387). Loures: Lusodidacta.

Lucas, M. T. B., Rocha, M. J. F., Costa, K. M. de M., Oliveira, G. G. de., & Melo, J. de O. (2015). Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(1), 32-40. Acedido em 16/07/2016, disponível em <http://www.objnursing.uff.br/ndex.php/nursing/article/view/5067>.

Machado, M. H. (2010). Trabalho de Parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (4. ed., pp. 329-338). Lisboa: Lidel.

Madaíl, M. A. C. (2013). *Determinantes das expetativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Portugal. Acedido em 27/07/2016, disponível em [htt:hdl.handle.net/10400.19/20161](http://hdl.handle.net/10400.19/20161).

Mafetoni, R. R., & Shimo, A. K. K. (2014, abril-junho). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.*, 18(2), 505-512. Acedido em 12/08/2016. doi: 10.5935/1415-2762.20140037.

Mamede, F. V., Almeida, A. M. & Clapis, A. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: Uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(2), 295-302. Acedido em 07/11/2015. doi: 0.4025/actascihealthsci.v26i2.1580.

Mamede, F. V., Gomes, F. A., Almeida, A. M., Panobianco, M. S., & Nakano, A. M. S. (2007, setembro). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, 11(3), 466-471. Acedido em 07/11/2015, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300011&lng=en&tlng=en#.

Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. G. G. I. (2007, junho). Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, 11(2):331-336. Acedido em 7/11/2015, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200023&lng=pt&nrm=iso.

Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2007). *Fundamentos de Metodologia Científica* (6. ed.). São Paulo: Atlas.

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6. ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Martin, C. J. H., Kenney, L., Pratt, T., & Granat, M. H. (2015). The development and validation of an activity monitoring system for use in measurement of posture of childbearing women during first stage labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(2), 182-186. Acedido em 16/07/2016. doi: 10.1111/jmwh.12230.

Martin, C. J. H., & Martin, C. R. (2013, February). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Journal Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(1), 44-49. Acedido em 12/12/2015. doi: 10.1016/j.ctcp.2012.09.001.

Martins, J. S. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Acedido em 03/08/2016, disponível em pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

Mello, D. da S. A., Silva, J. M. de O., Santos, A. A., Sanches, M. E. T. de., Cavalcante, K. O. R., & Jacintho, K. de S. (2016, fevereiro). Perceção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev enferm UFPE on line*, 10(Supl. 2), 814-820. Acedido em 12/07/2016, disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/8479/14415>.

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009, December). The vertical position during labor: Pain and satisfaction. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 9(4), 393-398. Acedido em 15/11/2015. doi: 10.1590/S1519-38292009000400002.

Mota e Silva, L., Oliveira, S. M. J. V. de., Silva, F. M. B. da., & Alvarenga, M. B. (2011). Utilização da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul. Enferm.*, 24(5), 656-662. Acedido em 01/08/2016, disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010.

Moura, D. G., & Barbosa, E. F. (2011). *Trabalhando com Projetos – Planejamento e gestão de projetos educacionais*. (6. ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Moura, F. M. J., Crizostomo, C. D., Nery, I. S., Mendonça, R. C. M., Araújo, O. D., & Rocha, S. S. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 452-455. Acedido em 20/12/2015, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt.

Müller, J., Collaço, V. S., & Santos, E. K. A. dos. (2013). O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo). *Revista Científica CENSUPEG*, (2), 78-88. Acedido em 23/07/2016, disponível em <http://revistacientifica.censupeg.com.br/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/117>.

Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, (2), 72-88. Acedido em 08/04/2016, disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>.

Nascimento, E. A., Tarcia, R. M. L., Magalhães, L. P., Soares, M. A. de L., Suariano, M. L. F., & De Domenico, E. B. L. (2015). Folhetos educativos em saúde: estudo de recepção. *Rev Esc Enferm USP*, 49(3), 435-442. Acedido em 07/08/2016, disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/artcle/view/103227/101650>.

Nogueira, J. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, (12), 25-28. Acedido em 08/01/2016, disponível em <http://sites.google.com/site/revistaapeo/revista-no-12-2012/12artigo7>.

Noro, G. B. (2012, janeiro-abril). A Gestão de Stakeholders em Gestão de Projetos. *Revista de Gestão e Projetos – GeP*, 3(1), 127-58. Acedido em 31/07/2016. doi: 10.5585/gep.v3i1.23.

Nunes, A. R., Silva, L. O., & Silva, E. A. M. (2013). *Contribuições do profissional da enfermagem no parto humanizado*. Artigo apresentado no V Seminário de Pesquisas e TCC da Faculdade de União de Goyazes. Brasil. Acedido em 20/12/2015, disponível em <http://docplayer.com.br/7579549-Contribuicoes-do-profissional-da-enfermagem-no-parto-humanizado-resumo.html>.

Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva e Etapas. Setúbal: *Revista Percursos*, 15. ISSN: 1646-5067. [em linha]. Acedido em 11/08/2016, disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Nunes, P. (2008). *Conceito de Organização*. Acedido em 01/08/2016, disponível em http://www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/03conc_organizacao.htm.

Oliveira, L. M. N. de., & Cruz, A. G. C. (2014). A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(2), 175-180. Acedido em 01/08/2016. doi: 10.4034/RBCS.2014.18.02.13.

Oliveira e Silva, D. Z. de., Ramos, M. G., Jordão, V. da R. V., Silva, A. R. da., Carvalho, J. B. L. de., & Costa, M. M. do. (2013, maio). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 7(Supl.), 4161-4170. Acedido em 14/07/2016. doi: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309.

Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice # 2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188-193. Acedido em 15/12/2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010_a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido em 16/06/2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010_b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Pág.5. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 16/06/2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada*. Lisboa: OE & APEO.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido em 16/06/2016, disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Projeto Maternidade com Qualidade. Resultados Ano 2014. Acedido em 25/07/2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf.

Oreano, J. M., Bruggemann, J. M., Velho, M. B., & Monticelli, M. (2014, janeiro-março). Visão das puérperas sobre a não utilização de boas práticas na atenção ao parto. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(1), 128-136. Acedido em 22/07/2016. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.18887.

Ornelas, J. H., & Moniz, M. J. V. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*, 25(1), 153-158. Acedido em 08/08/2016, disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/437/pdf>.

Paim, A. S., Iappe, N. T., & Rocha, D. L. B. (2015, janeiro). Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. *Enfermería Global*, 37, 153-169. Acedido em 07/08/2016, disponível em scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_docencia2.pdf.

Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Porto Alegre, RS: Artmed.

Perdomini, F. R. I., & Bonilha, A. L. L. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enferm.*, 20(3), 445-52. Acedido em 19/07/2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf>.

Pereira, N. M. D., & Moreira, V. (2015). Avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem: Percepção de justiça dos avaliados. *Pensar Enfermagem*, 19(2), 18-53. Acedido em 01/08/2016, disponível em [pensarenfermagem.esel.pt/files/doc2_18_53\(5\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/doc2_18_53(5).pdf).

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (6. ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pinheiro, B. C., & Bittar, C. M. L. (2012, janeiro-abril). Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*, 37, 212-227. Acedido em 10/07/2016, disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>.

Piotrowski, K. A. (2013). Manejo da Dor. In D. L. Lowdermilk; S. E. Perry; K. C. Cashion; & K. R. A. Alden (Eds.), *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica* (10. ed., pp. 382-410). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.

Plataforma Supraconcelhia da Península de Setúbal. (2015). *Indicadores Demográficos. ISS, IP - CDist Setúbal – UAD-NAGPGI*.

Acedido em 14/06/2016, disponível em lasp.cm-palmela.pt/attachments/241_Indicadores%20Demograficos_PSCPS_mar2015.pdf.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010, outubro). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 38(10), 527-537. Acedido em 16/05/2015, disponível em http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf.

Portugal. (2006). Despacho nº 7495/2006. Diário da República 2ª serie, nº67 de 4 de abril, 5037-5039.

Prabhakar, D., George, L. S., & Karkada, S. (2015, January-March). Effectiveness of ambulation during first stage of labour, on the outcome of labour among primigravid women in selected hospitals of Palakkad District, Kerala. *International Journal of Nursing Education*, 7(1), 1-6. Acedido em 30/11/2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00001.X>.

Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012, September). What are the facilitators, inhibitors, and implications of Birth Positioning? *A Review of the Literature. Women and Birth*, 25, 100-106. Acedido em 04/10/2015. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.

Rajakumari, A., Sheela, R., & Soli, T. K. (2015). Assess the Effectiveness of selected Nursing Measures on labour outcome among primigravid mothers. *Journal of Science*, 5(8), 716-719. Acedido em 20/05/2016, disponível em [http://www.journalofscience.net/File_Folder/716-719\(Jos\).pdf](http://www.journalofscience.net/File_Folder/716-719(Jos).pdf).

Reberte, M. L., Hoga, L. A. K., & Gomes, A. L. Z. (2012, janeiro-fevereiro). O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), 101-108. Acedido em 07/08/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?id=S0104-11692000100014&script=sci_abstract&tlng=pt.

Regaya, L. B., Fatnassi, R., Khlifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K.,... Hidar, S. (2010, August). Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical: étude prospective randomisée de 200 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique e Biologie de la Reproduction*, 39, 656-662. Acedido em 16/12/2015. doi: 10.1016/j.jgyn.2010.06.007.

Reis, S. P., Meincke, S. M. K., Bielemann, V. L. M., Carraro, T. E., & Lopes, C. V. (2013). Percepção das puérperas quanto ao cuidado prestado pela equipe de saúde durante o trabalho de parto. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7 (Suppl 2). Acedido em 22/07/2016, disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/20938/pdf>.

Rios, C. T. F., & Vieira, N. F. C. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 477-486. Acedido em 10/08/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024.

Rocha, A. M., Monteiro, C. S. C. B. C., Ferreira, M., & Duarte, J. (2010, junho). Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. *Revista Millenium*, (38), 299-309. Acedido em 11/07/2016, disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium38/20pdf.

Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002, November). Birth, Obstetrics and Human Evolution. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109, 1199-1206. Acedido em 05/01/2016. doi: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x.

Roy, M. E. R., Moreno, A. C., & Jimeno, J. F. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8(1), 23-30. Acedido em 11/11/2015, disponível em <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4560683.pdf>.

Royal College of Midwives. (2010). *The Royal College of Midwives Survey of positions used in labour and birth: Final Report*. London: RCM. Acedido em 18/07/2016, disponível em <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20position%20Report%20Final%20Aug110.pdf>.

Royal College of Midwives. (2012). *Evidence Guidelines Midwifery-Led Care in Labour. Positions for Labour and Birth*. London: RCM. Acedido em 12/06/2016, disponível em <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf>.

Ruivo, M. A., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (5), 1-37. ISSN: 1646-5067.

Sabatino, H., Dunn, P. M., & Barcia, R. C. (2000). *Parto Humanizado: formas alternativas*. Campinas: Editora da Unicamp.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lúcio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (10. ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Santos, C. G. dos. (2013, setembro). Exploração/dominação de gênero e a sua relação com a divisão sexual do trabalho na perspectiva dos direitos humanos. Artigo apresentado no V Simpósio Internacional de Lutas Sociais na América Latina – “Revoluções nas Américas: passado, presente e futuro. Acedido em 23/11/2016, disponível em http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/v8_cristina_GVII.pdf.

Santos, D. S., Andrade, A. L. A. de., Lima, B. S. de. S., & Silva, Y. N. da. (2012). Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, Supl. 2), 62-67. Acedido em 10/08/2016, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300010.

Searly, L. (2010). *Factors influencing maternal positions during labor*. Student Projects: Institute of Midwifery. Acedido em 12/07/2016, disponível em <http://www.instituteofmidwifery.org/MSFinalProj.nsf/a9ee58d7a82396768525684f0056be8d/45f9de25c6ca395e85257715003dad3f?OpenDocument>.

Severino, A. J. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez.

Silva, A., & Nogueira, L. D. P. (2014). A importância das estratégias não-farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão bibliográfica. *Revista Hispeci & Lema On-Line, Bebedouro-SP*, 5(1), 155-164. Acedido em 09/07/2016, disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/hispecielemaonline/sumario/32/05122014141911.pdf>.

Silva, E. C., & Santos, I. M. M. (2009, setembro-dezembro). A percepção das mulheres acerca da sua parturi (a) ção. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 1(2), 111-123. Acedido em 13/07/2016. doi: 10.9789/2175-5361.

Silva, L. B. da., Silva, M. P., Soares, P. C. M., & Ferreira, Q. T. M. (2007, fevereiro). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*, 35(2), 101-106. Acedido em 15/11/2015, disponível em <http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>.

Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(3), 164-169. Acedido em 12/07/2016, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128969>.

Sousa, A. M. M., Souza, K. V., Rezende, E. M., Martins, E. F., Campos, D., & Lansky, S. (2016). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery R. Enferm*, 20(2), 324-331. Acedido em 25/07/2016. doi: 10.5935/1414-8145.20160044.

Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., & Fraser, R., B. (2003, September). Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. *Birth*, 30(3), 189-194. Acedido em 15/07/2016, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911802>.

Strauss A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa - técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2. ed.). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde.

Thies, L. L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013, December). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*, 26(4), 99-104. Acedido em 14/07/2016. doi: 10.1016/j.wombi.2013.06.004.

Velho, M. B., Oliveira, M. E., & Santos, E. K. A. (2010, julho-agosto). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 652-659. Acedido em 15/04/2016, disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023.

Versiani, C. de C., Mendonça, J. M. G. de., Vieira, M. A., & Sena, R. R. de. (2008, janeiro-março). Maternidade segura: relato de experiência. *Rev. APS*, 11(1), 109-114. Acedido em 10/08/2016, disponível em <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/109-114.pdf>.

Viana, L. V. M., Ferreira, K. M., & Mesquita, M. A. S. S. B. (2014, agosto-dezembro). Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. *Saúde em Foco, Teresina*, 1(2), 134-148. Acedido em 15/04/2016, disponível em <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/245/431>.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth a practical guide: Report of a Technical Working Group*. Geneva: Department of Reproductive Health & Research. Acedido em 10/11/2015, disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.

World Health Organization. (2011). *Strengthening Midwifery Toolkit: Competencies for midwifery practice*. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer Family, Women's and Children's Health. Acedido em 10/06/2016, disponível em <http://whqibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965module4eng.pdf>.

World Health Organization. (2014). WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: WHO Library Cataloguing. Acedido em 18/06/2016, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363eng.pdf>.

Zangão, M. O. B. (2014). *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade durante o Processo de Cuidar*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Portugal. Acedido em 10/04/2016, disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/1671>.

Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K. K., Zileni, C. W., & Muller, A. (2016). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women Birth*. Acedido em 10/06/2016. doi: 10.1016/j.wombi.2016.06.

APÊNDICES

Apêndice A: Proposta de Projeto do Estágio Final

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: <u>2015 / 2016</u>

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA
 Aprovado Não aprovado

Fundamentação da não aprovação (Esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

 Nome Completo: Ana Cristina Canhoto Ferrão

 Curso: Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

 Especialidade: Saúde Materna e Obstetrícia Número: 35426

 Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

 Telef.: 918656460 / 212880849 E-mail: ana_ferraovv@hotmail.com
5. PROPOSTA
 Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

 Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher as respetivas quadras)
 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Mover para Melhor Nascer - Liberdade de Movimentos e Posições Verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto

Título em Inglês:

Move to Better Birth - Freedom of Movement and Upright Positions in First Stage of Labor

7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO <i>(Anexar declaração de aceitação)</i> Nome: <u>Prof.ª Doutora Maria Otilia Brites Zangão</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> Telef.: <u>266730300 / 963543933</u> E-mail: <u>otiliz@uevora.pt</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ Telef.: _____ E-mail: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE Área Disciplinar do Trabalho: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Deambulação Precoce, Modalidades de Posição, Trabalho de Parto, Enf.ª Obstétrica</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA Assistência de Enfermagem no 1º Estádio do Trabalho de Parto. / Benefícios da Deambulação e das Posições Verticais na Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto. / Limitadores e/ou inibidores na aplicabilidade da Deambulação e das Posições Verticais na Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto.				
12. RESUMO <u>Em anexo.</u>				
13. PLANO E CRONOGRAMA <u>Em anexo.</u>				
14. JUSTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO PROPOSTA <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> 				
15. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input checked="" type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 1º Ciclo)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Requerimento de Pedido de Parecer</u>	16. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, entregando projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP. Data _____ Assinatura _____			
17. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">Receção <small>(Data e Assinatura)</small></td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">Registo <small>(Data e Assinatura)</small></td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">Observações:</td> </tr> </table>		Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:		

12. RESUMO

Na Europa, no início do século XVII, associado ao advento dos cirurgiões obstétricos e à sua intervenção no parto através do uso do fórceps, ocorreu o processo de horizontalização do Trabalho de Parto (TP) e parto, tomando-se o confinamento da mulher ao leito, numa prática incorporada na sua assistência (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000). O TP e parto, antigamente, vistos como acontecimentos naturais e fisiológicos passaram a ser comandados pela intervenção masculina, ocorrendo a substituição do paradigma não intervencionista (Velho *et al.*, 2010).

A partir de esta hegemonia, até metade do século XX, a postura deitada ou reclinada prevaleceu no processo de parturição devido à institucionalização e medicalização do TP e parto, bem como a inúmeros procedimentos intervencionistas que não contribuíram para um maior grau de satisfação das mulheres, nem se traduziram numa melhoria no âmbito da saúde materno-fetal. (Nunes, Silva & Silva, 2013). A problemática foi ignorada durante décadas e só nos últimos 50 anos é que esta temática tem vindo a ser alvo de ampla discussão, no que diz respeito às desvantagens da posição de litotomia no TP e às vantagens da mobilidade da mãe e da postura ereta no decurso do TP (Sabatino *et al.*, 2000).

A sequência das etapas do 1º Estádio do TP depende de vários fatores, nomeadamente o feto, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição materna e a resposta comportamental da mulher ao TP (Lowdermilk, 2008). Assim sendo, a importância das posições verticais é fundamentada em inúmeros estudos, sobre alguns aspetos que envolvem determinados mecanismos: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixe da cabeça fetal, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base, para além da eficiência das contrações uterinas (Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco & Nakano, 2007).

Os benefícios da adoção de posições verticais e da deambulação relacionam-se diretamente com a eficácia da contratilidade uterina, pois o peso da gravidade coopera com as contrações e com os esforços expulsivos, ficando o corpo gravídico em equilíbrio com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). Daqui resulta que, o ângulo entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto e da coluna vertebral materna é menor em posição vertical, requerendo assim um menor esforço do útero (Aguilar, Romero & Garcia, 2013). Desta forma, o pólo de apresentação na pelve materna, bem como o apoio direto da cabeça fetal sobre o colo do útero são facilitados, produzindo um ângulo mais conveniente para os mecanismos de encravamento e de descida fetal (Mamede *et al.*, 2007).

As posições eretas ao favorecem a ação da gravidade, possibilitam uma melhor irrigação uterina, potenciando a função das fibras musculares uterinas, o que resulta em contrações mais intensas, rítmicas e eficazes (Mamede *et al.*, 2004). O feto, também por efeito da gravidade, está facilitado pelo reflexo de Ferguson (apressão da cabeça fetal na parte inferior do útero, desencadeia um reflexo a nível hipotálamo-hipófise, estimulando a produção de ocitocina (Aguilar *et al.*, 2013). Por outro lado, existe um menor risco de hipotensão materna devido à não compressão aortocava o que melhora a oxigenação materno-fetal, diminuindo o risco de sofrimento fetal (Borde *et al.*, 2014).

Desta forma, torna-se fácil compreender como todos estes mecanismos, potenciados pela deambulação e pelas posturas verticais podem produzir efeitos benéficos sobre as variáveis obstétricas e fetais/neonatais, respetivamente no encurtamento do tempo de duração do 1º Estádio do TP; na redução do uso de ocitócicos ou do recurso a outras manobras para acelerar o TP; no aumento da sensação de controlo da parturiente com melhor tolerância à dor das contrações uterinas; na menor solicitação de analgesia epidural; na redução da taxa de partos instrumentais/cirúrgicos e da realização do procedimento de episiotomia ou da ocorrência de lacerações perineais e no aumento da satisfação materna e do bem-estar fetal (Lawrence, Lewis, Hofmeyr and Styles, 2013; Mamede *et al.*, 2007; Miquelutti *et al.*, 2009; Piotrowski, 2013; Regaya *et al.*, 2010).

Vários organismos internacionais têm tentado devolver a essência mais natural e fisiológica do processo de parturição, com menos intervenções possíveis e ressaltando a importância do uso de meios mais naturais na sua evolução. Neste âmbito a *World Health Organization (WHO)*, em 1996, com a publicação do manual *Care in Normal Birth* apresentou uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, para situações de baixo risco obstétrico. Entre essas diretivas destacam-se nas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, a posição de litotomia dorsal no decurso do TP e parto e nas práticas demonstradamente úteis e benéficas, a liberdade de movimento e de posição, com o encorajamento da mulher na adoção de posições verticais ou não supinas.

No nosso país, de igual forma, implicados na defesa de estratégias de humanização na assistência à mulher em TP, entre outras iniciativas, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Ordem dos Enfermeiros (OE), no ano de 2013, apresentou o projeto *Maternidade com Qualidade*, direcionado para o parto fisiológico e para o empoderamento da mulher na tomada de decisões e escolhas sobre o seu TP e parto. Nos seus indicadores de evidência ressaltam, mais uma vez, a promoção da deambulação nas mulheres em TP, como medida não farmacológica de alívio da dor e o estímulo a posições não supinas durante o TP e parto (OE, 2013).

A abordagem da problemática sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no 1º Estádio do TP, emergiu não só porque se trata de uma área de intervenção autónoma dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), mas também porque estes procedimentos apesar de se encontrarem sistematizados no âmbito do Projeto Maternidade com Qualidade, com implementação efetiva no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM, EPE) desde o início do ano de 2014, têm gerado alguma controvérsia no seio da equipa multidisciplinar, levando a um recuo numa maior e estímulo destas intervenções.

A realidade a que se assiste, muitas vezes, em mulheres internadas no SUGO do CHBM, EPE, remete sobretudo para uma menor promoção das estratégias de deambulação e de adoção de posturas verticalizadas na Fase Ativa do TP, quer devido ao desconhecimento de algumas destas mulheres sobre os benefícios de tais intervenções na evolução do TP, quer pela facilidade que a posição de supino confere na execução de determinadas técnicas médicas e pela maior comodidade dos profissionais de saúde na vigilância contínua do bem-estar materno-fetal.

Atendendo às competências específicas do EESMO, a filosofia de cuidados deve assentar num processo de tomada de decisão informada e partilhada entre a mulher e o EESMO, avaliando-se os riscos e benefícios da deambulação e das posições não supinas vs posições supinas e sendo asseguradas e respeitadas as escolhas da mulher ao longo do processo de TP (Ondeck, 2014).

Na sequência do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e enquanto EESMO com funções no SUOG do CHBM, EPE, proponho a realização de um estudo inerente à temática: **Liberdade de Movimentos e Posições Verticais: Uma Estratégia na Humanização da Assistência de Enfermagem à Mulher no 1º Estádio do TP**, com consequente desenvolvimento e implementação do Projeto de Intervenção *Mover para Melhor Nascer*, aguardando-se avaliação do mesmo pela Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.

13. PLANO E CRONOGRAMA

PLANO DE ATIVIDADES – PREPARAÇÃO DO PROJETO

Atividades Planeadas	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões com a Enf.ª Diretora, a Enf.ª Supervisora, a Enf.ª Coordenadora e a Diretora do SUOG do CHBM, EPE; - Reuniões com a orientadora pedagógica do projeto; - Definição dos objetivos do projeto; - Elaboração e escrita do projeto; - Entrega do impresso de proposta de projeto e do formulário de avaliação de projeto pela Comissão de Ética, nos Serviços Académicos da Universidade de Évora. 	<p>Recursos Físicos: Salas de reunião dos diferentes serviços/departamentos das Instituições.</p> <p>Recursos Materiais: Computador e impressora.</p> <p>Recursos Humanos: Enf.ª Diretora, Enf.ª Supervisora, Enf.ª Coordenadora e Diretora do SUOG do CHBM, EPE; Docente Orientadora.</p> <p>Recursos Temporais: Cronograma de atividades.</p>

PLANO DE ATIVIDADES – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL: Promover a deambulação e a adoção de posições verticais em mulheres, de baixo risco obstétrico, durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.

Objetivo Específico I: Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário à equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE. - Realização de uma sessão informativa para exposição dos resultados obtidos. 	<p>Recursos Físicos: SUOG e Sala de Formação do CHBM, EPE.</p> <p>Recursos Materiais: Computador, impressora e data-show.</p> <p>Recursos Humanos: Docente Orientadora e equipa de EESMO</p> <p>Recursos Temporais: Março – Abril 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as práticas dos EESMO na promoção da deambulação e das posições verticais na Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto, bem como os limitadores/inibidores na aplicabilidade destas estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento estatístico dos dados obtidos. - Presenças na sessão. - Inquérito de avaliação da sessão (Núcleo de Formação do CHBM, EPE).

Objetivo Específico II: Sensibilizar a equipa multidisciplinar na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto. - Criação de uma janela Pop-Up para divulgação do projeto no portal interno do CHBM, EPE. - Realização de sessões formativas sobre os benefícios da deambulação e da adoção de posições verticais na evolução do 1º Estádio do Trabalho de Parto. 	<p>Recursos Físicos: Sala de Formação.</p> <p>Recursos Materiais: Computador, impressora, data-show e intranet do CHBM, EPE.</p> <p>Recursos Humanos: Docente Orientadora e equipa multidisciplinar.</p> <p>Recursos Temporais: Março – Maio 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir uma maior taxa efetiva de aplicabilidade das estratégias de deambulação e de adoção de posições verticais na Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto. - Promover momentos de discussão e partilha de ideias entre os profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenças nas sessões formativas. - Inquérito de avaliação das sessões (Núcleo de Formação do CHBM, EPE). - Taxa de deambulação e de adoção de posições verticais na Fase Ativa. - Feedback dos profissionais.

Objetivo III: Identificar os benefícios da deambulação e das posições verticais num grupo de mulheres, de baixo risco obstétrico, durante a Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um estudo de caráter exploratório e descritivo-correlacional, numa amostra de mulheres em Fase Ativa de Trabalho de Parto, para avaliação da influência da deambulação e das posições verticais em determinadas variáveis obstétricas e neonatais. - Aplicação de questionário às mulheres incluídas no estudo. 	<p>Recursos Físicos: SUOG do CHBM, EPE.</p> <p>Recursos Materiais: Computador, impressora, podómetro, escala numérica da dor e matriz de registo de intervenções.</p> <p>Recursos Humanos: Docente Orientadora; equipa de EESMO e mulheres selecionadas.</p> <p>Recursos Temporais: Março – Agosto 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar resultados que comprovem os benefícios da deambulação e das posições verticais na evolução da Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto. - Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO, na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, na perspetiva das mulheres incluídas no estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento estatístico dos dados obtidos. - Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem.

Objetivo IV: Sensibilizar as mulheres para a livre deambulação e adoção de posições verticais durante a Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto.			
Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Realização de um folheto informativo sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais. - Elaboração de um poster alusivo aos benefícios da deambulação e das posições verticais.	Recursos Físicos: SUOG do CHBM, EPE. Recursos Materiais: Computador e impressora. Recursos Humanos: Docente Orientadora; equipa de EESMO e grávidas/parturientes. Recursos Temporais: Março – Setembro 2016.	- Informar as mulheres grávidas e parturientes que recomem ao SUOG sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	- Feedback das mulheres.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ações	MÊS							
	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Realização de Reuniões								
Elaboração do Projeto								
Preparação dos instrumentos de Colheita de Dados								
Diagnóstico da Problemática								
Realização das Atividades Planeadas								
Elaboração do Relatório Final								
Pesquisa Bibliográfica								

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, D. C.; Romero, A. L. F.; & Garcia, V. E. M. (2013, Janeiro). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81 (1), 1-10.
- Borde, M. B. M.; Gómez, P. M. V.; Huerta, M. S. M.; Barbero, E.V.; López, A. I. T.; & Barreiro, S. A. (2014, Setembro-Novembro). Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Matronas Hoy*, 2 (2), 8-16.
- Lawrence, A.; Lewis, L.; Hofmeyr, G. J.; & Styles, C. (2013). Maternal Positions and Mobility during First Stage Labour (Review). *Cochrane Database Reviews*. Issue 10.
- Lowdermilk, D. L. (2008). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7.ª ed., pp. 414-477). Loures Lusodidacta.
- Mamede, F. V.; Almeida, A. M.; & Clapis, A. J. (2004). Movimentação/Deambulação no Trabalho de Parto: Uma Revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26 (2), 295-302.
- Mamede, F. V.; Gomes, F. A.; Almeida, A. M.; Panobianco, M. S.; & Nakano, A. M. S. (2007). O Efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 11 (3), 466-471.
- Miquelutti, M. A.; Cecatti, J. G.; Morais, S. S.; & Makuch, M. Y. (2009). The Vertical Position during Labor: Pain and Satisfaction. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 9 (4), 393-398.
- Nunes, A. R.; Silva, L. O.; & Silva, E. A. M. (2013). *Contribuições do Profissional da Enfermagem no Parto Humanizado*. Artigo apresentado no V Seminário de Pesquisas e TCC da faculdade de União de Goyazes. Brasil.
- Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice#2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 188-193.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt, consultado a 20 Janeiro de 2016.
- Piotrowski, K. A. (2013). Manejo da Dor. In D. L. Lowdermilk; S. E. Perry; K. C. Cashion; & K. R. A. Alden (Eds.), *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica* (10.ª ed., pp. 382-410). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Regaya, L. B.; Fatnassi, R.; Khlifi, A.; Fékih, M.; Kebaili, S.; Soltan, K.; Khairi; & Hidar, S. (2010). Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical: Étude Prospective Randomisée de 200 cas. *Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction*, 39, 656-662.
- Sabatino, H.; Dunn, P. M.; & Caldeyro-Barcia, R. (2000). *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. Campinas: Editora Unicamp.
- Velho, M.B.; Oliveira, M. E.; & Santos, E. K. A. (2010, Julho-Agosto). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (4), 652-659.
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth a practical guide: Report of a Technical Working Group*. Department of Reproductive Health & Research. World Health.

Apêndice B: Questionário Aplicado à Equipa de EESMO do CHBM, EPE

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Questionário dirigido à equipa de EESMO do SUOG – CHBM, EPE

Questionário nº _____

Secção 1: Caracterização Sociodemográfica da Equipa de EESMO.

Por favor, assinale com X ou **responda por escrito** ao que lhe é perguntado.

<p>1. Idade:</p> <p>1. 25-30 anos <input type="checkbox"/></p> <p>2. 31-35 anos <input type="checkbox"/></p> <p>3. 36-40 anos <input type="checkbox"/></p> <p>4. 41-45 anos <input type="checkbox"/></p> <p>5. 46-50 anos <input type="checkbox"/></p> <p>6. 51-55 anos <input type="checkbox"/></p> <p>7. 56-60 anos <input type="checkbox"/></p> <p>2. Habilitações Literárias (além da Pós-Licenciatura):</p> <p>1. Nenhuma <input type="checkbox"/></p> <p>2. Pós-Graduação <input type="checkbox"/></p> <p>3. Mestrado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Doutoramento <input type="checkbox"/></p> <p>3. Tipo de Vínculo à Instituição Hospitalar:</p> <p>1. Quadro de Pessoal da Instituição <input type="checkbox"/></p> <p>2. Contrato Individual de Trabalho <input type="checkbox"/></p> <p>4. Local de residência:</p> <p>1. Rural <input type="checkbox"/></p> <p>2. Urbano <input type="checkbox"/></p> <p>5. Reside no Concelho de: _____</p>	<p>6. Estado Civil:</p> <p>1. Solteira, com companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>2. Solteira, sem companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>3. Casada <input type="checkbox"/></p> <p>4. União de Facto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Divorciada, com companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>6. Divorciada, sem companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Viúva <input type="checkbox"/></p> <p>7. Agregado Familiar:</p> <p>1. Só com o marido/companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sem o marido/companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>3. Com o marido/companheiro e filhos (s) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Outro <input type="checkbox"/></p> <p>8. Filhos:</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quantos filhos tem? _____</p>
---	--

Secção 2: Experiência Profissional da Equipa de EESMO.

Por favor, **responda por escrito** ao que lhe é perguntado.

1. Tempo de exercício profissional como EESMO _____ anos.

2. Tempo de exercício profissional como EESMO no SUOG do CHBM, EPE _____ anos.

Secção 3: Conhecimento das EESMO sobre os benefícios das estratégias de deambulação e de adoção de posições verticais na evolução do 1º Estádio do Trabalho de Parto.

3.1. – De acordo com os seus conhecimentos teórico-práticos enumere, **no máximo, 3 benefícios** da deambulação aliada às posições verticais adotadas pela mulher, na evolução do 1º Estádio do Trabalho de Parto.

1. _____
2. _____
3. _____

Secção 4: Intervenções de Enfermagem na Admissão do Bloco de Partos.

4.1. – Atendendo às intervenções de enfermagem que assegura no momento da admissão da mulher no SUOG, no que se refere à promoção da deambulação e ao estímulo na adoção de posições verticais durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto, responda às questões que se encontram no quadro abaixo, considerando apenas situações de gravidez de baixo risco obstétrico.

Dê resposta às seguintes afirmações utilizando a Escala de Likert apresentada e assinalando com X a opção que melhor se adequa à sua prática de cuidados.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre

A1	Valida com a parturiente se tem plano de parto.	1	2	3	4	5
A2	Valida com a parturiente a sua intenção de deambular ou alternar posições verticais durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A3	Permite que a parturiente deambule ou adote posições verticais durante a admissão hospitalar.	1	2	3	4	5
A4	Questiona a parturiente sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A5	Realiza ensinios sobre os benefícios da deambulação/mudança de posição no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A6	Incentiva a parturiente a movimentar-se e a adotar a posição vertical, que lhe é mais confortável, durante a admissão hospitalar.	1	2	3	4	5
A7	Entrega material informativo (panfleto, brochura,...) à parturiente sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5












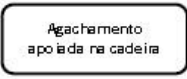
Secção 5: Intervenções de Enfermagem durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.

5.1. – Atendendo à sua prática de cuidados na assistência à mulher no 1º Estádio do Trabalho de Parto, responda às questões que se encontram no quadro abaixo, considerando apenas situações de gravidez de baixo risco obstétrico, sem complicações no Trabalho de Parto.













Dê resposta às seguintes afirmações utilizando a Escala de Likert apresentada e assinalando com X a opção que melhor se adequa à sua prática de cuidados.

	1	2	3	4	5	
	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	
A8	Assegura liberdade à parturiente para se movimentar durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A9	Recomenda à parturiente para se mobilizar durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A10	Promove a livre escolha da parturiente quanto às posições que deseja adotar ao longo do 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A11	Estimula a parturiente a adotar e alternar diferentes posições verticais ao longo do 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A12	Utiliza materiais de apoio (bola de pilates, almofadas, cadeira,...) na adoção de posições verticais, pela parturiente, no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A13	Apoia presencialmente e ajuda no balanceio quando adotadas, pela mulher, posições verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A14	Exemplifica diferentes posições verticais, enumerando os seus benefícios no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A15	Incentiva o acompanhante a ajudar a parturiente na adoção de posturas verticais durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A16	Transmite à parturiente todas as informações e explicações solicitadas acerca da deambulação e das posições verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A17	Aplica as estratégias de deambulação e de adoção de posições verticais na parturiente, enquanto métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A18	Administra soros, de forma contínua, ao longo do 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A19	Administra perfusão ocitócica para acelerar o Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A20	Coloca monitorização externa intermitente durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A21	Realiza monitorização externa contínua durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A22	Realiza amniotomia para acelerar o Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A23	Administra medicação endovenosa (opiáceos) para alívio da dor durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A24	Sugere à parturiente que realize analgesia epidural, sem que a mesma o solicite.	1	2	3	4	5
A25	Realiza cervicometria várias vezes ao longo do Trabalho de Parto, solicitando à parturiente que interrompa a deambulação e regresse ao leito para ser observada.	1	2	3	4	5

5.2. – Considerando a sua experiência profissional, observe as figuras apresentadas e assinale com X as posições que mais recomenda/incentiva as mulheres a adotarem durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto
(Fonte de Imagens: Mayo Foundation for Medical Education and Research, disponível em www.parempaz.blogspot.pt).

		
Deitada em decúbito lateral <input type="checkbox"/>	Movimentar-se e estar de pé apoiada no acompanhante <input type="checkbox"/>	De pé com inclinação da perna de apoio <input type="checkbox"/>
		
Sentada na cama com extensão dos MI e pla no superior reclinado <input type="checkbox"/>	Sentada na cama com flexão dos MI e pla no superior reclinado <input type="checkbox"/>	Sentada na cadeira com apoio de uma perna num baú <input type="checkbox"/>
		
Sentada com movimento rítmico <input type="checkbox"/>	Sentada com inclinação sobre a cadeira <input type="checkbox"/>	Movimento de balanço apoiada na bola de pilates <input type="checkbox"/>
		
De mãos e joelhos apoiados na cama <input type="checkbox"/>	Agachamento apoiada na cadeira <input type="checkbox"/>	

5.3. – Considerando a sua experiência profissional, observe as figuras apresentadas e assinale com X as posições que as mulheres mais adotam, de forma espontânea, durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto (Fonte de Imagens: Mayo Foundation for Medical Education and Research, disponível em www.pariempaz.blogspot.com).

		
Deitada em decúbito lateral <input type="checkbox"/>	Movimentar e estar de pé apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	De pé com inclinação da perna de apoio <input type="checkbox"/>
		
Sentada na cama com extensão dos MI e plano superior reclinado <input type="checkbox"/>	Sentada na cama com flexão dos MI e plano superior reclinado <input type="checkbox"/>	Sentada na cadeira com apoio de uma perna num banco <input type="checkbox"/>
		
Sentada com movimento rítmico <input type="checkbox"/>	Sentada com inclinação sobre a cadeira <input type="checkbox"/>	Movimento de balançamento apoiada na bola de pilates <input type="checkbox"/>
		
De mãos e joelhos apoiados na cama <input type="checkbox"/>	Agachamento apoiada na cadeira <input type="checkbox"/>	

Secção 6: Limitadores e/ou inibidores da aplicabilidade das estratégias de deambulação e de adoção de posições verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto.

6.1. – De acordo com a sua opinião e atendendo à sua prática de cuidados, indique com **X apenas 4** das seguintes opções que, considere como principais limitadores e/ou inibidores na promoção da deambulação e da adoção de posições verticais, na assistência à mulher no 1º Estádio do Trabalho de Parto, no SUOG do CHBM, EPE.

1.Estrutura do serviço.	
2.Dimensões das salas de parto.	
3.Recusa da parturiente.	
4.Falta/Défice de conhecimentos da parturiente.	
5.Recusa/Resistência da equipa de enfermagem.	
6.Falta/Défice de conhecimentos da equipa de enfermagem.	
7.Falta de formação/Treino da equipa de enfermagem.	
8.Inexperiência/Falta de segurança da equipa de enfermagem.	
9.Falta de recursos humanos (supervisão da parturiente pela EESMO).	
10.Recusa/Resistência da equipa de obstetras.	
11.Falta/Défice de conhecimentos da equipa de obstetras.	
12.Inexperiência/Falta de segurança da equipa de obstetras.	
13.Recusa/Resistência da equipa de anestesistas.	
14.Falta/Défice de conhecimentos da equipa de anestesistas.	
15.Inexperiência/Falta de segurança da equipa de anestesistas.	
16.Administração endovenosa de soros.	
17.Administração endovenosa de medicamentos para alívio da dor.	
18.Administração endovenosa de ocitocina.	
19.Aplicação médica de prostaglandinas (via vaginal) para indução do trabalho de parto.	
20.Monitorização externa contínua.	
21.Analgésia epidural.	
22.Amniotomia.	
23.Falta de equipamento (central de monitorização, aparelhos de monitorização por telemetria,...).	

Por favor, certifique-se que respondeu a TODAS as questões.

Muito obrigada pela disponibilidade no preenchimento deste questionário.

Apêndice C: Questionário Aplicado às Parturientes do SUOG do CHBM, EPE

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Questionário dirigido às Parturientes do SUOG – CHBM, EPE
incluídas no estudo

Secção 1: Dados Sociodemográficos

Questionário nº _____

Por favor, assinale com X ou responda por escrito ao que lhe é perguntado.

<p>1. Idade:</p> <p>1. 19-23 anos <input type="checkbox"/></p> <p>2. 24-28 anos <input type="checkbox"/></p> <p>3. 29-33 anos <input type="checkbox"/></p> <p>4. 34-38 anos <input type="checkbox"/></p> <p>5. 39-43 anos <input type="checkbox"/></p> <p>2. Raça:</p> <p>1. Caucasiana <input type="checkbox"/></p> <p>2. Negra <input type="checkbox"/></p> <p>3. Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____</p> <p>3. Nacionalidade:</p> <p>1. Portuguesa <input type="checkbox"/></p> <p>2. Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____</p> <p>4. Estado Civil:</p> <p>1. Solteira <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casada <input type="checkbox"/></p> <p>3. União de Facto <input type="checkbox"/></p> <p>4. Divorciada <input type="checkbox"/></p> <p>5. Viúva <input type="checkbox"/></p> <p>5. Agregado Familiar:</p> <p>1. Só com marido/companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sem o marido/companheiro <input type="checkbox"/></p> <p>3. Com o marido/companheiro e filho (s) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Outro <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Filhos:</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quantos filhos tem? _____</p> <p>7. Habilitações Literárias:</p> <p>1. Sabe ler ou escrever <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1º ciclo (4ª classe) <input type="checkbox"/></p> <p>3. 2º ciclo (6º ano) <input type="checkbox"/></p> <p>4. 3º ciclo (9º ano) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Ensino secundário (12º ano) <input type="checkbox"/></p> <p>6. Curso Técnico Profissional <input type="checkbox"/></p> <p>7. Ensino superior (bacharelato ou licenciatura) <input type="checkbox"/></p> <p>8. Ensino pós-graduado (mestrado ou doutoramento) <input type="checkbox"/></p> <p>8. Estatuto Ocupacional:</p> <p>1. Empregada <input type="checkbox"/></p> <p>2. Empregada com licença por maternidade/doença <input type="checkbox"/></p> <p>3. Doméstica <input type="checkbox"/></p> <p>4. Estudante <input type="checkbox"/></p> <p>5. Desempregada <input type="checkbox"/></p> <p>6. Rendimento Social de Inserção <input type="checkbox"/></p> <p>9. Área de Residência:</p> <p>1. Urbana <input type="checkbox"/></p> <p>2. Rural <input type="checkbox"/></p> <p>10. Reside no Concelho de: _____</p>
---	---

Secção 2: Dados da História Obstétrica, da Gravidez e do Parto

Por favor, assinale com X ou responda por escrito ao que lhe é perguntado.

11. Gravidez desejada/planeada: 1. Sim 2. Não

12. Vigilância da gravidez realizada em: 1. Centro de Saúde 2. Hospital Público 3. Hospital Privado
4. Centro de Saúde e Hospital Público 5. Consultório Privado

13. Número de consultas realizadas durante a gravidez: _____

14. Realização de Curso de Preparação para o Parto (CPP): 1. Sim 2. Não

15. Se sim, qual o local: 1. Centro de Saúde 2. Hospital Público 3. Clínica 4. Outro

16. Se hospital público, indique qual: _____

17. No CPP falaram-lhe dos benefícios de se movimentar/mudar de posição durante o Trabalho de Parto:
1. Sim 2. Não

18. Semanas de gravidez no momento de admissão no Bloco de Partos:
1. 37s – 38s 2. 38s – 39s 3. 39s – 40s 4. 40s – 41s 5. 41s – 42s

19. Trouxe plano de partos para a Maternidade: 1. Sim 2. Não

20. Se sim, no seu plano de partos indicou que pretendia andar/mudar de posição durante o Trabalho de Parto:
1. Sim 2. Não

21. Realizou analgesia epidural: 1. Sim 2. Não

22. Romperam-lhe a bolsa de águas durante o trabalho de parto: 1. Sim 2. Não

23. Número de partos (incluindo o último): 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. > 4

24. Tipo de Parto (atual): 1. Eutócico/Vaginal 2. Ventosa 3. Fórceps 4. Cesariana

Secção 3: Cuidados de Enfermagem no Momento de Admissão no Bloco de Partos

3.1. – Recordando o momento da sua admissão no Bloco de Partos, no quadro abaixo assinala com X no número 1 (Sim) ou no número 2 (Não), o que correspondeu aos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados.

		Sim	Não
A1	A enfermeira validou consigo se tinha plano de parto.	1	2
A2	A enfermeira questionou-a sobre a sua vontade de andar/caminhar durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2
A3	A enfermeira questionou-a sobre a sua intenção de adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2
A4	A enfermeira permitiu-lhe mover-se livremente durante o momento da admissão no Bloco de Partos	1	2
A5	A enfermeira permitiu-lhe adotar a posição vertical (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras), mais cómoda para si enquanto realizava a sua admissão no Bloco de Partos.	1	2
A6	A enfermeira perguntou-lhe alguns dos benefícios de movimentar-se e adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2
A7	A enfermeira ensinou-lhe sobre os benefícios de movimentar-se e adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2
A8	A enfermeira incentivou-a a movimentar-se e a adotar a posição vertical (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras), que lhe era mais confortável, durante a sua admissão no Bloco de Partos.	1	2
A9	A enfermeira entregou-lhe algum folheto sobre os benefícios de movimentar-se ou de adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2

3.2. – Considere agora a importância que atribuiu aos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados e de acordo com a sua opinião, assinala com X utilizando a correspondência da escala.

1	2	3	4	5
Nada Importante	Pouco Importante	Algo Importante	Importante	Muito Importante

A10	A enfermeira validou consigo se tinha plano de parto.	1	2	3	4	5
A11	A enfermeira questionou-a sobre a sua vontade de andar/caminhar durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A12	A enfermeira questionou-a sobre a sua intenção de adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A13	A enfermeira permitiu-lhe mover-se livremente durante o momento da admissão no Bloco de Partos	1	2	3	4	5
A14	A enfermeira permitiu-lhe adotar a posição vertical (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras), mais cómoda para si enquanto realizava a sua admissão no Bloco de Partos.	1	2	3	4	5
A15	A enfermeira perguntou-lhe alguns dos benefícios de movimentar-se e adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A16	A enfermeira ensinou-lhe sobre os benefícios de movimentar-se e adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5
A17	A enfermeira incentivou-a a movimentar-se e a adotar a posição vertical (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras), que lhe era mais confortável, durante a sua admissão no Bloco de Partos.	1	2	3	4	5
A18	A enfermeira entregou-lhe algum folheto sobre os benefícios de movimentar-se ou de adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas ou de cócoras) no 1º Estádio do Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5

Secção 4: Cuidados de Enfermagem durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto

4.1. – Recordando a sua experiência durante o trabalho de parto, no quadro abaixo assinala com X no número 1 (Sim) ou no número 2 (Não), o que correspondeu aos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados.













		Sim	Não
B1	A enfermeira permitiu-lhe liberdade para se movimentar.	1	2
B2	A enfermeira permitiu-lhe escolher e adotar diferentes posições (deitada, de pé, sentada, de gatas e de cócoras).	1	2
B3	A enfermeira incentivou-a a levantar-se da cama e a andar.	1	2
B4	A enfermeira recomendou-lhe para se levantar e adotar diferentes posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras).	1	2
B5	A enfermeira explicou-lhe algumas das posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras), enumerando os seus benefícios.	1	2
B6	A enfermeira permitiu-lhe utilizar materiais de apoio (bola de pilates, almofadas, cadeira, banco...) na adoção de posições verticais.	1	2
B7	A enfermeira ajudou-a no movimento de balanceio quando se encontrava em posição vertical (de pé, sentada na cadeira ou sentada na bola de pilates).	1	2
B8	A enfermeira incentivou o seu acompanhante a ajudá-la a adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras).	1	2
B9	A enfermeira proporcionou-lhe alívio da dor, durante o Trabalho de Parto, ao permitir-lhe mover-se livremente e adotar a posição vertical (de pé, sentada, de gatas e de cócoras), mais confortável para si.	1	2
B10	A enfermeira informou-a de que existem outras alternativas no alívio da dor para além da movimentação e da adoção de posições verticais (massagens, duche de água quente, técnicas de relaxamento,...).	1	2
B11	A enfermeira permitiu-lhe usufruir de outras técnicas de alívio da dor para além da movimentação e da adoção de posições verticais (massagem, duche de água quente, técnicas de relaxamento,...).	1	2
B12	A enfermeira, durante o Trabalho de Parto, manteve-a sempre ligada ao aparelho que regista os batimentos cardíacos do bebé.	1	2
B13	A enfermeira, durante o Trabalho de Parto, em determinados períodos, não a manteve ligada ao aparelho que regista os batimentos cardíacos do bebé.	1	2
B14	A enfermeira colocou-lhe soro justificando a sua necessidade.	1	2
B15	A enfermeira colocou-lhe medicação no soro para alívio das dores, justificando a sua necessidade.	1	2
B16	A enfermeira recomendou-lhe que realiza-se analgesia epidural.	1	2
B17	A enfermeira colocou-lhe algum medicamento no soro para provocar ou aumentar as contrações, justificando a sua necessidade.	1	2
B18	A enfermeira rompeu-lhe a bolsa de águas, justificando a sua necessidade.	1	2
B19	A enfermeira realizou várias vezes o toque, durante o Trabalho de Parto, pedindo-lhe que interrompesse a deambulação e se deitasse para observá-la.	1	2
B20	A enfermeira deu-lhe todas as informações e explicações que pediu durante o Trabalho de Parto.	1	2

4.2. - Considere agora a importância que atribuiu aos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados e de acordo com a sua opinião, assinala com X utilizando a correspondência da escala.













1	2	3	4	5
Nada Importante	Pouco Importante	Algo Importante	Importante	Muito Importante

B21	A enfermeira permitiu-lhe liberdade para se movimentar.	1	2	3	4	5
B22	A enfermeira permitiu-lhe escolher e adotar diferentes posições (deitada, de pé, sentada, de gatas e de cócoras).	1	2	3	4	5
B23	A enfermeira incentivou-a a levantar-se da cama e a andar.	1	2	3	4	5
B24	A enfermeira recomendou-lhe para se levantar e adotar diferentes posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras).	1	2	3	4	5
B25	A enfermeira exemplificou-lhe algumas das posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras), enumerando os seus benefícios.	1	2	3	4	5
B26	A enfermeira permitiu-lhe utilizar materiais de apoio (bola de pilates, almofadas, cadeira, banco...) na adoção de posições verticais.	1	2	3	4	5
B27	A enfermeira ajudou-a no movimento de balanceio quando se encontrava em posição vertical (de pé e sentada na cadeira ou na bola de pilates).	1	2	3	4	5
B28	A enfermeira incentivou o seu acompanhante a ajudá-la a adotar posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras).	1	2	3	4	5
B29	A enfermeira proporcionou-lhe alívio da dor, durante o Trabalho de Parto, ao permitir-lhe mover-se livremente e adotar a posição vertical (de pé, sentada, de gatas e de cócoras), mais confortável para si.	1	2	3	4	5
B30	A enfermeira informou-a de que existem outras alternativas no alívio da dor para além da movimentação e da adoção de posições verticais (massagem, duche de água quente, técnicas de relaxamento,...).	1	2	3	4	5
B31	A enfermeira permitiu-lhe usufruir de outras técnicas de alívio da dor para além da movimentação e da adoção de posições verticais (massagem, duche de água quente, técnicas de relaxamento,...).	1	2	3	4	5
B32	A enfermeira, durante o Trabalho de Parto, manteve-a sempre ligada ao aparelho que regista os batimentos cardíacos do bebé.	1	2	3	4	5
B33	A enfermeira, durante o Trabalho de Parto, em determinados períodos, não a manteve ligada ao aparelho que regista os batimentos cardíacos do bebé.	1	2	3	4	5
B34	A enfermeira colocou-lhe soro justificando a sua necessidade.	1	2	3	4	5
B35	A enfermeira colocou-lhe medicação no soro para alívio das dores, justificando a sua necessidade.	1	2	3	4	5
B36	A enfermeira recomendou-lhe que realiza-se analgesia epidural.	1	2	3	4	5
B37	A enfermeira colocou-lhe algum medicamento no soro para provocar ou aumentar as contrações, justificando a sua necessidade.	1	2	3	4	5
B38	A enfermeira rompeu-lhe a bolsa de águas, justificando a sua necessidade.	1	2	3	4	5
B39	A enfermeira realizou várias vezes o toque, durante o Trabalho de Parto, pedindo-lhe que interrompesse a deambulação e se deitasse para observá-la.	1	2	3	4	5
B40	A enfermeira deu-lhe todas as informações e explicações que pediu durante o Trabalho de Parto.	1	2	3	4	5

Secção 5: Posições Verticais adotadas durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto. Observe as várias figuras e assinale com X as posições que adotou durante o seu Trabalho de Parto (Fonte de imagens: The Birth & Baby Network, disponível em www.thebirthandbaby.com/labour-and-birth-newcas-tla/positions-for-labour).

			
Deitada de lado <input type="checkbox"/>	Deitada com apoio de almofadas na perna <input type="checkbox"/>	De pé apoiada na parede <input type="checkbox"/>	De pé apoiada na cama <input type="checkbox"/>
			
De pé apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	Sentada na bola apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	Sentada na bola <input type="checkbox"/>	De joelhos apoiada na bola <input type="checkbox"/>
			
De cócoras apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	Sentada na cadeira com elevação dos pés <input type="checkbox"/>	Sentada inclinada sobre a cadeira <input type="checkbox"/>	Sentada na cama com apoio nas costas <input type="checkbox"/>

Secção 6: Posições Verticais que promovem maior conforto. Observe as várias figuras e assinale com X as posições que, na sua opinião a ajudaram mais durante o Trabalho de Parto (Fonte de imagens: The Birth & Baby Network, disponível em: www.thebirthandbabynetwork.com/labour-and-birth-newcastle/positions-for-labour).

			
Deitada de lado <input type="checkbox"/>	Deitada com apoio de almofadas na perna <input type="checkbox"/>	De pé apoiada na parede <input type="checkbox"/>	De pé apoiada na cama <input type="checkbox"/>
			
De pé apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	Sentada na bola apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	Sentada na bola <input type="checkbox"/>	De joelhos apoiada na bola <input type="checkbox"/>
			
De cócoras apoiada no companheiro <input type="checkbox"/>	Sentada na cadeira com elevação dos pés <input type="checkbox"/>	Sentada inclinada sobre a cadeira <input type="checkbox"/>	Sentada na cama com apoio nas costas <input type="checkbox"/>

Secção 7: Satisfação relativa aos Cuidados de Enfermagem durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto.

7.1. – Para avaliar a sua satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto, no que diz respeito à possibilidade de andar/mudar de posição, utilize a seguinte escala e assinale com X a opção que representa a sua opinião.

1	2	3	4	5
Nada satisfeita	Pouco satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita

Secção 8: Satisfação relativa à Experiência de Trabalho de Parto.

8.1. – Para classificar a sua satisfação relativamente à experiência vivida durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto, utilize a seguinte escala e assinale com X a opção que representa a sua opinião.

1	2	3	4	5
Nada satisfeita	Pouco satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita

Por favor, certifique-se que respondeu a TODAS as questões.

Muito obrigada pela disponibilidade no preenchimento deste questionário.

Apêndice D: Análise Textual

Benefícios da Deambulação e das Posições Verticais no Primeiro Estádio do TP

Os dados resultantes da resposta dos EESMO, à questão sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP, foram tratados por análise textual. Através deste tipo de análise, torna-se possível descrever o material produzido pelos participantes de um estudo, seja de forma individual ou coletivamente, bem como analisar de forma comparativa e relacional, as diferentes produções escritas em função das variáveis específicas que caracterizam quem produziu o texto (Nascimento & Menandro, 2006).

A utilização do *software IRAMUTEQ* permitiu diferentes formas de análises estatísticas sobre o *corpus* textual obtido, incluindo a lexicografia básica e análises multivariadas (classificação hierárquica descendente [CHD], análises de similitude e nuvem de palavras).

A análise do *corpus* do texto iniciou-se com a codificação dos participantes (EESMO), das variáveis definidas (idade; habilitações literárias; tempo de exercício profissional como EESMO e tempo de exercício profissional como EESMO no SUOG do CHBM, EPE) e do *corpus* de análise composto pelas unidades de contexto iniciais (UCIs), segundo as regras de preparação do material textual para o *IRAMUTEQ*. A unidade de contexto inicial (UCI) define-se como a unidade através da qual o programa informático realizará a fragmentação inicial (Nascimento & Menandro, 2006).

Neste caso, cada resposta à questão aberta apresentada foi considerada uma UCI, começando por linha de comando, a qual informa sobre a identificação do EESMO e das variáveis definidas. Observe-se o seguinte exemplo: ****** *su_j_01 *id_5 *hab_2 *tempEESMO_4 *tempEESMOCHBM_4.**

Numa primeira fase o *software IRAMUTEQ* fez a leitura do *corpus* e o cálculo dos dicionários, isto é, o programa gerou inicialmente uma listagem, ordenada alfabeticamente, de todo o vocabulário do *corpus*, da qual, por sua vez, resultou uma segunda listagem com as formas reduzidas. Como referem Camargo e Justo (2013), nas análises lexicais clássicas, o programa identifica e reformata as unidades de texto, que se transformam de UCIs em unidades de contexto elementares (UCEs). Estas UCEs definem-se como segmentos de texto, geralmente do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa informático, de acordo com o tamanho do *corpus* (Camargo, 2005).

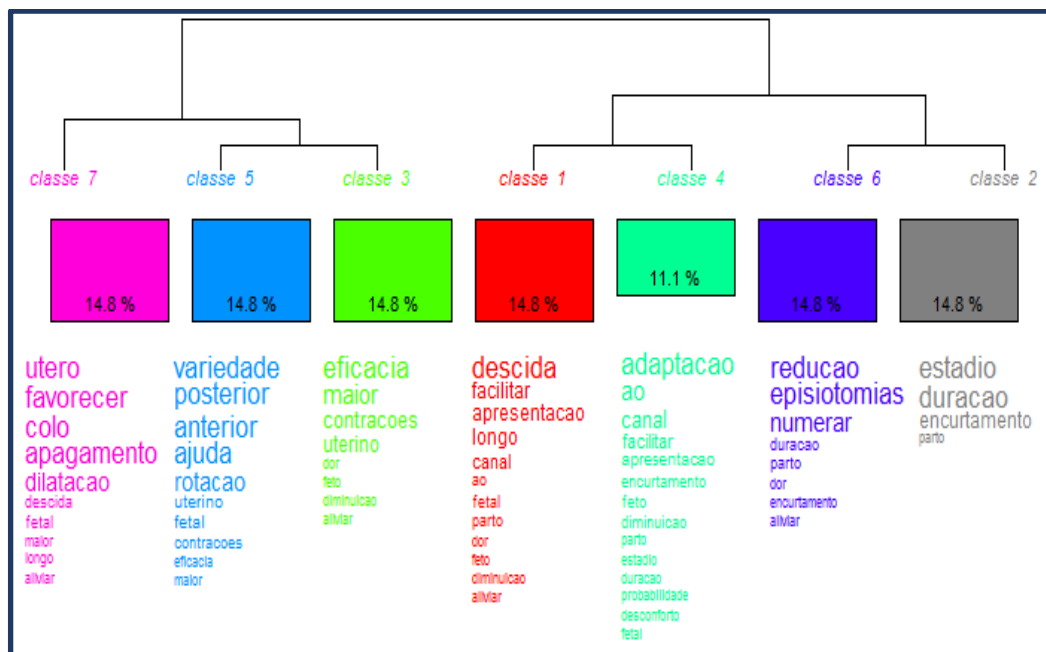
Na análise lexical são também identificadas a quantidade de palavras, a frequência média e o número de hapax (palavras com frequência um). É ainda feita a pesquisa do vocabulário e reduzido às palavras com base nas suas raízes (lematização), ou seja, o *software IRAMUTEQ* limita as palavras que significam aproximadamente a mesma coisa, mas que diferem quanto ao género, ao número e ao facto de serem substantivos, adjetivos ou advérbios (Camargo & Justo, 2013).

Atendendo à pesquisa em causa, cada UCI correspondeu ao texto gerado por cada um dos EESMO, ou seja, obteve-se um total de 32 UCIs, que no seu conjunto constituíram o *corpus* desta análise. Seguidamente as UCIs foram processadas em UCEs, as quais definidas segundo critérios de tamanho do texto (número de palavras analisadas) e pontuação. Neste caso o programa repartiu o *corpus* em 625 segmentos ou UCEs, as quais continham 83 formas distintas.

Posteriormente, passou-se ao **método de CHD** que classifica os segmentos de texto em função dos seus respetivos vocabulários, sendo o conjunto destes repartido com base na frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter classes de UCEs que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCEs das outras classes, sendo classificadas de acordo com a sua associação quiquadrado na classe (Camargo & Justo, 2013). Através deste método de classificação e de acordo com a análise do *corpus* em causa, o *software* estabeleceu 307 UCEs para definir as classes e promoveu a distribuição do conjunto dos dados textuais em 7 classes diferentes por descendência hierárquica, numa percentagem de UCEs classificada em 84,38%, correspondendo ao aproveitamento do material exposto à análise.

A relação entre as classes é ilustrada num gráfico do tipo Dendograma, em que a leitura deve ser feita de cima para baixo, ou seja, num **primeiro momento**, o corpus foi dividido em **dois subgrupos**. Num **segundo momento**, da **divisão do 1º subgrupo** resultaram as **classes 1, 4, 6 e 2** e da **divisão do 2º subgrupo** as **classes 7, 5 e 3**. No subgrupo 1 as classes 1 e 4 têm uma relação mais próxima entre si, assim como as classes 6 e 2, enquanto no subgrupo 2 as classes 5 e 3 têm uma relação mais próxima do que com a classe 7.

Dendograma da Divisão das UCEs em Classes



Fonte: IRAMUTEQ.

Pela CHD, a identificação das 7 classes semânticas do material analisado e a associação das mesmas às variáveis, anteriormente mencionais, permitiu agrupar em cada uma dessas classes os diferentes benefícios atribuídos pelos EESMO às estratégias de promoção da deambulação/posições verticais no primeiro estágio do TP. Desta forma, a cada classe ou contexto temático foi atribuído um título:

- **Classe 1 – Facilidade na descida da apresentação fetal;**
- **Classe 2 – Encurtamento da duração do primeiro estágio do TP;**
- **Classe 3 – Maior eficácia da contratilidade uterina;**
- **Classe 4 – Facilidade na adaptação da apresentação fetal no canal de parto;**
- **Classe 5 – Ajuda na rotação da cabeça fetal;**
- **Classe 6 – Redução de episiotomias;**
- **Classe 7 – Favorecimento do apagamento e dilatação do cólo do útero.**

As formas reduzidas das palavras mais significativas, de acordo com o valor do qui quadrado, que formam cada classe e ainda o vocabulário, significativamente, ausente de cada classe de acordo com o valor do qui quadrado, sequenciadas por ordem decrescente, são também representadas no Dendograma. O valor do qui quadrado revela a força de associação entre cada vocábulo e a sua classe. Desta forma,

quanto maior o valor do qui quadrado, mais importante é a construção da classe, fazendo com que as palavras com mais peso apareçam em primeiro lugar e as de menor peso, por último (Zangão, 2014). Por outro lado, a análise textual permitiu verificar, de acordo com as variáveis estipuladas, quais foram os EESMO que mais contribuíram para a presença ou ausência dos termos significativos que caracterizaram cada classe.

As classes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 apresentaram cada uma respectivamente 14, 24, 34, 43, 54, 64 e 74 UCEs de 307. Respondendo por igual percentagem do *corpus* (14,8%), estiveram as classes do 7, 5 e 3 do 1º subgrupo e as classes 1, 6 e 2 do 2º subgrupo. Neste último subgrupo, a classe 4 representou ainda 11,1% do total de UCEs.

Na **classe 1** os vocábulos mais frequentes e significativos foram: **descida**; **facilitar** e **apresentação**. Quem mais contribuiu para esta classe foram os sujeitos 17, 3, 20 e 13, dos quais um com idade compreendida entre os 31 e os 35 anos e apresentando-se os outros três na faixa etária dos 46 aos 50 anos. Dois destes EESMO não apresentam outra habilitação literária para além da Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; outro possui uma Pós-Graduação na área da Saúde Sexual e Reprodutiva e o outro é detentor do grau de mestre. Deste grupo de EESMO, dois deles exercem como especialistas entre 15 e 20 anos, com desempenho de funções, por igual período temporal no SUOG do CHBM, EPE; um apresenta experiência profissional como EESMO e igual tempo de desempenho no referido serviço num período > 5 anos e < 10 anos; o outro EESMO é detentor do título há menos de 5 anos, também com igual tempo de exercício profissional neste Bloco de Partos.

A **classe 2** destacou as palavras: **estádio**; **duração** e **encurtamento**, sendo os EESMO que mais contribuíram para a construção desta classe os enfermeiros codificados como sujeitos 11, 26, 28 e 29. Entres estes EESMO dois têm idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos; outro encontra-se na faixa etária dos 31 aos 35 anos e o outro EESMO têm entre 36 e 40 anos de idade. Dois deles possuem apenas o título de EESMO; outro é detentor de uma Pós-Graduação e o outro é titular de mestre em Enfermagem. Neste grupo dois enfermeiros exercem como EESMO há menos de 5 anos, com igual tempo de desempenho no SUOG do CHBM, EPE; um é detentor da categoria de EESMO por um período superior a 5 anos e inferior a 10 anos, mas desempenhando funções no SUOG há menos de 5 anos; o outro enfermeiro

apresenta-se como EESMO há mais de 20 anos, com igual tempo de desempenho de funções no serviço.

Na **classe 3** os termos evidenciados foram: **eficácia, maior e contrações**. A classe foi, predominantemente, construída pela análise do *corpus* produzido pelos EESMO 6, 7, 23 e 27, em que um tem idade entre os 31 e os 35 anos; outro entre os 41 e 46 anos e os outros dois encontram-se na faixa etária dos 51 aos 56 anos. Entre os mesmos, um deles não detém qualquer outra habilitação literária para além da Pós-Licenciatura e os outros três possuem uma Pós-Graduação. Quanto à experiência profissional dois destes enfermeiros são especialistas na área e desempenham funções, neste serviço, por um período inferior a 5 anos; outro é detentor do título, entre 5 e 10 anos, com igual tempo de exercício como EESMO no SUOG do CHBM, EPE e o último apresenta experiência profissional por um período superior a 15 anos e inferior a 20 anos, desempenhando funções por igual espaço temporal neste Bloco de Partos.

Para a **classe 4**, a carga fatorial destacou as palavras: **adaptação; ao; canal e facilitar**. Os elementos que mais contribuíram para a formação da classe foram os EESMO 5, 8 e 24, com idades compreendidas entre os 31 e 35 anos e os 51 e 60 anos. Entre estes EESMO um deles é apenas detentor do título de Enfermeiro Especialista, outro possui uma Pós-Graduação e o outro tem o grau de mestre em Enfermagem. Um destes EESMO apresenta experiência profissional na área inferior a 5 anos, com igual tempo de prática profissional no SUOG do CHBM, EPE; outro apresenta tempo de exercício profissional como EESMO num período superior a 5 anos e inferior a 10 anos, também com igual tempo de desempenho no referido serviço; o outro enfermeiro apresenta tempo de exercício profissional como EESMO superior a 15 anos e inferior a 20 anos, com desempenho de funções por igual período temporal neste Bloco de Parto.

A construção da **classe 5** determinou que os vocábulos: **variedade; posterior; anterior e ajuda**, fossem os mais frequentes. Esta classe resultou do contributo textual dos sujeitos 15, 16, 22 e 31, com idades compreendidas entre os 46 e os 55 anos e em que dois deles não possuem qualquer outra habilitação literária para além da Pós-Licenciatura em Saúde Materna e os outros dois são detentores de uma Pós-Graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva. Neste grupo todos os EESMO apresentam tempo de exercício profissional como especialistas na área por um período superior a 15 anos e inferior a 20 anos, no entanto um deles só exerce funções

neste serviço há menos de 5 anos; outro por um período entre 5 e 10 anos e os outros dois entre 15 e 20 anos.

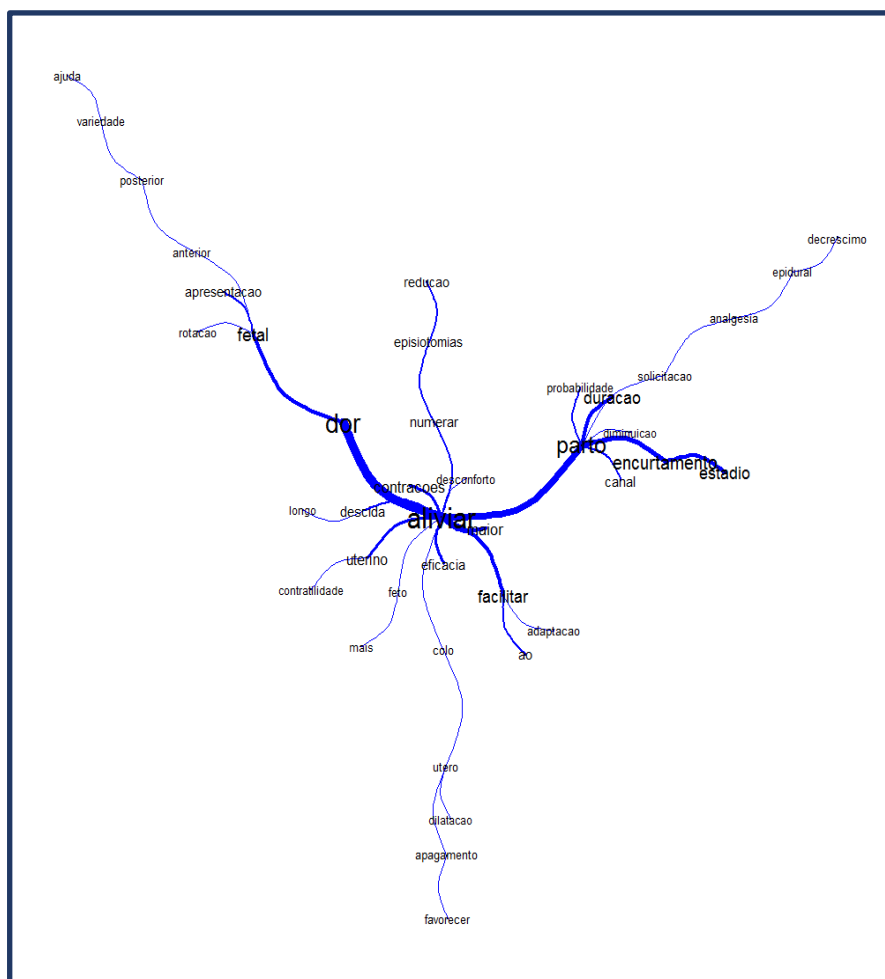
Na **classe 6** sobressaíram as palavras: **redução; episiotomias e numerar**. Quem mais contribuiu foram os sujeitos 2, 3, 14 e 25, um dos quais com idade compreendida na classe etária dos 31 aos 35 anos e os outros três EESMO com idades entre os 46 e os 55 anos. Entre eles, três EESMO apresentam como habilitações literárias uma Pós-Graduação, enquanto o outro EESMO é apenas detentor da Pós-Licenciatura. Dois exercem como especialistas há menos de 5 anos, tendo desde então desempenhado funções no SUOG do CHBM, EPE; outro apresenta tempo de exercício profissional como especialista entre 5 e 10 anos, com igual tempo de desempenho de funções neste serviço e o outro EESMO apresenta experiência na área entre 15 e 20 anos, tendo sempre exercido funções de especialista no referido serviço.

As palavras com maior relevância na **classe 7** foram: **útero; favorecer; colo e apagamento**. Os sujeitos 9, 12, 18 e 19, foram aqueles que mais participaram para a construção desta classe. Neste grupo, dois EESMO apresentam idades entre os 25 e os 30 anos e os outros dois entre os 46 e os 55 anos. Relativamente às suas qualificações, três deles não apresentam qualquer outra habilitação literária, para além da Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo o outro profissional detentor de uma Pós-Graduação. Quanto ao tempo de exercício profissional como EESMO, três destes sujeitos são especializados na área há menos de 5 anos, desempenhando funções por igual período de tempo neste serviço, enquanto o outro profissional é detentor do título entre 15 e 20 anos, estando também o seu tempo de exercício no SUOG do CHBM, EPE, compreendido em igual intervalo de tempo.

O *corpus* textual foi também submetido à **análise de similitude entre palavras**. Esta metodologia de análise baseia-se na teoria dos grafos e possibilita identificar as coocorrências entre as palavras. O seu resultado fornece indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de representação de um *corpus* textual (Carvalho, Araújo, Santos, Sousa & Moura, 2014).

A partir da representação gráfica, da análise de similitude de palavras percebe-se que ocorreu um leque semântico de palavras mais frequentes: **fetal; dor; aliviar; facilitar; parto; duração; encurtamento e estádio**.

Análise de Similitude entre Palavras



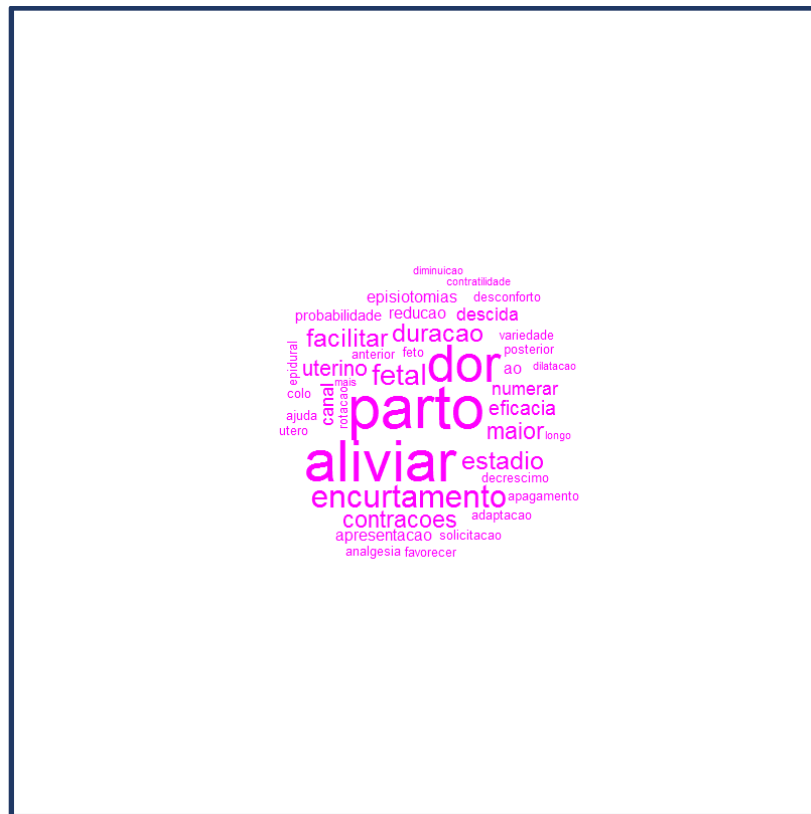
Fonte: IRAMUTEQ.

Após a análise geral da árvore de similitude, pôde-se inferir por meio de conexões que os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP, destacados pela equipa de EESMO, relacionaram-se com **a rotação da cabeça fetal; o alívio da dor; a facilitação da adaptação da apresentação fetal ao canal de parto e o encurtamento da duração do estágio de TP.**

Posteriormente, pelo método da **nuvem de palavras**, ocorreu o agrupamento e organização gráfica das palavras em função da sua frequência. Como referem Coêlho et al. (2015) é uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita a rápida identificação das palavras-chave de um *corpus*.

Através da nuvem de palavras, tornou-se possível observar que as palavras que obtiveram maior frequência foram: **descida; facilitar; duração; uterino; fetal; dor; parto; aliviar; estágio; encurtamento; maior e contracções.**

Nuvem de Palavras



Fonte: IRAMUTEQ.

De acordo com a experiência profissional dos EESMO, a deambulação e as posições verticais no primeiro estágio do TP apresentam como efeitos benéficos: **a descida da apresentação fetal; facilitar a rotação da variedade posterior para anterior; aliviar a dor; maior eficácia das contrações uterinas e encurtamento da duração do estágio do TP.**

Apêndice E: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – EESMO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO):

Este questionário associa-se a um estudo sobre a temática – **Liberdade de Movimentos e Posições Verticais: Uma Estratégia na Humanização da Assistência de Enfermagem à Mulher no 1º Estádio do Trabalho de Parto (TP)**, com consequente elaboração e implementação de um Projeto de Intervenção intitulado “**Mover para Melhor Nascer**”, no âmbito do Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. O objetivo geral deste trabalho é promover as estratégias de deambulação e de adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 1º Estádio do TP, o que contribuirá para um incremento da qualidade dos cuidados de enfermagem assegurados às parturientes, bem como para a sua satisfação.

O objetivo deste questionário é avaliar as práticas da equipa de EESMO do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM, EPE), na assistência à mulher durante o 1º Estádio do TP, nomeadamente a nível da promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posições verticais.

O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.^a Doutora Maria Otília Brites Zangão, docente da Universidade de Évora. O presente questionário baseou-se nas boas práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (1996) na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento.

Considera-se que, com a divulgação dos resultados desta pesquisa se possa contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados de saúde, bem como das práticas profissionais.

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: **ana_ferraovv@hotmail.com / 918656460**.

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Assinatura da Investigadora:

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada “**Liberdade de Movimentos e Posições Verticais: Uma Estratégia na Humanização da Assistência de Enfermagem à Mulher no 1º Estádio do Trabalho de Parto**”.

Nome _____

Assinatura _____

Barreiro _____

Apêndice F: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – Parturientes

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exma. Senhora:

Convido-a a participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que tem como objetivo avaliar a influência da deambulação (mover-se, andar e caminhar) e das posições verticais (de pé, sentada, de gatas e de cócoras) na duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto; no nível de dor; na realização de analgesia epidural ou no uso de outros medicamentos para alívio da dor; na administração de medicamentos ou na realização de outras intervenções para acelerar o Trabalho de Parto; no tipo de parto; na realização de episiotomia (corte realizado no períneo para facilitar a passagem da cabeça do bebé); na ocorrência de rasgaduras perineais e no bem-estar do recém-nascido.

A deambulação e as posições verticais têm um papel de grande importância no Trabalho de Parto, facilitando a abertura do canal de parto para a passagem do bebé, melhoram a eficiência das contrações uterinas e diminuem a sensação de dor.

Sempre que possível, será estimulada a deambular e a adotar posições verticais durante a Fase Ativa do Trabalho de Parto. A quantidade de metros percorrida será medida através da colocação de um pequeno aparelho – podómetro, na zona do tornozelo, no momento da sua admissão no Bloco de Partos e avaliado o nível de dor, ao longo da Fase Ativa, com a aplicação da escala numérica da dor. No período pós-parto, durante o seu internamento, ser-lhe-á pedido o preenchimento de um questionário para avaliação da sua experiência a nível dos cuidados que lhe foram assegurados pela equipa de Enfermeiros Especialistas do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, no que diz respeito à possibilidade de se movimentar e de adotar posições verticais.

O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.^a Doutora Maria Oflia Brites Zangão, docente da Universidade de Évora. Considera-se que, a sua participação, bem como a divulgação dos resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto e para a satisfação das mulheres relativamente à sua experiência de Trabalho de Parto.

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: ana_ferraovv@hotmail.com / 918656460.

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Assinatura da Investigadora:

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada **“Liberdade de Movimentos e Posições Verticais: Uma Estratégia na Humanização da Assistência de Enfermagem à Mulher no 1º Estádio do Trabalho de Parto”**.

Nome _____

Assinatura _____

Barreiro _____

Apêndice G: Apresentação do Projeto Mover para Melhor Nascer – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Diapositivos da Sessão Informativa

PLANO DE SESSÃO – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

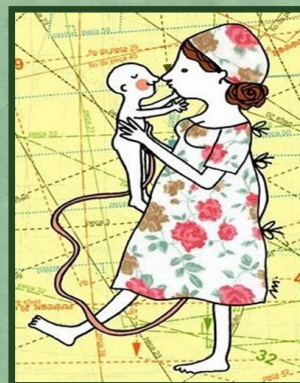
ÂMBITO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.
TEMA – Apresentação do projeto de intervenção “Mover para Melhor Nascer”.
LOCAL – Sala de Formação do CHBM, EPE
DATA – 11/04/2016
HORA – 9horas 30minutos
TEMPO PREVISTO – 30 minutos
METODOLOGIA – Expositiva
PRELETORA – EESMO Ana Ferrão
POPULAÇÃO ALVO – Equipa de enfermagem dos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia e Consulta de Saúde Materna do CHBM, EPE.
OBJETIVO GERAL – Apresentar o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem “Mover para Melhor Nascer”.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Informar a equipa de enfermagem sobre o tema e o conteúdo do projeto; • Sensibilizar a equipa de enfermagem na implementação do projeto; • Promover o debate e a partilha de ideias no seio da equipa e enfermagem.
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação do projeto; • Objetivos específicos, atividades planeadas e resultados esperados.

MOVER PARA MELHOR NASCER

Apresentação do Projeto de
Melhoria Contínua da Qualidade
dos Cuidados de Enfermagem

SUOG – CHBM, EPE

Mestranda: Enf.ª ESMO Ana Ferrão
Orientadora: Prof.ª Doutora Maria Otília Zangão



Fonte Imagem: Google Chrome

abril 2016

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia



OBJETIVOS DA SESSÃO

Informar a equipa de enfermagem sobre o
tema e o conteúdo do projeto;

Sensibilizar a equipa de enfermagem na
implementação do projeto;

Promover o debate e a partilha de ideias
no seio da equipa de enfermagem.

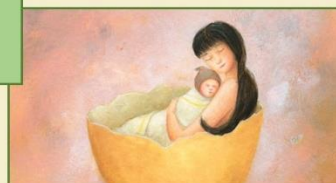


Fonte Imagem: Google Chrome

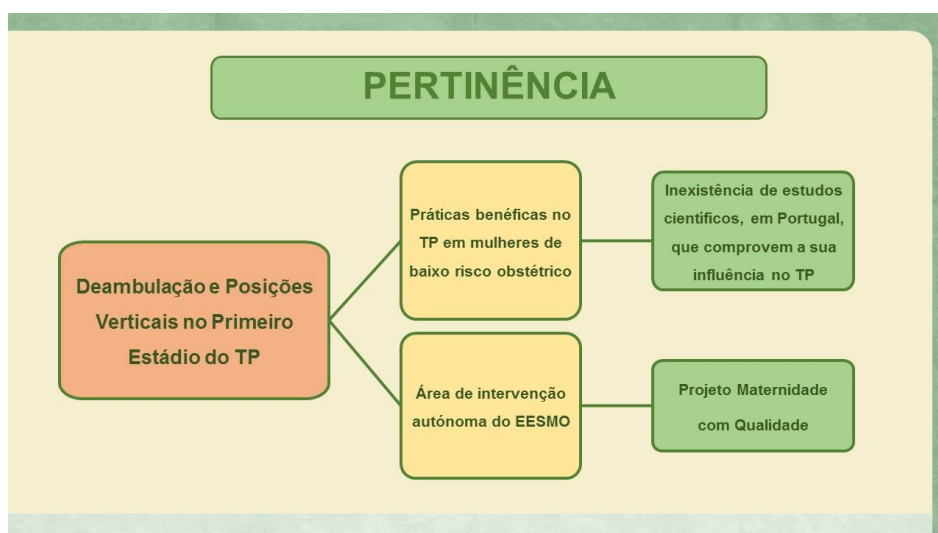
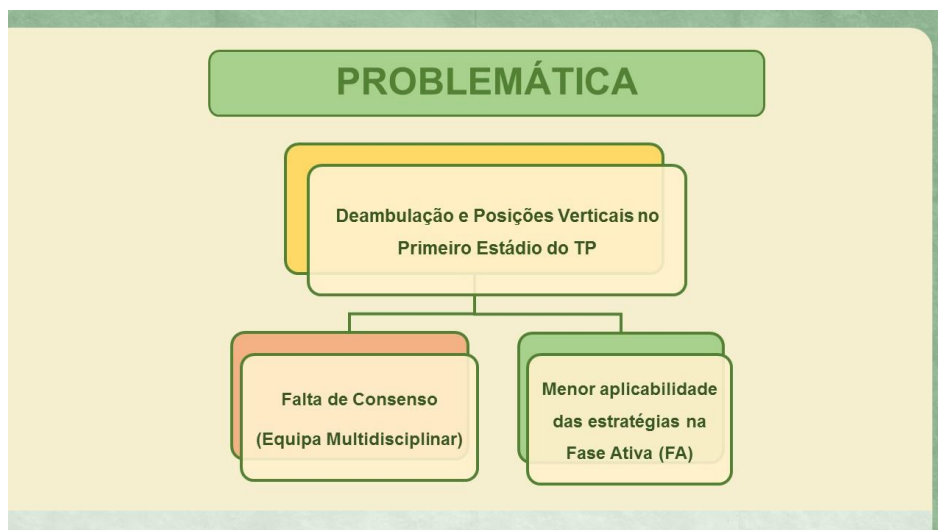
TEMÁTICA

LIBERDADE DE MOVIMENTOS E POSIÇÕES VERTICAIS:

Uma Estratégia na Humanização da Assistência de Enfermagem à
Mulher no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto (TP)



Fonte Imagem: www.paisedfilhos.pt



Fase de Preparação

- Reuniões com superiores hierárquicos (CHBM, EPE);
- Reuniões com a orientadora pedagógica do projeto;
- Elaboração escrita do projeto;
- Preenchimento e entrega de documentação (proposta de projeto e formulário de avaliação de projeto pela Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar), nos Serviços Académicos da Universidade de Évora e no Conselho de Administração/Comissão de Ética do CHBM, EPE.

Objetivo Geral

Promover a deambulação e a adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o primeiro estágio do TP.



Fonte: Imagem em www.ontario prenatal education.ca/labour-support

Objetivos Específicos

- Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP;

Objetivos Específicos

- Identificar os benefícios da deambulação e das posições verticais num grupo de mulheres, de baixo risco obstétrico, durante a FA do primeiro estágio do TP;
- Sensibilizar as mulheres para a livre deambulação e adoção de posições verticais durante a FA do primeiro estágio do TP.

Fase de Implementação

Objetivo Específico I

março – abril 2016
(diagnóstico da situação)

Atividades Planeadas

Aplicação de [questionário](#) à equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE;
Realização de sessão informativa para exposição dos resultados obtidos.

Resultados Esperados

Melhorar as práticas dos EESMO na promoção da deambulação/posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, no primeiro estágio do TP;
Identificar os limitadores/inibidores na aplicabilidade das referidas estratégias de humanização do TP no SUOG do CHBM, EPE.

Fase de Implementação

Objetivo Específico II

março – setembro 2016

Atividades Planeadas

Apresentação do projeto Mover para Melhor Nascer;
Criação de [janela Pop-UP](#) alusiva ao projeto no portal interno do CHBM, EPE;
Realizações de sessões formativas sobre os benefícios da deambulação/posições verticais no primeiro estágio do TP

Resultados Esperados

Aumentar a taxa efetiva de aplicabilidade das estratégias de deambulação/posições verticais na FA do primeiro estágio do TP;
Promover momentos de discussão e partilha de ideias entre os profissionais.

Fase de Implementação

Objetivo Específico III

março – setembro 2016

Atividades Planeadas

Realização de um estudo exploratório e descritivo correlacional;

Aplicação de um [questionário](#) às mulheres incluídas no estudo;

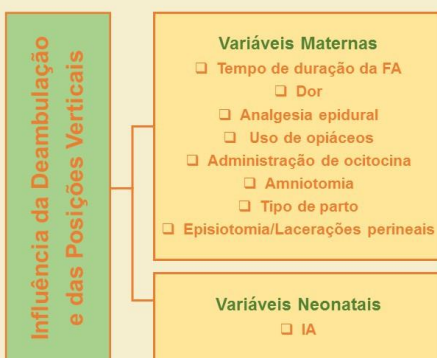
Apresentação dos resultados à equipa multidisciplinar.

Resultados Esperados

Apresentar resultados que comprovem os benefícios da deambulação/posições verticais na FA do primeiro estágio do TP;

Avaliar os cuidados prestados pela equipa de EESMO, na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, na perspetiva das parturientes incluídas no estudo.

Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional



Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional

Amostra – Mulheres admitidas no SUOG

Técnica de amostragem de conveniência

Critérios de inclusão/exclusão

Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<input type="checkbox"/> Idade \geq 19 anos	<input type="checkbox"/> ITP/CST Eletiva
<input type="checkbox"/> Gravidez de baixo risco obstétrico	<input type="checkbox"/> Contraindicação materna para a deambulação ou adoção de posições verticais
<input type="checkbox"/> TPE – início FA (3 – 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Evidência de sofrimento fetal
<input type="checkbox"/> IG \geq 37s e \leq 42s	
<input type="checkbox"/> Feto único em apresentação cefálica	
<input type="checkbox"/> BAI	
<input type="checkbox"/> Sem antecedentes patológicos relevantes	
<input type="checkbox"/> Evidência de bem-estar fetal	

Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional

Instrumentos de Colheita de Dados

- [Podômetro](#)
- [Escala Numérica da Dor](#)
- [Matriz](#)
- [Questionário](#)



Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional



Admissão no SUOG

- Convite para participação no estudo;
- Entrega do [consentimento informado](#);
- Colocação do podômetro (pulso ou tornozelo).

Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional

Fase Ativa do TP

- Incentivo e estímulo à deambulação e à adoção de posições verticais;
- Interrupção da deambulação/posições verticais, sempre que a parturiente desejar e/ou a situação o exija;
- Podómetro sempre mantido durante a deambulação para contagem do nº de passos.



Estudo Exploratório e Descritivo Correlacional



Deambulação

- Andar, caminhar ou mover-se livremente.

Posições Verticais

- De pé;
- Sentada na cama com plano superior reclinado a 45° ou mais;
- Sentada na cadeira ou na bola de *Pilates*;
- De cócoras (posição indígena);
- De gatas (posição de quatro ou de *Gaskin*).

Posições Verticais – De Pé



Posições Verticais – Sentada na Cama



Posições Verticais – Sentada na Cadeira/Cadeirão



Posições Verticais – Bola de *Pilates*



Posições Verticais – De Cócoras



Posições Verticais – De Gatas



Fase de Implementação

Objetivo

Específico IV

março – setembro 2016

Atividades Planeadas

Elaboração de material informativo sobre os benefícios da deambulação/posições verticais no primeiro estágio do TP:

- * Folhetos;
- * Brochura;
- * Poster.

Resultados Esperados

Informar as grávidas/parturientes sobre os benefícios da liberdade de movimentos no primeiro estágio do TP;

Motivar as grávidas/parturientes para a deambulação e adoção de posições verticais ao longo do primeiro estágio do TP.

Fase de Avaliação



Obrigada pela
disponibilidade,
colaboração e
CARINHO!

Sessão Fotográfica – Bloco Partos do CHBM, EPE (8/03/2016)

Bibliografia

APEO. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Loures: Lusociência.*

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade.* Disponível em www.ordemenfermeiros.pt, consultado a 20 Janeiro de 2016.

WHO. (1996). *Care in Normal Birth a practical guide: Report of a Technical Working Group. Department of Reproductive Health & Research. World Health.*

Apêndice H: Apresentação dos Resultados dos Questionários Aplicados à Equipa de EESMO – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Diapositivos da Sessão Informativa

PLANO DE SESSÃO – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ÂMBITO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.
TEMA – Apresentação dos resultados estatísticos dos questionários aplicados à equipa de EESMO sobre a promoção das estratégias de deambulação e adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o primeiro estágio do TP.
LOCAL – Sala de enfermagem do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.
DATA – Entre 16-20 maio; 20-25 junho e 1-22 julho de 2016.
HORA – A adequar, de acordo com a disponibilidade de serviço.
TEMPO PREVISTO – 30 minutos.
METODOLOGIA – Expositiva.
PRELETORA – EESMO Ana Ferrão.
POPULAÇÃO ALVO – Equipa de EESMO do CHBM, EPE.
OBJETIVO GERAL – Apresentar os resultados da aplicação do questionário para avaliação das práticas promovidas pela equipa de EESMO, no âmbito da deambulação e incentivo à adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, no primeiro estágio do TP.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Analisar os resultados obtidos através do questionário aplicado aos EESMO; • Promover o debate e a partilha de ideias entre os profissionais de enfermagem.
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Construção da escala de avaliação das práticas dos EESMO, relacionadas com a promoção da deambulação e o incentivo à adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP; • Metodologia de tratamento estatístico dos dados; • Caracterização sociodemográfica e experiência profissional da equipa de EESMO; • Benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP; • Identificação das práticas de enfermagem a melhorar, no âmbito da promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posições verticais, quer no momento de admissão da parturiente no Bloco de Partos, quer no decurso do primeiro estágio do TP; • Avaliação das práticas de enfermagem na admissão do Bloco de Partos e durante o primeiro estágio do TP, no âmbito da promoção da deambulação e da adoção de posições verticais; • Avaliação das práticas de enfermagem, de acordo com a aplicabilidade global da escala; • Posições recomendadas/não recomendadas pela equipa de EESMO no primeiro estágio do TP; • Posições adotadas/não adotadas espontaneamente pelas mulheres no primeiro estágio do TP; • Limitadores e/ou inibidores da aplicabilidade da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP; • Diagnóstico de situação.

Deambulação e Posições Verticais no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPA DE EESMO



Mestranda: EESMO Ana Ferrão
Orientadora: Prof.ª Doutora Mª Otilia Zangão

fppt.com Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Objetivos da Sessão

*Apresentar os resultados da aplicação do questionário para avaliação das práticas promovidas pela equipa de EESMO, no âmbito da deambulação e incentivo à adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, no primeiro estágio do trabalho de parto (TP);

*Promover o debate e a partilha de ideias entre os profissionais de enfermagem.

fppt.com

Questionário

Secção 1

- Dados Sociodemográficos.

Secção 2

- Experiência Profissional.

fppt.com

Questionário

Secção 3

- Benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP.

Secção 4

- Intervenções de enfermagem na admissão do Bloco de Partos (BP).

fppt.com

Questionário

Secção 5

- Intervenções de enfermagem durante o primeiro estágio do TP;
- Posições recomendadas/incentivadas pelos EESMO durante o primeiro estágio do TP;
- Posições adotadas, espontaneamente, pelas mulheres durante o primeiro estágio do TP.

fppt.com

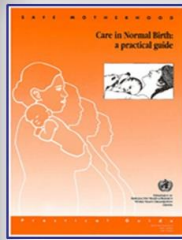
Questionário

Secção 6

- Limitadores/Inibidores da aplicabilidade das estratégias de deambulação e adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP.

fppt.com

Escala de Avaliação das Práticas da Equipe de EESMO



* Classificação das práticas na condução do TP e Parto Normal (OMS, 1996):

⇒ **Deambulação e Posições Verticais:**

Práticas benéficas que devem ser encorajadas.

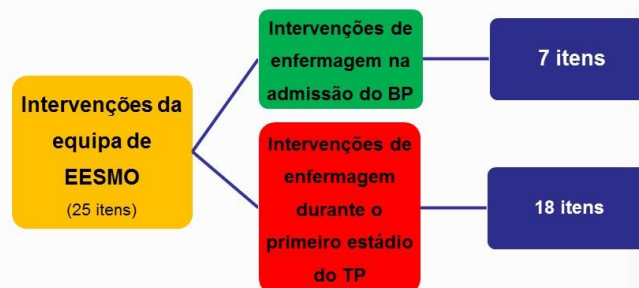
⇒ **Restrição à liberdade de movimento e posicionamento:**

Práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas.

* Conjunto de práticas obstétricas que visam o respeito pelo processo fisiológico do TP e parto, evitando intervenções excessivas e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.

fppt.com

Escala de Avaliação das Práticas da Equipe de EESMO



fppt.com

Escala de Avaliação das Práticas da Equipe de EESMO

Escala e Subescalas ou Dimensões Temáticas	Valor Mínimo	Valor Médio	Valor Máximo
Intervenções da equipa de EESMO.	25	75	125
Intervenções de enfermagem na admissão do BP.	7	21	35
Intervenções de enfermagem durante o primeiro estágio do TP.	18	54	90

Fonte de dados: A própria

* Cada item apresentou as opções de resposta dispostas numa **escala tipo Likert**, com cinco níveis ascendentes de concordância possíveis, em que ao algarismo 1 correspondeu o item *Nunca* e ao número 5 o item *Sempre*.

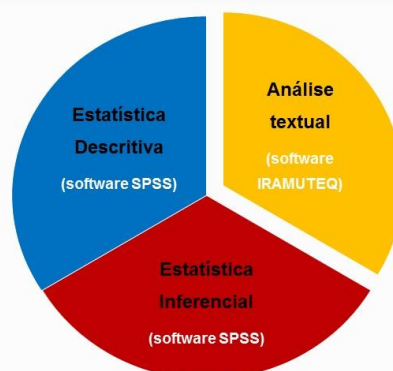
fppt.com

Pré-Teste



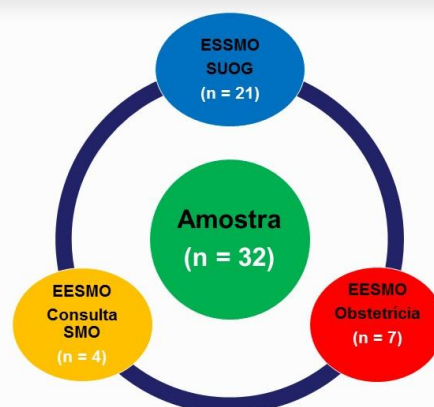
fppt.com

Tratamento dos Dados



fppt.com

Apresentação dos Resultados



fppt.com

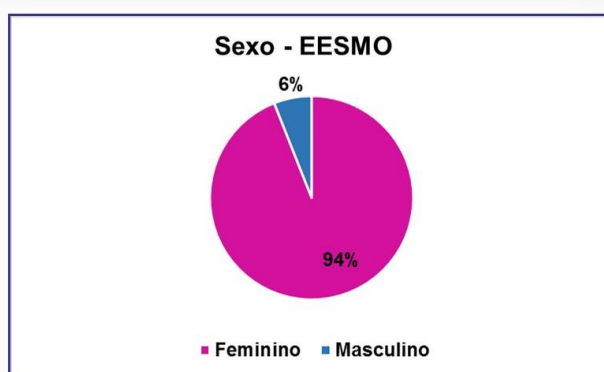
Apresentação dos Resultados

Caracterização Sociodemográfica

- Sexo;
- Idade;
- Habilitações Literárias;
- Tipo de Vínculo à Instituição Hospitalar;
- Local de Residência;
- Concelho de Residência;
- Estado Civil;
- Agregado Familiar;
- Filhos;
- Nº de Filhos.

fppt.com

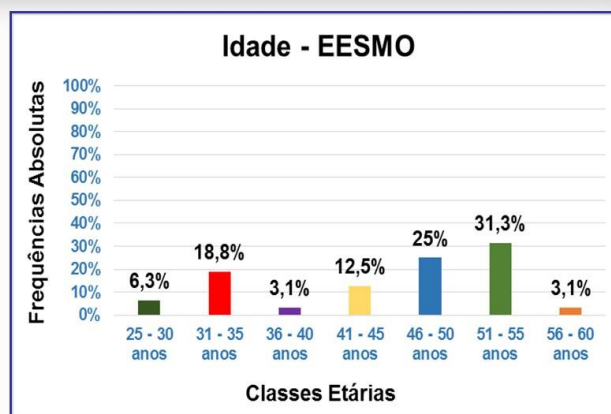
Apresentação dos Resultados



Fonte de dados: SPSS

fppt.com

Apresentação dos Resultados

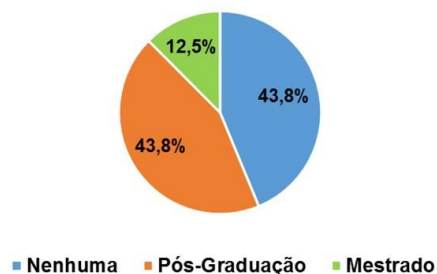


Fonte de dados: SPSS

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Habilitações Literárias - EESMO

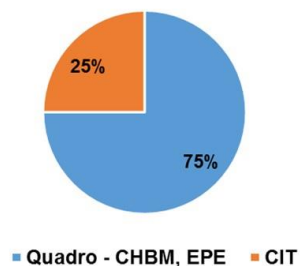


Fonte de dados: SPSS

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Vínculo Instituição Hospitalar - EESMO

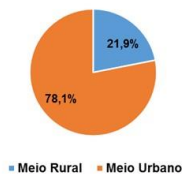


Fonte de dados: SPSS

fppt.com

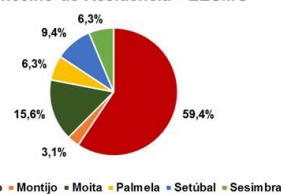
Apresentação dos Resultados

Local de Residência - EESMO



Fonte de dados: SPSS

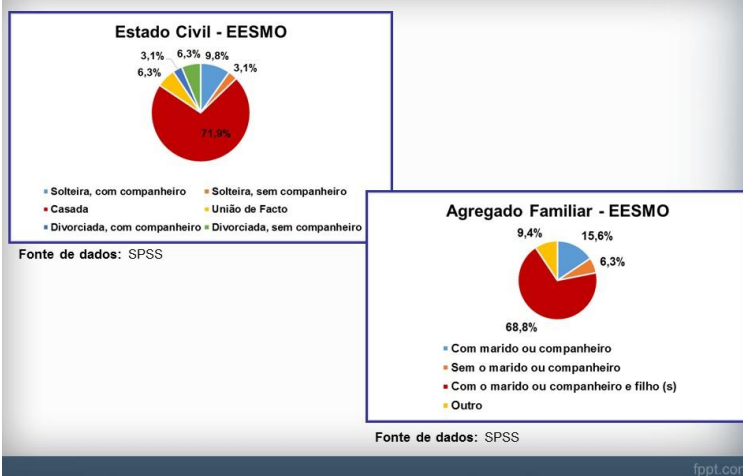
Concelho de Residência - EESMO



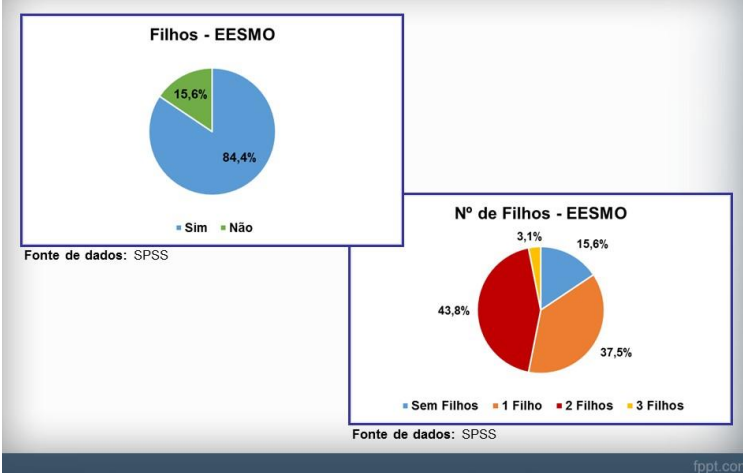
Fonte de dados: SPSS

fppt.com

Apresentação dos Resultados



Apresentação dos Resultados



Apresentação dos Resultados

Experiência Profissional

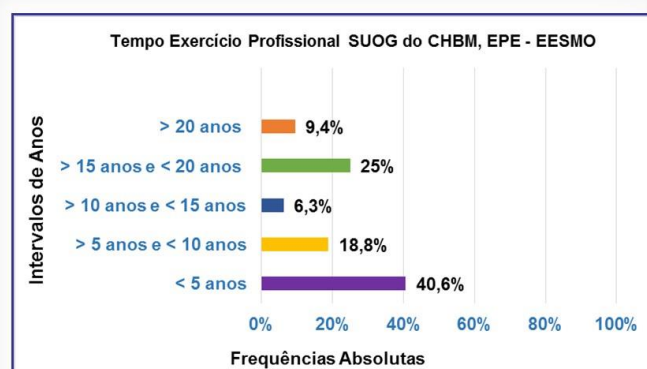
- Tempo de exercício profissional como EESMO;
- Tempo de exercício profissional como EESMO no SUOG do CHBM, EPE.

Apresentação dos Resultados



fppt.com

Apresentação dos Resultados



fppt.com

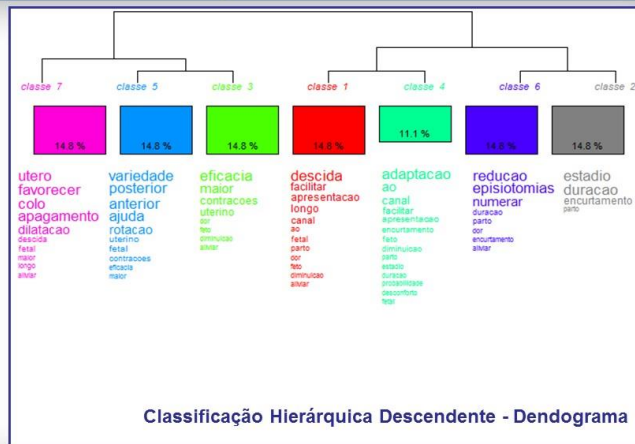
Apresentação dos Resultados

Benefícios da Deambulação das e Posições Verticais

- Conhecimento da equipa de EESMO acerca dos efeitos benéficos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro estágio do TP.

fppt.com

Apresentação dos Resultados



Fonte de dados: IRAMUTEQ

fppt.com

Apresentação dos Resultados



fppt.com

Apresentação dos Resultados

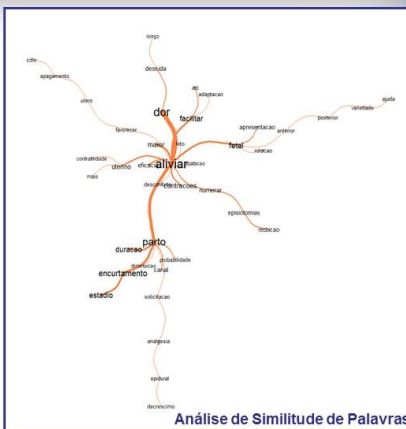


fppt.com

Apresentação dos Resultados

Os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP, referidos pelos EESMO, relacionam-se com:

- * a rotação da cabeça fetal;
- * o alívio da dor;
- * a facilitação da adaptação da apresentação fetal ao canal de parto;
- * o encurtamento da duração do estágio de TP.



Fonte de dados: IRAMUTEQ

fppt.com

Apresentação dos Resultados



Fonte de dados: IRAMUTEQ

A deambulação e as posições verticais no primeiro estágio do TP, de acordo com a experiência dos EESMO, apresentam como efeitos benéficos:

- * descida da apresentação fetal;
- * facilitar a rotação da variedade posterior para anterior;
- * aliviar a dor;
- * maior eficácia das contrações uterinas;
- * encurtamento da duração do estágio do TP.

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Práticas de Enfermagem na Admissão do BP

Estratégias a Melhorar:

- Validação do plano de parto;
- Validação de conhecimentos sobre os benefícios e riscos da deambulação e das posições verticais;
- Realização de ensinamentos;
- Entrega de material informativo.

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Práticas de Enfermagem na Admissão do BP

Variáveis Independentes

- Idade
- Habilitações Literárias
- Tempo Experiência Profissional EESMO
- Tempo Experiência Profissional EESMO no SUOG



Variável Dependente

- Práticas de Enfermagem na Admissão do BP

fppt.com

Apresentação dos Resultados

A idade, as habilitações literárias e o tempo de experiência profissional dos EESMO não têm inferência estatística significativa nas médias das práticas de enfermagem, asseguradas na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o processo de admissão das parturientes no BP do CHBM, EPE.



ANOVA one-way

(p-value > 0,05)

Fonte de dados: SPSS

Valor Médio de Avaliação das Práticas da Equipa de EESMO = 25,9%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Práticas de Enfermagem no Primeiro Estádio do TP

Estratégias a Melhorar:



- Apoio presencial à parturiente, no movimento de balanceio;
- Exemplificação de diferentes modalidades de posicionamento;
- Incentivo à participação do acompanhante, no apoio à mulher, para a adoção de diferentes posições;
- Diminuição do número de observações vaginais, solicitando à mulher que adote a posição dorsal.

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Práticas de Enfermagem no Primeiro Estádio do TP

Variáveis Independentes

- Idade
- Habilitações Literárias
- Tempo Experiência Profissional EESMO
- Tempo Experiência Profissional EESMO no SUOG

Variável Dependente

- Práticas de Enfermagem durante o Primeiro Estádio do TP.

fppt.com

Apresentação dos Resultados



Entre os diferentes grupos de EESMO, de acordo com a idade, as habilitações literárias e o tempo de experiência profissional no SUOG não se verificam diferenças estatísticas significativas nas médias das práticas de enfermagem, asseguradas na promoção da deambulação e na adoção de posições verticais, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o primeiro estágio do TP.

Valor Médio de Avaliação das Práticas da Equipa de EESMO = 64,8%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

A aplicabilidade global da escala de avaliação das práticas de enfermagem revela que as intervenções da equipa são influenciadas pelo tempo de exercício profissional como EESMO.



Valor Médio de Avaliação das Práticas da Equipa de EESMO = 90,7%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Recomendadas pelos EESMO



84%



75%

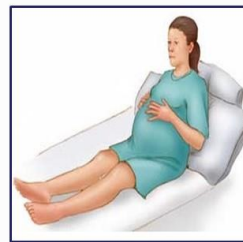
fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Recomendadas pelos EESMO



59%



53%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Não Recomendadas pelos EESMO



91%

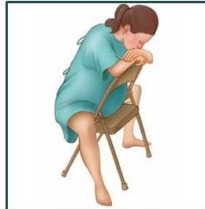


75%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

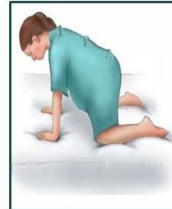
Posições Não Recomendadas pelos EESMO



72%



69%



63%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Adotadas Espontaneamente pelas Mulheres



97%



94%

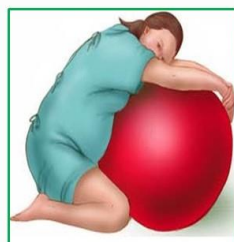


88%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Adotadas Espontaneamente pelas Mulheres



56%



53%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Não Adotadas Espontaneamente pelas Mulheres



97%



97%



97%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Posições Não Adotadas Espontaneamente pelas Mulheres



94%



78%



78%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Limitadores/Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Equipa de Obstetras

- Recusa/Resistência. 78,1%

Equipa de Anestésistas

- Recusa/Resistência. 40,6%

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Limitadores/Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Intervenções no TP

- Aplicação médica de prostaglandinas (via vaginal) para ITP. **37,5%**
- Falta de equipamento (central de monitorização; telemetria, ...). **40,6%**

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Não Limitadores/Não Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Disposição do Serviço

- Estrutura física. **93,8%**

Parturiente

- Falta/Défice de conhecimentos. **87,5%**

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Não Limitadores/Não Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Equipa de Enfermagem

- Recusa/Resistência. **93,8%**
- Falta/Défice de conhecimentos. **96,9%**
- Falta de formação/treino. **90,6%**

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Não Limitadores/Não Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Equipa de Enfermagem

- Inexperiência/Falta de segurança. **93,8%**
- Falta de recursos humanos (supervisão da parturiente). **87,5%**

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Não Limitadores/Não Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Equipa de Obstetras

- Falta/Défice de conhecimentos. **90,6%**

Equipa de Anestésistas

- Inexperiência/Falta de segurança. **93,8%**

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Não Limitadores/Não Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Intervenções no TP

- Administração EV de soros. **90,6%**
- Administração EV de medicamentos para alívio da dor. **87,5%**

fppt.com

Apresentação dos Resultados

Não Limitadores/ Não Inibidores da Deambulação e das Posições Verticais

Intervenções no TP

- Administração EV de ocitocina. **96,9%**
- Analgesia epidural. **87,5%**
- Amniotomia. **90,6%**

fppt.com

Diagnóstico da Situação



fppt.com

Referências Bibliográficas

Camargo, B.V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. Acedido em 4/04/2016, disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

Curado, M. A. S., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Análise de variáveis não diretamente observáveis; influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 48(1), 149-56. Acedido em: 4/04/2016, disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

fppt.com

Referências Bibliográficas

Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise textual e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (2), 72-88. Acedido em 4/04/2016, disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (1.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

fppt.com



Obrigada pela
vossa atenção.

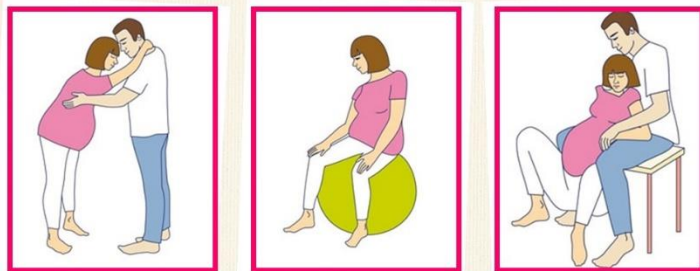
fppt.com

Apêndice I: Benefícios da Liberdade de Movimentos e de Posicionamento Vertical no Primeiro Estádio do TP – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Dispositivos da Sessão Formativa

PLANO DE SESSÃO – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ÂMBITO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.
TEMA – Benefícios da liberdade de movimentos e de posicionamento vertical no primeiro estágio do TP.
LOCAL – Sala de enfermagem do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.
DATA – Entre 1-3 de junho; 18-20 de julho e 1-15 agosto de 2016
HORA – A adequar, de acordo com a disponibilidade de serviço.
TEMPO PREVISTO – 45 minutos
METODOLOGIA – Expositiva
PRELETORA – EESMO Ana Ferrão
POPULAÇÃO ALVO – Equipa de enfermagem dos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia e Consulta de Saúde Materna do CHBM, EPE.
OBJETIVO GERAL – Sensibilizar a equipa de enfermagem na promoção das estratégias de deambulação e adoção de posições verticais em parturientes, de baixo risco obstétrico, durante o primeiro estágio do TP.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar evidências científicas sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais, adotadas pela parturiente, no primeiro estágio do TP; • Reforçar os benefícios das práticas de promoção da deambulação e da adoção de posições verticais, em parturientes, de baixo risco obstétrico ao longo do primeiro estágio do TP; • Promover o debate e a partilha de ideias entre a equipa de enfermagem.
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Postura ereta <i>versus</i> postura dorsal no TP e parto: A sua predominância, ao longo dos diferentes séculos, na assistência no processo de nascimento; • Estratégias de humanização do TP e parto; • Deambulação e posições verticais: A sua influência em determinados mecanismos e variáveis; • Estudos científicos sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP e sua influência em diferentes variáveis maternas e fetais/neonatais; • Principais pontos-chave destacados pelos diferentes estudos.

DEAMBULAÇÃO E POSIÇÕES VERTICAIS NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO



Fonte: Imagens: <http://canpolbabies.com/en/advice/advice/mothers/16/768-delivery-positions>

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Mestranda: **EESMO Ana Ferrão**

Orientadora: **Prof.ª Doutora Mª Otilia Zangão**



OBJETIVOS DA SESSÃO

- * Apresentar evidências científicas sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais, adotadas pela parturiente, no primeiro estágio do trabalho de parto (TP);
- * Reforçar os benefícios das práticas de promoção da deambulação e da adoção de posições verticais, em parturientes, de baixo risco obstétrico, ao longo do primeiro estágio do TP;
- * Promover o debate e a partilha de ideias entre a equipa de enfermagem.

BIPEDISMO E POSTURA ERETA – CLASSE HOMINÍDEOS



Fonte: Imagens: www.ibamendes.com

Há cinco milhões de anos, o aparecimento do bipedismo e da postura ereta, promoveu o desenvolvimento do promontório sacral, tornando-se o canal de parto, nas fêmeas primatas, mais longo e curvo, o que levou à encefalização do nascimento (Rosenberg & Trevathan, 2002; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007).

TP E PARTO – ACONTECIMENTO BIOLÓGICO



Fonte Imagens: www.esclobemnascer.com; www.amigasdo parto.com.br; www.amadollamuseologando.wordpress.com

Antigos hieróglifos egípcios, pinturas e esculturas mostram mulheres em posição verticalizada durante o TP e no momento do parto. Na Antiguidade as mulheres isolavam-se para parir. Elas movimentavam-se e variavam as suas posições, de acordo com a posição da criança na sua pelve, evitando o decúbito dorsal (Silva et al., 2007).

TP E PARTO – ACONTECIMENTO BIOLÓGICO E SOCIAL

O TP e o parto tornaram-se acontecimentos de caráter social, quer pelo novo elemento no seio da comunidade, quer pela figura de apoio à mulher durante esses processos (Montenegro & Rezende, 2011).

Durante vários séculos, o TP e o parto constituíram experiências compartilhadas entre mulheres e em que a assistência obstétrica era atribuída às parteiras (Mamede, Mamede & Dotto, 2007).



Fonte Imagem: www.mahadevi.com.br

HORIZONTALIZAÇÃO DO TP E PARTO – SÉCULOS XVI E XVII

O processo de horizontalização do TP e parto ocorreu em simultâneo com o advento dos cirurgiões obstétricos e o uso do fórceps (Silva et al, 2007).

A postura horizontal/reclinada era considerada, como mais confortável para a mulher e para o profissional que realizava o parto.



Fonte Imagens: www.amigasdo parto.com.br

POSIÇÃO ERETA NO TP FINAL DO SÉCULO XVIII - SÉCULO XX

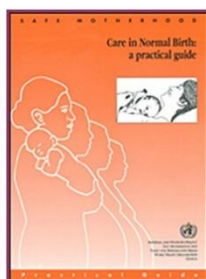
Vários obstetras começaram a destacar a importância da postura verticalizada, reconhecendo que a posição dorsal prejudicava a evolução do TP (Aguilar, Romero & Garcia, 2013).

Em 1960, o obstetra uruguaio Caldeyro-Barcia, demonstrou evidências científicas acerca da interferência da posição materna sobre a progressão do TP, o bem-estar da mãe e os seus efeitos no feto (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000).



Fonte Imagem: <http://mundodostresbebezinhos.wordpress.com>

LIBERDADE DE MOVIMENTOS E DE POSIONAMENTO NO TP E PARTO SÉCULO XX



Fonte Imagem: www.who.it

1996 – A OMS através do *Manual Care in Normal Birth*, apresentou uma classificação para as práticas comuns na condução do parto normal, para situações consideradas de baixo risco obstétrico.

Liberdade de movimento e de posição, com encorajamento da mulher na adoção de posições não supinas ⇒ **PRÁTICAS ÚTEIS E BENÉFICAS**

ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO TP E PARTO – PORTUGAL



2009 – A APEO associou-se à FAME na campanha *Iniciativa Parto Normal*, originando a publicação de um Documento de Consenso, o qual faz referência às posições não supinas no TP.



Fonte Imagem: www.ordenamenteros.pt

2010 – O projeto *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*, liderado por um grupo de EESMO, fomentou práticas para o processo fisiológico do TP e parto, incluindo o apoio à liberdade de movimentos da mulher e oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical.

ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO TP E PARTO – PORTUGAL



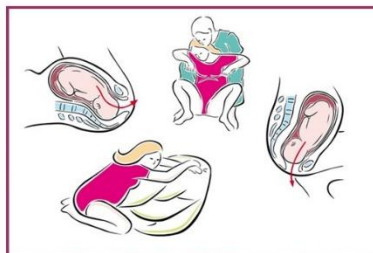
Fonte Imagem: www.ordemenfermeiros.pt

2013 – O Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia da OE apresentou o projeto Maternidade com Qualidade, direcionado para o parto fisiológico.

Destaca nos seus indicadores de evidência a promoção da deambulação na mulher em TP, como medida não farmacológica de alívio da dor e o estímulo a posições não supinas.

DEAMBULAÇÃO E POSIÇÕES VERTICAIS – MECANISMOS

- ⊗ Ação da gravidade;
- ⊗ Compressão dos grandes vasos maternos;
- ⊗ Diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixe da cabeça fetal;
- ⊗ Encravamento e descida fetal;
- ⊗ Contratilidade uterina;
- ⊗ Ventilação pulmonar;
- ⊗ Equilíbrio ácido-base.



Fonte Imagem <http://canpotbabies.com/en/advices/advicesmothers/16/758-delivery-positions>

DEAMBULAÇÃO E POSIÇÕES VERTICAIS – VARIÁVEIS

MATERNAS

- ⊗ Duração do primeiro estágio do TP;
- ⊗ Uso de ocitócicos ou de outras manobras para acelerar o TP (RABA);
- ⊗ Nível de Dor/Desconforto;
- ⊗ Solicitação de analgesia epidural;
- ⊗ Administração de opiáceos;
- ⊗ Rotação espontânea da cabeça fetal;
- ⊗ Tipo de parto;
- ⊗ Realização de episiotomia/ocorrência de lacerações perineais;
- ⊗ Bem-estar e satisfação materna.

FETAIS/NEONATAIS

- ⊗ Bem-estar fetal;
- ⊗ Bem-estar neonatal (Índice Apgar);
- ⊗ Necessidade de reanimação neonatal;
- ⊗ Necessidade de transferência para UCI Neonatal.

DEAMBULAÇÃO E POSIÇÕES VERTICAIS



Fonte: imagens: www.pinterest.com

RESULTADOS DE ESTUDOS CIENTÍFICOS – 2007 a 2016

DEAMBULAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS POSIÇÕES

Deambulação

* Caminhar, andar, movimentar e mover-se livremente.

* Permanecer de pé;

Posição

Vertical

* Sentada com plano reclinado a 45° ou mais;

* De joelhos;

* De cócoras (posição indígena);

* De mãos e joelhos apoiados no chão (posição inglesa, de quatro ou de *Gaskin*).

Posição

Dorsal

* Posição supina ou de litotomia;

* *Semi-fowler*;

* Decúbito lateral.

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2007

Estudo Quasi Experimental

O Efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do TP.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☞ Analisar a associação entre a deambulação e a duração da FA do TP.</p>	<p>☞ 80 primigrávidas em TPE, no início da FA.</p> <p>☞ Acompanhadas durante todo o processo por uma EESMO, que as estimulou a deambularem.</p>	<p>☞ Todas as mulheres aderiram à deambulação;</p> <p>☞ Redução da duração do TP, nas mulheres que deambularam uma maior distância nas primeiras três horas da FA;</p> <p>☞ 74 mulheres (parto eutócico) e 6 mulheres (cesariana).</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2009

**Ensaio Clínico
Randomizado**

The Vertical Position during Labor: Pain and Satisfaction.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☞ Avaliar o efeito da posição vertical durante o TP, relativamente à dor e à satisfação materna.</p>	<p>☞ 107 nulíparas: Grupo de Estudo (54 mulheres que receberam informação sobre as vantagens das posições verticais, sendo encorajadas a adotarem essas posições) e Grupo de Controlo (53 mulheres que não receberam instruções).</p>	<p>☞ Menor score de dor e maior grau de satisfação entre as mulheres que adotaram posições verticais.</p> <p>☞ Grupos sem diferenças na duração do primeiro estágio do TP, no tipo de parto, analgesia epidural, uso de ocitocina e bem-estar fetal/neonatal.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2010

**Revisão
Sistemática da
Literatura**

Upright vs Recumbent Maternal Position during First Stage of Labour.

Objetivo	Metodologia	Resultados
<p>☞ Perceber o efeito do posicionamento materno na duração do primeiro estágio do TP, na satisfação materna e noutros resultados maternos e neonatais, comparando as posturas verticais com as posturas reclinadas.</p>	<p>☞ Análise de 21 estudos randomizados ou quasi-randomizados, incluindo 3706 mulheres no primeiro estágio do TP.</p>	<p>☞ Efeito comprovado das posições verticais na diminuição da duração do primeiro estágio do TP e na solicitação de analgesia epidural. Sem resultados evidentes no tipo de parto e inconclusivos na satisfação materna e noutros variáveis.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2010

**Ensaio Clínico
Randomizado**

Intérêt de la Déambulation au cours du Travail Obstétrical:
Étude Prospective Randomisée de 200 cas.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☞ Avaliar os efeitos da deambulação na progressão do primeiro estágio do TP e no conforto e bem-estar materno-fetal.</p>	<p>☞ 200 nulíparas divididas aleatoriamente em dois grupos: Grupo de Estudo (mulheres estimuladas a deambularem) e Grupo de Controlo (mulheres que permaneceram deitadas, alternando decúbitos laterais).</p>	<p>☞ Grupo de Estudo: diminuição do tempo de duração da FL, do nível de dor, do uso de ocitocina, do número de partos distócicos/cirúrgicos, de episiotomias e de complicações maternas e fetais/neonatais.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2010

Revisão
Sistemática da
Literatura

Midwives should support Women to Mobilize during Labour.

Objetivo	Metodologia	Resultados
<p>☉ Analisar quais os motivos que devem levar as parteiras a encorajar e apoiar as mulheres a deambularem e a assumirem posturas verticais durante o TP.</p>	<p>☉ Revisão de estudos realizados entre 1978-1997 e 2002-2009, sobre os efeitos da deambulação/posições verticais na mãe e no feto/RN durante o TP.</p>	<p>☉ Mulheres que deambularam ou adotaram posições verticais tiveram um TP mais curto, diminuição do uso de narcóticos, menos partos distócicos e aumento da satisfação. Resultados pouco conclusivos quanto à influência da mobilidade no uso de ocitocina.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2012

Revisão
Sistemática da
Literatura

What are the Facilitators, Inhibitors and Implications of Birth Positioning?

Objetivo (s)	Metodologia	Resultados
<p>☉ Analisar as implicações de diferentes posições no TP e no bem-estar materno e perinatal.</p> <p>☉ Identificar os fatores que facilitam ou inibem as mulheres a adotarem várias posições durante o primeiro estágio do TP.</p>	<p>☉ Análise de 40 documentos, considerados relevantes para dar resposta aos objetivos definidos.</p> <p>☉ Não foram incluídos estudos sobre o impacto da analgesia epidural na adoção de posições verticais.</p>	<p>☉ Estudos consensuais: duração mais curta do primeiro estágio do TP, menos queixas álgicas e maior satisfação. O ambiente e a filosofia de cuidados podem influenciar as mulheres na adoção de posturas verticais.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2013

Revisão
Sistemática da
Literatura

Maternal Positions and Mobility during First Stage Labour.

Objetivo	Metodologia	Resultados
<p>☉ Comparar os efeitos da posição vertical, com a posição reclinada assumida pela parturiente na primeira fase do TP, nas diferentes variáveis maternas, fetais e neonatais.</p>	<p>☉ Revisão de 25 estudos randomizados e quasi-randomizados, incluindo 5218 mulheres: 3337 com analgesia epidural e 1881 sem analgesia epidural.</p>	<p>☉ Mulheres sem analgesia epidural que adotaram posições verticais: duração mais curta do primeiro estágio do TP, menor taxa de cesarianas e de complicações fetais/neonatais. Mulheres com analgesia epidural não apresentaram diferenças significativas, quanto às diferentes variáveis analisadas.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2013

**Estudo Quasi
Experimental
Randomizado**

Effect of Upright Position on the Duration of First Stage of Labour among Nulliparous Mothers.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> Determinar o efeito das posições verticais na duração da FA do primeiro estágio do TP. 	<ul style="list-style-type: none"> Distribuição aleatória de 60 parturientes em dois grupos de 30 elementos. Grupo de Estudo: promoção da adoção de posições verticais e Grupo de Controlo: não foram facultadas estratégias para a adoção de posições verticais. 	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de Estudo: início espontâneo do TP, menor uso de ocitocina exógena, totalidade de partos eutócicos e duração mais curta da FA, em relação ao Grupo de Controlo.

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2013

**Revisão
Narrativa da
Literatura**

A Narrative Review of Maternal Physical Activity during Labour and its Effects upon length of First Stage.

Objetivo(s)	Metodologia	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> Compilar vários estudos que identifiquem o impacto da mobilidade materna e da adoção de posições verticais durante o primeiro estágio do TP. Formular conhecimento para aconselhar as grávidas sobre os efeitos que a mobilidade tem na progressão do TP. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão de 18 estudos, publicados entre 1974 e 2010. Estudos realizados em países com semelhante política de cuidados de saúde materna, incluindo mulheres com analgesia epidural no TP e parto vaginal. 	<ul style="list-style-type: none"> Maioria dos estudos com resultados contraditórios sobre a associação entre a movimentação no primeiro estágio do TP e a sua duração.

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2013

**Estudo
Experimental**

Effect of Ambulation during First Stage of Labor on Labor Pain and Outcome of Labor among the Primigravida Mothers in a Selected Hospital, Mangalore.

Objetivo(s)	Participantes/Método	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a eficácia da deambulação nos resultados do primeiro estágio do TP (duração, dor e tipo de parto). Conhecer a utilidade atribuída pelas mulheres à deambulação no primeiro estágio do TP. 	<ul style="list-style-type: none"> 40 primigestas agrupadas em: Grupo de Estudo (mulheres que deambularam) e Grupo de Controlo (mulheres que não deambularam). Aplicação de um questionário de opinião às mulheres do Grupo de Estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> Sem diferenças estatísticas, entre os grupos, quanto ao tipo de parto. Grupo de Estudo: menor registo de dor severa e do tempo de duração do TP. Estas mulheres recomendam a deambulação em TP, como estratégia de conforto.

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2014

Revisão Sistemática da Literatura

Healthy Birth Practice # 2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labour.

Objetivo	Metodologia	Resultados
<p>☞ Discussão dos fatores que podem conduzir à prática de mudança e apoiar na adoção da liberdade de movimentos no TP, como medida facilitadora da fisiologia normal do TP/parto.</p>	<p>☞ Análise de estudos randomizados e quasi-randomizados.</p>	<p>☞ Estudos sem inferência estatística em alguns resultados.</p> <p>☞ O movimento é uma estratégia fundamental para enfrentar a dor e é uma estratégia saudável porque não prejudica os processos fisiológicos do TP e parto.</p> <p>☞ Liberdade de movimentos depende de: permissão, ambiente, equipa e prática de cuidados.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2014

Estudo de Coorte Observacional

Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☞ Comparar resultados maternos e neonatais, entre mulheres que permaneceram no leito, em posição reclinada, durante mais de 50% do tempo de TP e mulheres que assumiram a posição vertical preferida.</p>	<p>☞ 225 mulheres divididas em dois grupos. Grupo A – 69 mulheres que permaneceram em posição reclinada (supina ou decúbito lateral), mais de 50% do tempo de TP e Grupo B – 156 mulheres que adotaram a posição vertical preferida.</p> <p>☞ TP vigiado exclusivamente por parteiras.</p>	<p>☞ Grupo B: menor duração do TP, maior tolerância à dor, menor taxa de partos distócicos/episiotomias, menos situações de registo de FCF anómala e de persistência da variedade OP até parto.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2015

Estudo Quasi Experimental

Effectiveness of Ambulation during First Stage of Labour, on the Outcome of Labour among Primigravid Women in Selected Hospitals of Palakkad District Kerala.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☞ Determinar a eficácia da deambulação durante o primeiro estágio do TP, nos resultados maternos e neonatais, em mulheres primíparas.</p>	<p>☞ 60 primigrávidas divididas em dois grupos. Grupo de Estudo – 30 mulheres que foram encorajadas a deambularem e Grupo de Controlo – 30 mulheres que permaneceram, a maior parte do tempo do TP, deitadas.</p>	<p>☞ Grupo de Estudo: menor duração do TP e maior tolerância à dor das contrações uterinas. Não se verificou diferença entre os grupos quanto ao tipo de parto.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2015

Ensaio Clínico Randomizado

Assess the Effectiveness of Selected Nursing Measures on Labour Outcome among Primigravid Mothers.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☉ Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem (promoção da adoção de posições verticais), nos resultados do TP entre primigrávidas.</p>	<p>☉ 40 primigrávidas selecionadas pela técnica de amostragem de conveniência e divididas em: Grupo de Estudo (20) e Grupo de Controlo (20).</p> <p>☉ Estimuladas pela equipa de enfermagem a adotarem as posições – de pé em movimento, sentada e de mãos e joelhos apoiados.</p>	<p>☉ Grupo de Estudo: a promoção de posições verticais constitui uma intervenção eficaz na redução da duração do TP, aumentando a probabilidade de parto eutócico.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – ANO 2016

Ensaio Clínico Randomizado

Maternal Positioning to correct occiput posterior fetal position during the First Stage of Labour: a randomised controlled trial.

Objetivo	Participantes/Método	Resultados
<p>☉ Avaliar a eficácia da posição mãos e joelhos, durante o primeiro estágio do TP, na facilidade de rotação da cabeça fetal de OP para OA.</p>	<p>☉ 439 mulheres com apresentação fetal em variedade OP, no início do TP, divididas pelo Grupo de Estudo e Grupo de Controlo. No Grupo de Estudo as mulheres foram convidadas a adotar a posição de mãos e joelhos.</p>	<p>☉ Não foi demonstrado o benefício da posição de mãos e joelhos na correção espontânea da variedade OP, entre os dois grupos. No entanto, as mulheres do Grupo de Estudo referiram maior alívio da dor, relacionado com a adoção dessa posição.</p>

ESTUDOS CIENTÍFICOS – PRINCIPAIS CONCLUSÕES

☉ A deambulação associada à posição vertical confere efeitos benéficos na progressão do primeiro estágio do TP, na diminuição da dor e aumento da satisfação materna, na qualidade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal, comparativamente à posição dorsal.

☉ A posição vertical durante o TP pode ser considerada uma medida não farmacológica de alívio da dor, pelo que os EESMO devem orientar e capacitar as mulheres para a adoção desta postura com o intuito de promover o seu conforto e bem-estar.

☉ O ambiente em que decorre o TP, a filosofia de cuidados, a própria experiência e segurança da equipa de EESMO e o conhecimento da mulher sobre os benefícios da liberdade de movimentos são fatores que podem facilitar ou inibir as estratégias de deambulação e de adoção de posições verticais.

ESTUDOS CIENTÍFICOS – PRINCIPAIS CONCLUSÕES

☞ A mulher deve assumir a posição que lhe seja mais confortável, evitando permanecer na posição dorsal, por longos períodos, durante o TP. O importante é que a parturiente tenha liberdade de escolha quanto à posição que deseja adotar no decurso do seu TP.

☞ Cabe aos EESMO informar as mulheres acerca dos riscos e benefícios das diferentes posições verticais, bem como das desvantagens associadas à permanência no leito durante o TP. Só desta forma, as mulheres poderão tomar decisões informadas e conscientes sobre os cuidados a que pretendem ser submetidas.

☞ Promover a deambulação e a adoção de posições verticais é um cuidado com vista à humanização do TP/parto, constituindo um dos aspetos fundamentais das intervenções asseguradas pelos EESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, O. C., Romero, A. L. F., & Garcia, V. E. M. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*, jan.; 81(1), 1-10. Consultado em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>.

APEO. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstétricos. Loures: Lusociência.

Baker, K. (2010). Midwives should support Women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, Aug.; 18(8): 492-97. Retrieved from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=9&sid=50cd32ff-3cd6-4d5a-a38a-11f4f35feef4%40sessionmgr4004&hid=4202&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZZY29wZT1zaXRi#db=rzh&AN=105090327>.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014, Maio). 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*. doi:10.1155/2014/638093.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guittier, M. J., Othenin-Girard., Gasquet de, B., Irion, O., & Boulvain, M. (2016). Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi: 10.1111/1471-0528.13855.

Kripke, C. (2010). Upright vs Recumbent Maternal Position during First Stage of Labour. *American Family Physician*, 81 (3), 285-286. Retrieved from: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=61d4eade-93c4-4665-9a5f-24c6ffc12a85%40sessionmgr105&hid=122&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZZY29wZT1zaXRi#AN=105313534&db=rzh>.

Kumud., Rana, A. K., & Chopra, S. (2013, Janeiro). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nuliparous mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9 (1), 10-18. Retrieved from: medind.nic.in/nad/t13/i1/nadt13i1p10.pdf.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal Positions and Mobility during First Stage Labour (Review). *Cochrane Database Reviews*. Issue 10. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24105444>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mamede, F. V., Gomes, F. A., Almeida, A. M., Panobianco, M. S., & Nakano, A. M. S. (2007). O Efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, set.; 11(3): 466-471.

Consultado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300011&lng=en&tng=en#.

Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. G. G. I. (2007). Reflexões sobre a Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, jun.; 11(2):331-36.

Consultado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200023&lng=pt&nrm=iso.

Martin, C. J. H., & Martin, C. R. (2013). A Narrative Review of maternal Physical Activity during Labour and its Effects upon length of First Stage. *Journal Complementary Therapies in Clinical Practice*, Feb.; 19, 44-49. doi: 10.1016/j.ctcp.2012.09.001.

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2007, Outubro-Dezembro). Upright Position during the First Stage of Labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstetrica e Gynecologica*, May.; 86 553-558. doi: 10.1080/00016340601185251.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Montenegro, C., & Rezende, J. F. (2011). *Rezende Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice # 2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 188-193. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Consultado em: www.ordemenfermeiros.pt.

Prabhakar, D., George, L. S., & Karkada, S. (2015, Janeiro-Março). Effectiveness of Ambulation during First Stage of Labour, on the Outcome of Labour among Primigravid Women in Selected Hospitals of Palakkad District, Kerala. *International Journal of Nursing Education*, Jan-Mar.; 7 (1), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00001.X>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of Birth Positioning? *A Review of the Literature. Women and Birth*, Sep.; 25, 100-106. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.

Rajakumari, A., Sheela, R., & Soli, T. K. (2015). Assess the Effectiveness of Selected Nursing Measures on Labour Outcome among Primigravid Mothers. *Journal of Science*, 5(8), 716-719. Retrieved from: [http://www.journalofscience.net/File_Folder/716-719\(Jos\).pdf](http://www.journalofscience.net/File_Folder/716-719(Jos).pdf).

Regaya, L. B., Fatnassi, R., Khlifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K., Khairi, & Hidar, S. (2010). Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical: Étude Prospective Randomisée de 200 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Aug.; 39, 656-662. doi: 10.1016/j.jgyn.2010.06.007.

Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, Obstetrics and Human Evolution. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, nov.; 109: 1199-1206. doi: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sabatino, H., Dunn, P. M., & Caldeyro-Barcia, R. (2000). *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. Campinas: Editora Unicamp.

Savitha, V., Sabitha, N., & Shyne, P. (2013). Effect of Ambulation during First stage of Labor on Labor Pain and outcome of Labor among the Primigravida Mothers in a Selected Hospital, Mangalore. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*, Jan. – Apr.; 5(1):1-3. doi: 10.5005/jp-journals-10006-1207.

Silva, L. B. da., Silva, M. P., Soares, P. C. M., & Ferreira, Q. T. M. (2007). Posições Maternas no Trabalho de Parto e Parto. (2007). *Femina*, fev.; 35(2): 101-106. Consultado em: <http://institutonascer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>.

World Health Organization. *Care in Normal Birth a practical guide: Report of a Technical Working Group*. Department of Reproductive Health & Research. World Health; 1996. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.



**OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO**

Apêndice J: Folhetos – (1) “Mover para Melhor Nascer” / (2) “Mudar de Posição para Melhor Nascer”

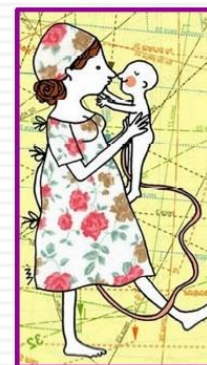
Mover para melhor nasc

Mudar de posição e movimentar-se beneficia o processo mais natural do trabalho de parto e do nascimento do seu bebé.

“Para mudar o mundo é preciso antes,
mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

Participe ativamente, tornando este momento numa experiência única e gratificante!!!



Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Telefone: 2121 47367
www.chbm.min-saude.pt

Fontes:

- 1- www.pinterest.com
- 2- www.pinterest.com

U08.03

TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto é diferente de mulher para mulher. Começa com o aparecimento de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero para permitir o nascimento do bebé.

A sua duração depende de vários fatores:

- Feto;
- Canal de parto;
- Contrações uterinas;
- Posição materna durante o trabalho de parto;
- Comportamento materno ao longo do trabalho de parto.

Na primeira fase do trabalho de parto o mais importante é relaxar e descontraí-se. Movimente-se, caminhe de um lado para o outro e, se possível, evite posições como estar deitada de costas.



2

BENEFÍCIOS DA MOVIMENTAÇÃO E DA MUDANÇA DE POSIÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Torna as contrações
uterinas mais eficazes

Alivia o desconforto
das contrações
uterinas

Melhora o bem-estar
do bebé

Facilita a evolução da
dilatação

Ajuda o bebé a descer
no canal de parto

Diminui o tempo de
trabalho de parto

Proporciona maior conforto,
satisfação e sensação de
controle no trabalho de
parto



Quando se sentir mais cansada, sente-se na cama ou cadeirão com as costas apoiadas em almofadas. Durante as contrações pode colocar as mãos nos joelhos, puxando para cima.

Benefícios: melhora a abertura do canal de parto e ajuda nos esforços expulsivos.

Mude de posição



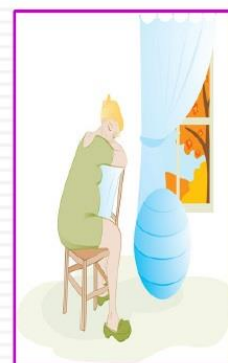
Movimente-se



Torne o seu trabalho de parto mais

natural e confortável

**Mudar de posição para
melhor nascer**



Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro

Urgência Obstétrica e Ginecológica

Telefone: 212147367

www.chbm.min-saude.pt

Fondest:

1- www.pinterest.com

2- <http://pariempaz.blogspot.pt/2013/03/17/5-6-posicoes-para-o-trabalho-de-parto>

UOB.02

Mudar de posição no trabalho de parto ajuda-a a controlar a dor e promove o seu conforto. São várias as posições que poderá adotar durante o trabalho de parto, desde que não existam contraindicações.

Partilhe as suas dúvidas e informe-se junto da equipa de enfermagem que cuida de si, sobre as vantagens das diferentes posições.

POSIÇÕES CONFORTÁVEIS PARA O TRABALHO DE PARTO



Apoie-se no seu companheiro, coloque os braços à volta do seu pescoço, encoste a cabeça no seu peito e balance a anca.

Benefícios: diminui as dores e o desconforto das contrações; reduz a ansiedade e aumenta a sensação de autocontrolo; e melhora o ritmo cardíaco do bebé.



Coloque o pé em cima da cadeira ou banco e incline-se para a frente durante a contração.

Benefícios: alivia as dores das contrações; ajuda o bebé a descer e a rodar na posição para nascer.



Coloque-se de joelhos com as mãos apoiadas no colchão da cama.

Benefícios: alivia as dores nas costas; ajuda o bebé a rodar e a posicionar-se melhor para o parto; e melhora as trocas de oxigénio entre a mãe e o bebé.



Com as pernas fletidas, sente-se sobre os pés e apoie o tronco e os braços sobre a bola. Também se pode sentar sobre a bola com as pernas afastadas e realizar movimentos giratórios da anca.

Benefícios: relaxa e alivia as dores nas costas, principalmente quando as contrações são irregulares e o trabalho de parto é demorado.



Coloque-se de cócoras apoiada numa cadeira ou no companheiro.

Benefícios: facilita a abertura do canal de parto e os esforços expulsivos, por ação da lei gravidade.

Apêndice K: Apresentação dos Resultados Estatísticos do Estudo com a População-Alvo de Parturientes – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Dispositivos da Sessão Informativa

PLANO DE SESSÃO – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ÂMBITO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.
TEMA – Apresentação dos resultados estatísticos do estudo exploratório e descritivo-correlacional realizado com a população-alvo de parturientes.
LOCAL – Sala de enfermagem do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.
DATA – Entre 5-12 de setembro de 2016.
HORA – A adequar, de acordo com a disponibilidade de serviço.
TEMPO PREVISTO – 45 minutos.
METODOLOGIA – Expositiva.
PRELETORA – EESMO Ana Ferrão.
POPULAÇÃO ALVO – Equipa de EESMO do CHBM, EPE.
OBJETIVO GERAL – Apresentar os resultados estatísticos do estudo exploratório e descritivo-correlacional que envolveu a população-alvo de parturientes do projeto.
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar os resultados obtidos através dos questionários aplicados à população-alvo de parturientes (estatística descritiva); • Analisar as associações entre as mulheres que deambularam e adotaram posições verticais <i>versus</i> mulheres que não deambularam e não adotaram posições verticais e as variáveis maternas e neonatais definidas (estatística inferencial); • Promover o debate e a partilha de ideias entre os profissionais de enfermagem.
<p>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção do instrumento de colheita de dados aplicado às parturientes; • Metodologia de tratamento estatístico dos dados; • Caracterização sociodemográfica da população-alvo de parturientes; • História de vigilância da gravidez, da progressão do TP e do seu desfecho; • Identificação das práticas de enfermagem a melhorar, no âmbito da promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posições verticais, quer no momento de admissão no Bloco de Partos, quer no decurso do primeiro estágio do TP, de acordo com a percepção das beneficiárias de cuidados; • Valorização das intervenções de enfermagem, no âmbito da promoção da deambulação e do incentivo à adoção de posições verticais, quer no momento de admissão no Bloco de Partos, quer no decurso do primeiro estágio do TP, de acordo com importância atribuída pelas beneficiárias de cuidados; • Identificação dos benefícios da liberdade de movimentos/posicionamento vertical na população-alvo de parturientes.

PROJETO MOVER PARA MELHOR NASCER



Fonte: Imagem: www.equilibrioorganico.com.br

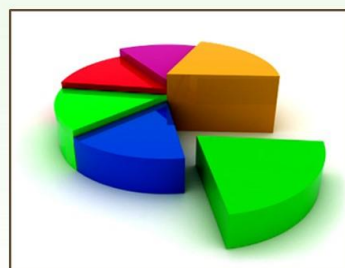
Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
Estudo Exploratório e Descritivo-Correlacional

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Mestranda: EESMO Ana Ferrão
Orientadora Pedagógica: Professora Doutora M^ª Otília Zangão



OBJETIVO DA SESSÃO

Apresentar os resultados estatísticos do estudo exploratório e descritivo-correlacional que envolveu as parturientes da população-alvo do projeto.



Fonte: Imagem: cdlmanaus.wordpress.com

OBJETIVOS DO ESTUDO

- ❖ Avaliar as práticas de enfermagem na promoção da deambulação e no incentivo à adoção de posições verticais na Fase Ativa (FA) do Primeiro Estádio do Trabalho de Parto (TP), de acordo com a perspectiva das beneficiárias de cuidados;
- ❖ Identificar os efeitos da mobilidade materna e da postura vertical num conjunto de variáveis maternas e neonatais definidas.

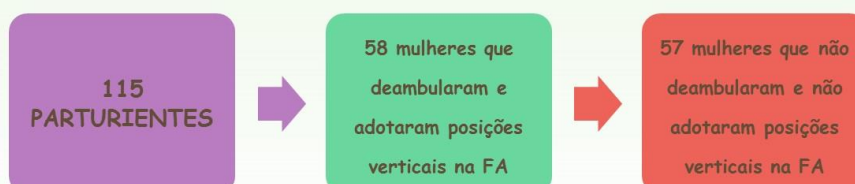
SELEÇÃO DA AMOSTRA



SELEÇÃO DA AMOSTRA

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
❖ Idade materna ≥ 19 anos	❖ Indução TP/Cesariana eletiva
❖ Gravidez de baixo risco obstétrico	❖ Contraindicação materna para a deambulação e/ou posicionamento vertical
❖ TP espontâneo (início FA: 3-4 cm dilatação)	❖ Evidência de sofrimento fetal
❖ Idade gestacional (IG) $\geq 37s$ e $\leq 42s$	
❖ Feto único em apresentação cefálica	
❖ Bolsa de águas íntegra (BAI)	
❖ Sem antecedentes patológicos relevantes	
❖ Evidência do bem-estar materno-fetal	

AMOSTRA DO ESTUDO



PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Local

- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do CHBM, EPE

Período Temporal

- março a agosto de 2016

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

PODÓMETRO

Escala Numérica da Dor

Matriz de Registo de Intervenções

Questionário

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Software SPSS
versão 22

Estatística
Descritiva

Estatística
Inferencial

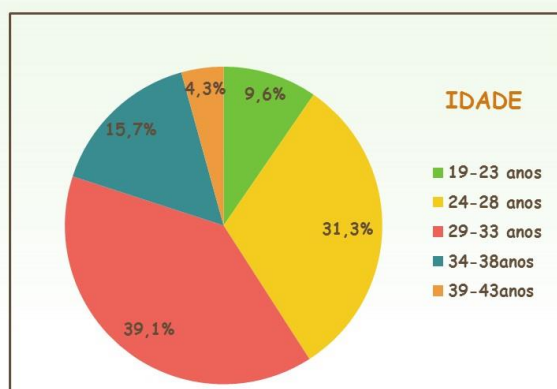
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dados Sociodemográficos

- ❖ Idade;
- ❖ Raça;
- ❖ Nacionalidade;
- ❖ Estado Civil;
- ❖ Agregado Familiar;
- ❖ Filhos/Número de Filhos;
- ❖ Habilitações Literárias;
- ❖ Estatuto Ocupacional;
- ❖ Área e Concelho de Residência.

115 Parturientes

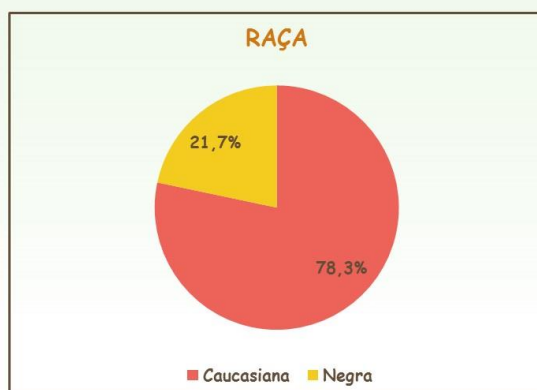
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



As participantes apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos.

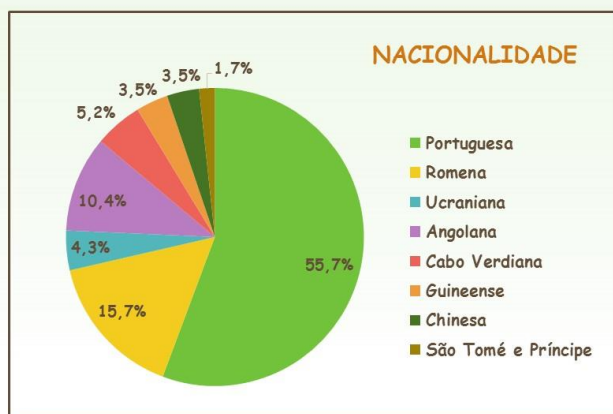
A média de idades do grupo-alvo das parturientes situa-se entre os 24 e os 33 anos e a moda na faixa etária dos 29 aos 33 anos de idade.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



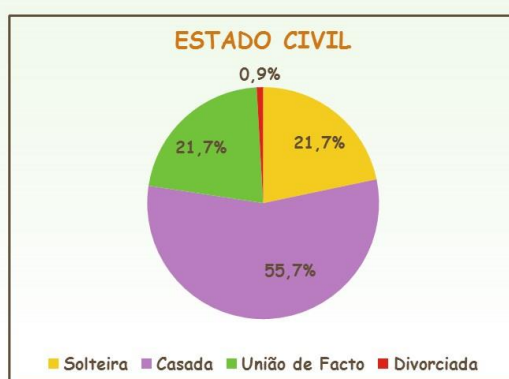
A maioria das parturientes é de raça caucasiana (78,3%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



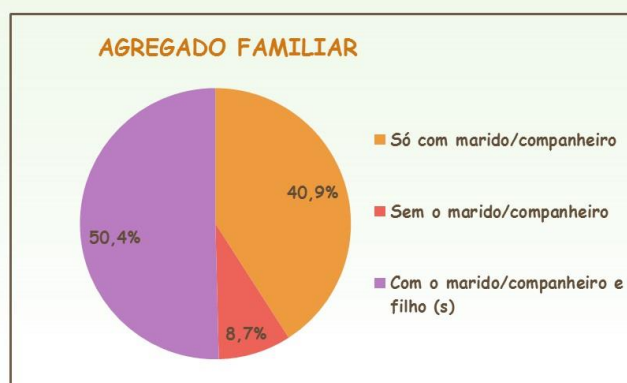
A nacionalidade mais representativa entre as participantes é a portuguesa (55,7%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



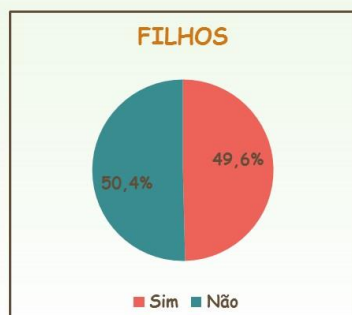
A maioria das participantes é casada (55,7%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



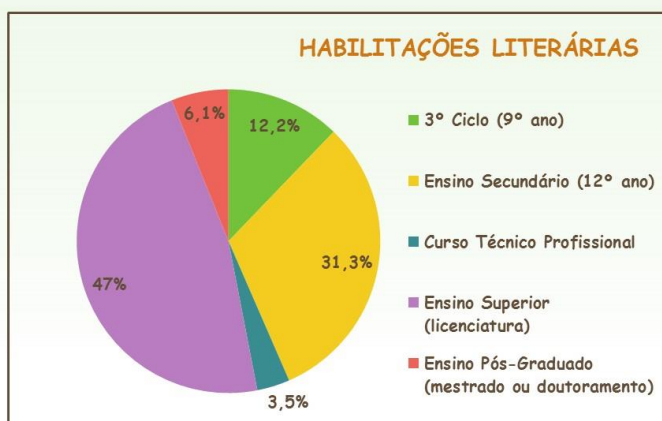
O agregado familiar de mais de metade das participantes é constituído pelo marido/companheiro e filho (s) (50,4%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



Mais de metade das participantes não era primípara aquando da participação no estudo.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



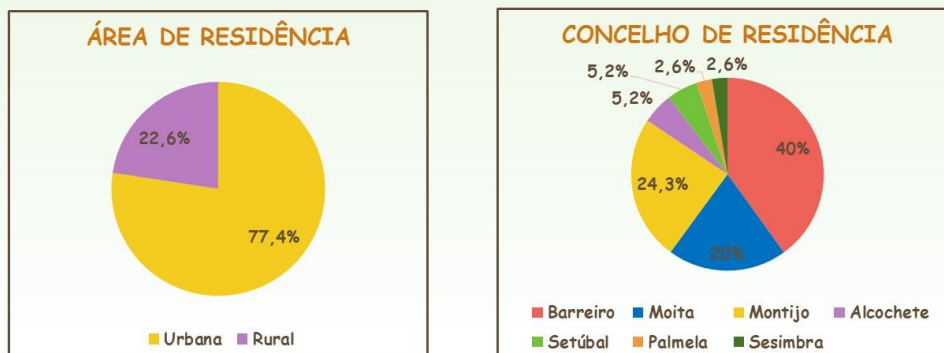
A maior parte das parturientes apresenta o grau de licenciada (47%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



À data de preenchimento do questionário, mais de metade (51,3%) das participantes tinha vida laboral ativa e apenas 13,9% assinalou estar desempregada.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



A maioria das participantes vive nos concelhos de abrangência do CHBM, EPE.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dados da História Obstétrica, da Gravidez e do Parto

- ❖ Planeamento da gravidez;
- ❖ Vigilância da gravidez/Local de vigilância;
- ❖ Nº de consultas de vigilância da gravidez;
- ❖ Realização de curso de preparação para o parto (CPP);
- ❖ Local de realização do CPP;
- ❖ Hospital público de realização do CPP;
- ❖ Abordagem dos benefícios da mobilidade/mudança de posição no CPP;

115 Parturientes

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dados da História Obstétrica, da Gravidez e do Parto

- ❖ Plano de parto;
- ❖ Plano de parto com referência à mobilidade e mudança de posição no TP;
- ❖ IG no momento de admissão no Bloco de Partos;
- ❖ Perfusão ocitócica/Rotura artificial da bolsa de águas (RABA);
- ❖ Dor/Analgesia Epidural/Opiáceos;
- ❖ Tipo de Parto;
- ❖ Episiotomia/Laceração Perineal;
- ❖ Índice de Apgar (IA) do recém-nascido (RN).

115 Parturientes

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



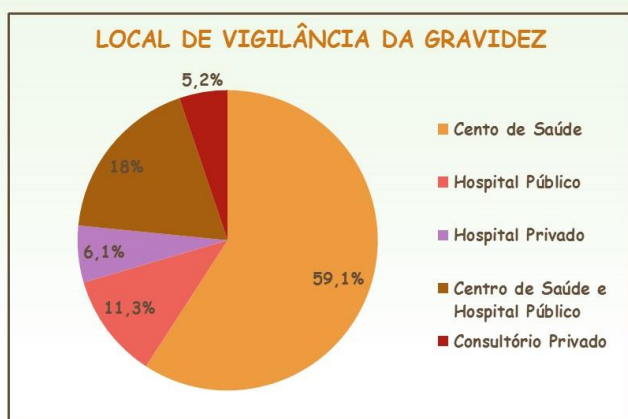
A maioria das parturientes indicou que a sua gestação foi planeada (93%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



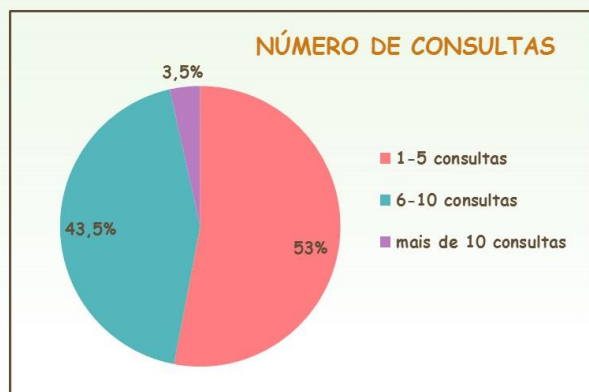
Todas as mulheres efetuaram vigilância da gravidez.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



O local mais representativo de vigilância da gravidez foi o Centro de Saúde (59,1%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



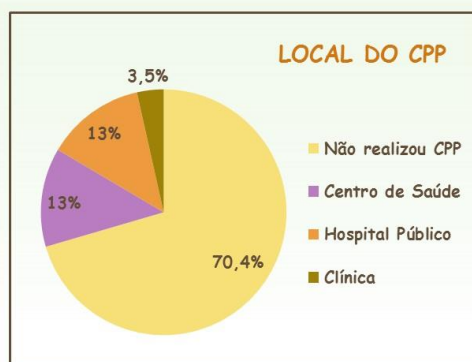
A maioria das participantes realizou entre 1 a 5 consultas de vigilância pré-natal (53%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



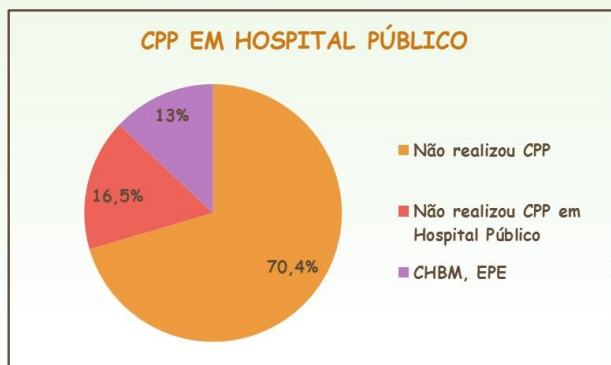
A maioria das mulheres não realizou CPP (70,4%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



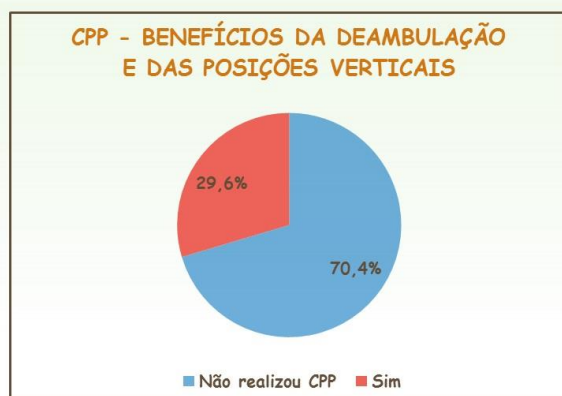
O Centro de Saúde e o Hospital Público foram assinalados com igual percentagem (13%), entre os locais de frequência das aulas do CPP.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



O CHBM, EPE foi o hospital público em que todas as mulheres realizaram o CPP (13%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



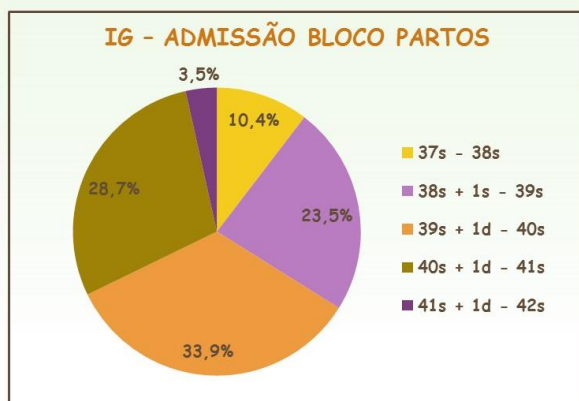
Todas as mulheres que realizaram o CPP assinalaram ter-lhes sido referidos, nas sessões do curso, os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



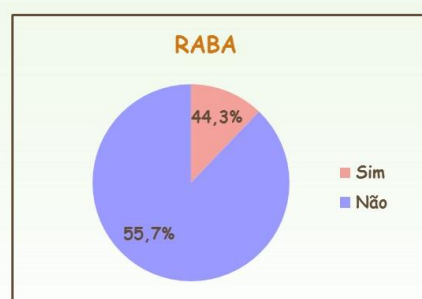
Todas as mulheres com plano de parto (24,3%) indicaram que pretendiam mover-se e mudar de posição durante o TP.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



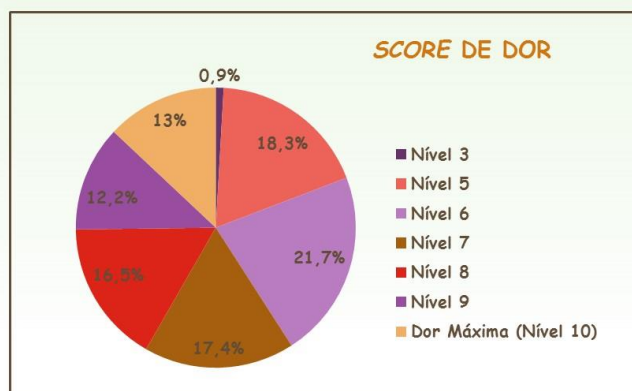
No momento de admissão no SUOG, a IG mais representativa situou-se entre as 39s + 1d e as 40s. Em média, as parturientes apresentaram IG compreendida entre as 38s + 1d e as 40s.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



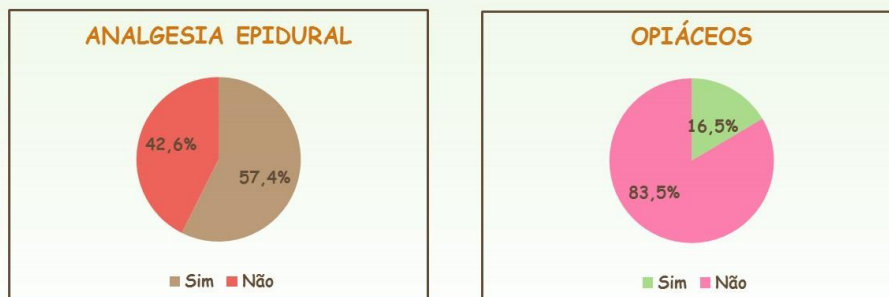
À maioria das parturientes foi administrada perfusão ocitócica durante a FA (59,1%) e não foram submetidas a RABA (55,7%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



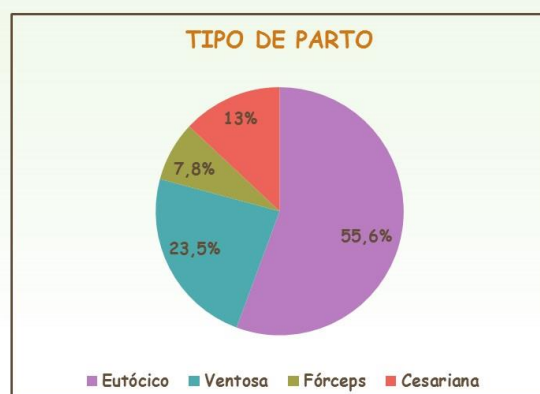
Apenas 13% das mulheres associaram o máximo grau de dor à sua experiência de TP.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



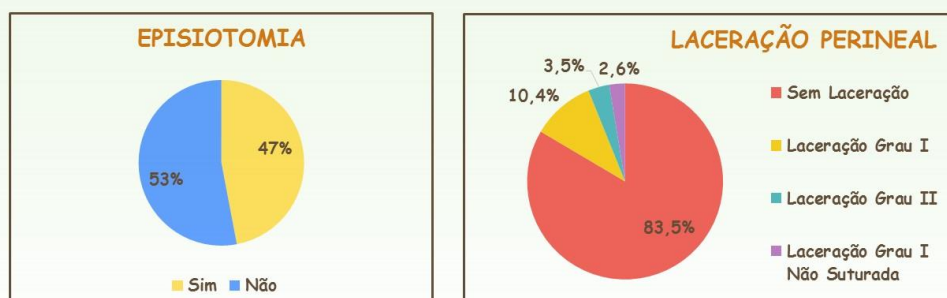
A maioria das parturientes realizou analgesia epidural (57,4%) e não foi submetida à administração de analgésicos opiáceos (83,5%) durante o TP.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



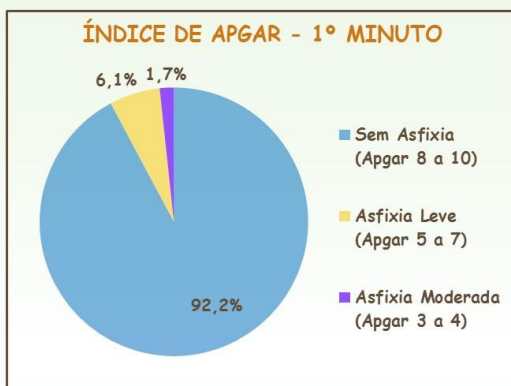
A maioria destas mulheres teve um parto eutócico (55,6%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



Na maioria das mulheres não foi realizada episiotomia (53%) e não apresentaram laceração perineal (83,5%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



Ao 1º minuto de vida, a grande maioria dos RN apresentaram boa adaptação à vida extrauterina, com scores de IA entre 8 e 10 (92,2%).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



Ao 5º minuto de vida, a grande maioria dos RN mantinha boa vitalidade, com scores de IA entre 8 e 10 (96,5%).

QUESTIONÁRIO



QUESTIONÁRIO

Dados Sociodemográficos

Dados da História Obstétrica, da Gravidez e do Parto

Cuidados de Enfermagem - Admissão no Bloco de Partos

Cuidados de Enfermagem - Primeiro Estádio do TP

QUESTIONÁRIO

Posições Verticais Adotadas na FA do TP

Posições Verticais Promotoras de Conforto

Satisfação - Cuidados de Enfermagem

Satisfação - Experiência de TP

QUESTIONÁRIO

Intervenções de
Enfermagem

Deambulação

Posições Verticais

Admissão no BP

9 Itens

Escala Dicotômica

Sim - 1

Não - 2

FA do TP

20 Itens

Escala Dicotômica

Sim - 1

Não - 2

QUESTIONÁRIO

Escala de Avaliação da Importância Atribuída aos Cuidados de Enfermagem

Deambulação

Posições Verticais

Admissão no BP

9 Itens

Escala de Likert
Nada Importante - 1
Muito Importante - 5

FA do TP

20 Itens

Escala de Likert
Nada Importante - 1
Muito Importante - 5

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Admissão no Bloco de Partos - Intervenções de Enfermagem a Melhorar

- ❖ Validação do plano de parto;
- ❖ Validação do conhecimento relativo às práticas de deambulação e de adoção de posições verticais;
- ❖ Realização de ensinamentos sobre os benefícios da deambulação e da adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP;
- ❖ Incentivo à deambulação e à adoção de posições verticais;
- ❖ Entrega de material informativo.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Admissão no Bloco de Partos - Intervenções de Enfermagem Valorizadas

- ❖ Validação da existência de plano de parto, contemplando a vontade de andar e mudar de posição durante o TP;
- ❖ Validação da intenção para deambular e adotar posições verticais;
- ❖ Permissão e incentivo à livre movimentação e ao posicionamento vertical;
- ❖ Transmissão de conhecimentos relativos às vantagens da deambulação e do posicionamento vertical na progressão do primeiro estágio do TP.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Primeiro Estádio do TP - Intervenções de Enfermagem a Melhorar

- ❖ Exemplificação de posições verticais;
- ❖ Incentivo do acompanhante para apoiar a mulher na adoção de posições não supinas;
- ❖ Transmissão de informação sobre outras medidas não farmacológicas de alívio da dor e a sua efetiva aplicabilidade;
- ❖ Realização de cervicometria sem interrupção da deambulação e/ou do posicionamento vertical da parturiente.

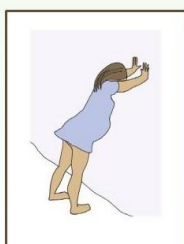
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Primeiro Estádio do TP - Intervenções de Enfermagem Valorizadas

- ❖ Recomendação e incentivo pessoal para a movimentação e adoção de posições verticais;
- ❖ Exemplificação de diferentes posições verticais;
- ❖ Apoio presencial do EESMO no movimento de balanceio, quando adotadas posturas verticalizadas pela mulher;
- ❖ Informação sobre outros métodos não farmacológicos de alívio da dor e sua efetiva aplicação;
- ❖ Justificação dos procedimentos efetuados e esclarecimento de dúvidas.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Posições Verticais Adotadas na FA do TP



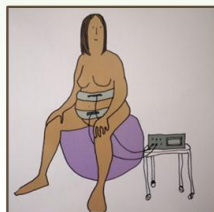
De pé apoiada na parede - 90%



Deitada de lado - 86%

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Posições Verticais Adotadas na FA do TP



Sentada na bola de Pilates - 85%



De pé apoiada na cama - 69%

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

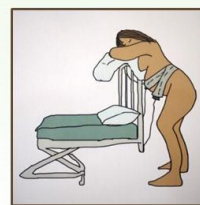
Posições Verticais Promotoras de Conforto



De pé apoiada na parede - 86%



Sentada na bola de Pilates - 83%



De pé apoiada na cama - 74%

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Satisfação - Cuidados de Enfermagem no Primeiro Estádio do TP



A maioria das participantes (58,6%) revelou sentir-se muito satisfeita, perante os cuidados de enfermagem que lhe foram proporcionados a nível da deambulação e da mudança de posição durante o primeiro estágio do TP.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Satisfação - Experiência de TP



A maioria das participantes revelou-se muito satisfeita com a sua experiência de TP (53,4%).

ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



Fonte Imagem: www.pinterest.com

ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Influência da deambulação e das posições verticais na FA

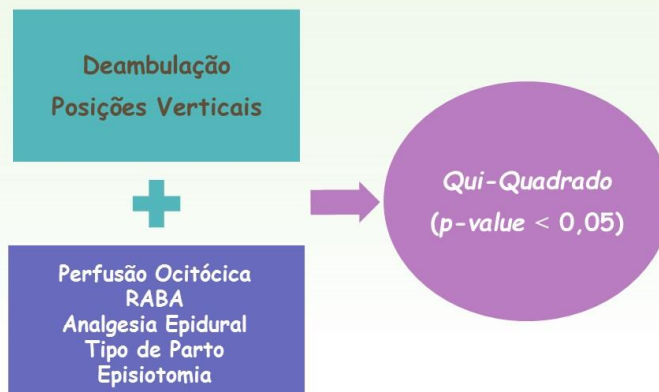
Variáveis Maternas:

Perfusão ocitócica
RABA
Dor/Analgésia Epidural/Opiáceos
Duração da FA
Tipo de Parto
Episiotomia/Laceração Perineal

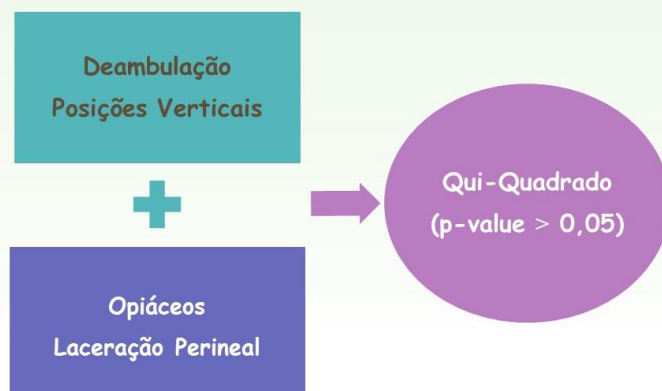
Variáveis Neonatais:

IA

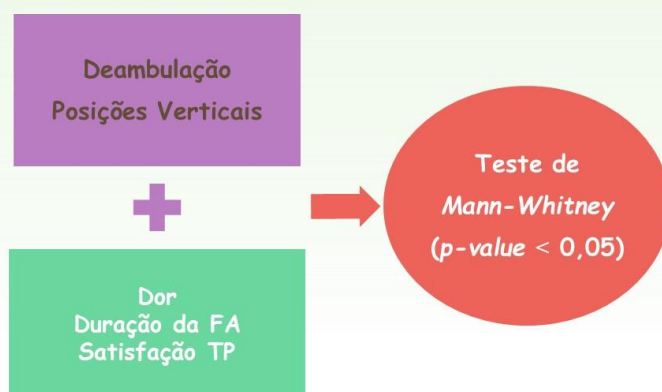
ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



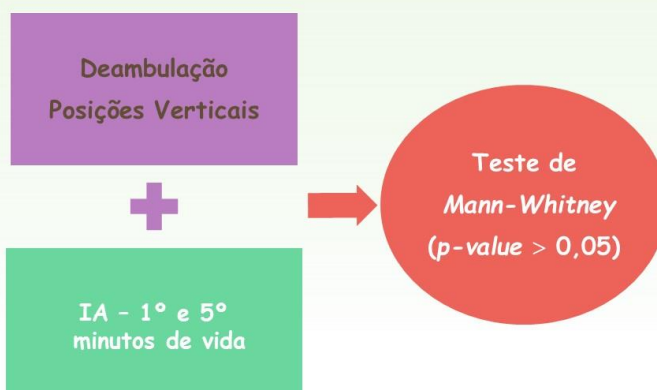
ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



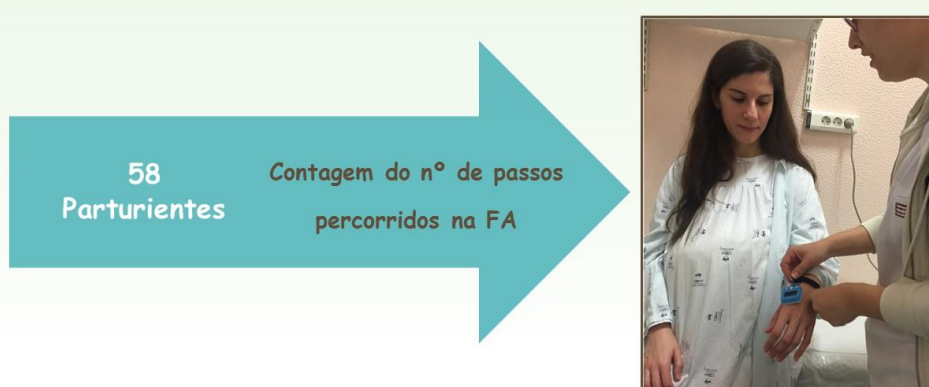
ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



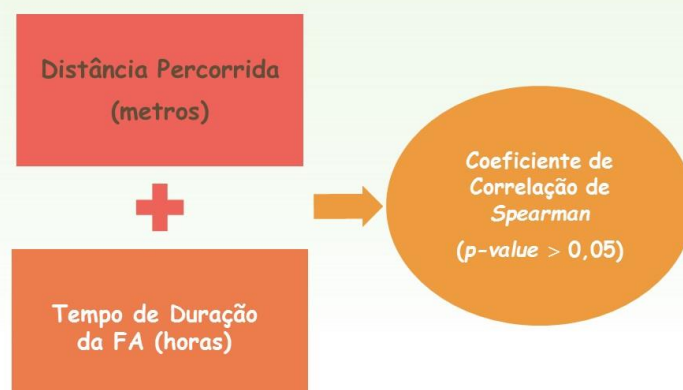
ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL



ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Principais Conclusões

- ❖ As mulheres que deambularam e adotaram posições verticais na FA do TP tiveram menos probabilidade de serem submetidas à administração de perfusão ocitócica e à realização do procedimento de amniotomia e de episiotomia, bem como de recorrerem a analgesia epidural;
- ❖ O facto de a mulher ter ou não deambulado e adotado posições verticais durante a FA influenciou o tipo de parto. O parto eutócico foi o mais comum entre as parturientes que aderiram à livre movimentação/posicionamento vertical;

ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Principais Conclusões

- ❖ Nas variáveis - administração de opiáceos e ocorrência de laceração perineal -, não se registou qualquer tipo de associação significativa, relacionada com o facto de a mulher ter ou não deambulado e/ou adotado posições verticais durante a FA do TP;
- ❖ As mulheres que deambularam e assumiram posturas verticalizadas tiveram uma menor duração da FA do TP, comparativamente às parturientes que não deambularam e/ou adotaram posições verticais, scores de dor significativamente mais baixos e maior satisfação face à sua experiência de parturição;

ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Principais Conclusões

- ❖ O facto das parturientes deambularem e adotarem posições verticais durante a FA do TP não influenciou os scores de IA do RN ao 1º e 5º minutos de vida;
- ❖ Não se encontraram associações estatisticamente significativas entre o tempo de duração da FA do TP e a distância percorrida pelas parturientes, inferindo-se, assim, que é pouco provável que os metros percorridos pelas parturientes influenciem a duração desta fase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pestana, M. H.; & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. (1.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.



Fonte Imagem: www.folhasdecompinos.com.br

"Para mudar o mundo é
preciso antes, mudar a
forma de nascer."
Michel Odent (2005)

**Obrigada pela
vossa atenção!**

Apêndice L: Divulgação do Projeto – (1) Janela *Pop-up* / (2) Página *Web* do CHBM,
EPE



PROJETO MOVER PARA MELHOR NASCER

Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**Liberdade de Movimentos e Posições
Verticais: Uma Estratégia na Humanização
da Assistência de Enfermagem à Mulher no
Primeiro Estádio do Trabalho de Parto.**

Mestranda: Enf.ª ESMO Ana Ferrão

Orientadora: Prof.ª Doutora Maria Otilia Zangão



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia



Fonte Imagem: www.thechildbirthprofession.com

03/08/2016

CHBM > Notícias > Projeto 'Mover para melhor nascer'



03/08/2016 | 21:45m



Pesquisa
 : Emergência : Informações : Mapa do Site : Mapa HEPE : Seleção do Hospital

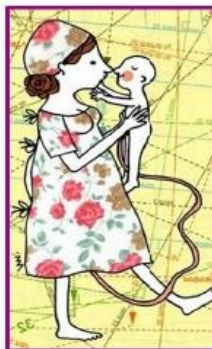
- > Notícias & Eventos
- > O Centro Hospitalar
- > Informação pública
- > Serviços
- > Informação ao Utente
- > Publicações
- > Contactos
- > Associações & Entidades
- > Downloads

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE / Notícias & Eventos / Notícias / Projeto "Mover para melhor nascer"

Notícias

Projeto "Mover para melhor nascer"

O Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) iniciou, a 1 de Janeiro de 2014, a implementação do projeto "Maternidade com Qualidade", preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, que tem como objetivo capacitar a mulher nas suas escolhas e decisões durante o trabalho de parto e parto, tornando esses processos o mais fisiológico e natural possível.



Fonte: www.philipst.com

No âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Universidade de Évora, desenvolveu-se, em janeiro de 2016, o projeto "Mover para Melhor Nascer", o qual se associa aos subprojectos: deambulação na grávida em trabalho de parto e influência da posição não supina durante o trabalho de parto e parto, ambos inseridos no projeto "Maternidade com Qualidade".

No Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, entre os anos de 2014 e 2015, a percentagem de mulheres às quais foi permitida livre movimentação durante o trabalho de parto, como forma de promover o alívio não farmacológico da dor, atingiu os 80%, enquanto a taxa de mulheres que adotaram posições verticais se aproximou dos 70%.

Pretende-se com o referido projeto académico contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, preconizada pelo Programa dos Padrões de Qualidade instituído no CHBM, bem como continuar a promover a deambulação e a adoção de posições verticais, em mulheres consideradas de baixo risco obstétrico, durante o trabalho de parto, o que certamente contribuirá para a sua satisfação quanto aos cuidados de enfermagem que lhe foram assegurados.

Enf.ª Ana Cristina Ferrão

Urgência Obstétrica e Ginecológica

Quinta-feira, 30 de Julho de 2016 10:15 - Assunto: Geral Fomh: Desconhecido

Topo

2009 Direitos Reservados - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE



http://www.chbm.m-in-saude.pt/Noticias/Eventos/Noticias/projeto_mover_melhor_nascer.htm

1/1

Apêndice M: Brochura – “Posições para a Fase de Dilatação”

POSIÇÕES PARA A FASE DE DILATAÇÃO

URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA



De pé apoiada no
companheiro/enfermeira



Sentada na bola de Pilates



Deitada de lado

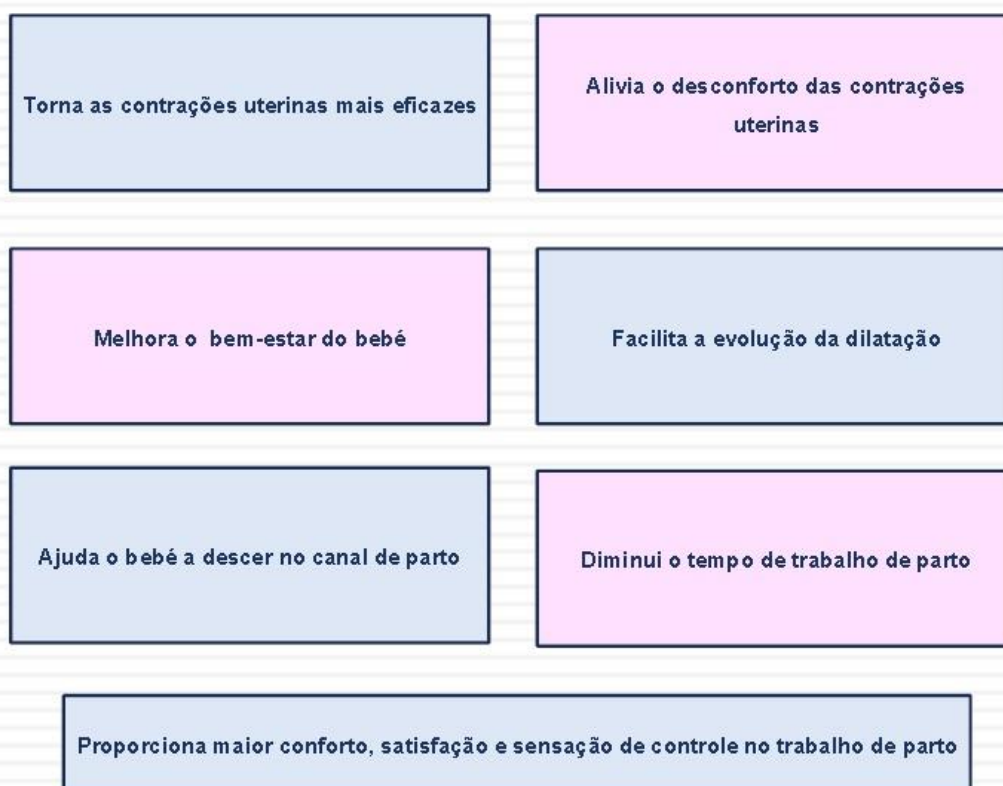


De gatas

MOVER PARA MELHOR NASCER

Na primeira fase do trabalho de parto, o mais importante é relaxar e descontrair-se.

Movimente-se, caminhe de um lado para o outro e, se possível, evite posições como estar deitada de costas ou estar parada. Mudar de posição e movimentar-se beneficia o processo mais natural do trabalho de parto e do nascimento do seu bebê.



Movimente-se e mude de posição durante o trabalho de parto.

Participe ativamente, tornando o trabalho de parto numa experiência

única e gratificante!!!

Fonte bibliográfica: FAME (2009). Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso | WHO (1996). Care in Normal Birth a practical guide: Report of a Technical Working Group

Apêndice N: *Poster* – “Mover para Melhor Nascer”

MOVER PARA MELHOR NASCER

Alivia a dor
das contrações
uterinas

Torna as
contrações
uterinas mais
eficazes

Ajuda o bebé a
descer no canal
de parto

Facilita a
evolução da
dilatação

Melhora o
bem-estar do
bebé

Aumenta o
conforto e a
satisfação



Imagem, gentilmente, desenhada pela Enf.ª ESMO Sandra Rizzo

Apêndice O: Benefícios da Liberdade de Movimentos e do Posicionamento Vertical no Primeiro Estádio do TP – (1) Plano da Sessão / (2) Esquema de Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde

PLANO DE SESSÃO – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ÂMBITO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.
TEMA – Apresentação do Projeto de Intervenção “Mover para Melhor Nascer”.
LOCAL – Auditório do CHBM, EPE e sala do Curso de Preparação Psicoprofilática para o Parto (Serviço de Obstetrícia)
DATA – 06-09 de junho de 2016
HORA – 11 horas
TEMPO PREVISTO – 45 minutos
METODOLOGIA – Expositiva
PRELETORA – EESMO Ana Ferrão
POPULAÇÃO ALVO – Grávidas do Curso de Preparação Psicoprofilática para o Parto e respetivos companheiros.
OBJETIVO GERAL – Divulgar o projeto “Mover para melhor Nascer”
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os benefícios da livre movimentação e da mudança de posição durante o primeiro estágio do TP; • Sensibilizar as grávidas para a deambulação e para a adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP; • Promover a discussão em grupo; • Esclarecer as dúvidas apresentadas pelo grupo.
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fases do primeiro estágio do TP e fatores que influenciam a sua duração; • Projeto “Mover para melhor Nascer” – objetivo, conceito e recomendações; • Posições verticais nas diferentes fases do primeiro estágio do TP – forma de adoção e benefícios; • Resumo – vantagens da livre movimentação e da adoção de posições verticais no primeiro estágio do TP.

PROJETO MOVER PARA MELHOR NASCER



Fonte Imagem: www.pinterest.com

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Mestranda: Enf.ª ESMO Ana Ferrão

Orientadora: Prof.ª Doutora Mª Otilia Zangão

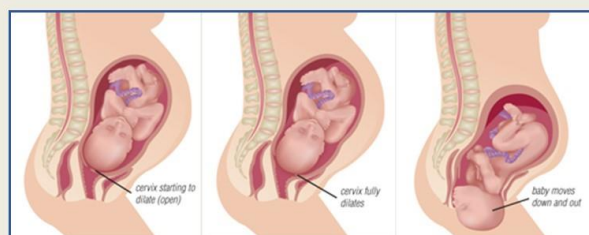


OBJETIVOS DA SESSÃO

- ☞ Informar sobre os benefícios da livre movimentação e da mudança de posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto;
- ☞ Divulgar o projeto Mover para Melhor Nascer;
- ☞ Promover a discussão em grupo;
- ☞ Esclarecer as dúvidas apresentadas pelo grupo.

PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO – FASES

- ⇒ **Fase Latente** – começa com o aparecimento de contrações regulares até ao momento em que o colo do útero está completamente apagado e com cerca de 3-4cm de dilatação.
- ⇒ **Fase Ativa** – inicia-se a descida fetal, à medida que o colo do útero dilata mais rápido até ser atingida a dilatação completa.



Fonte Imagem: www.sandraolindino.com/stages-of-labor/

PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO – DURAÇÃO



PROJETO MOVER PARA MELHOR NASCER



Fonte Imagem: www.pinterest.com

Na primeira fase do trabalho de parto, o mais importante é relaxar e descontraí-se.

Sempre que possível, deve movimentar-se, caminhar e evitar posições como estar deitada de costas.

PROJETO MOVER PARA MELHOR NASCER

Durante o trabalho de parto deve informar-se, sobre os riscos e benefícios da liberdade de movimentos e das diferentes posições que deseja adotar, junto da equipa de enfermagem/médica que cuida de si.



Fonte Imagem: www.pinterest.com

PROJETO MOVER PARA MELHOR NASCER

Livre Movimentação

- Andar, deambular ou caminhar.

Posições Verticais

- De pé;
- Sentada na cama com plano superior reclinado a 45° ou mais;
- Sentada na cadeira, cadeirão ou bola de *Pilates*;
- De cócoras.
- De gatas.

LIBERDADE DE MOVIMENTOS

Caminhar ou deambular é vantajoso na evolução do trabalho de parto.

Ajuda a relaxar e a distrair da sensação de dor provocada pelas contrações.

O efeito da gravidade facilita a descida do feto no canal de parto, tornando o trabalho de parto mais curto.

Contribui para uma experiência mais satisfatória do trabalho de parto.



Fonte: Imagens F.A.M.E. (2009)
Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso

- ☞ Durante o trabalho de parto é mais seguro caminhar com o apoio e orientação da enfermeira ou do acompanhante.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

Deitada de lado



Fonte: Imagens Mayo Foundation for Medical Education and Research

- ☞ Deite-se, preferencialmente, para o lado esquerdo. Para se sentir mais confortável, pode colocar uma almofada entre as pernas.
- ☞ Posição ideal para descansar, repousar e relaxar.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

De pé apoiada no companheiro



Fonte Imagens Mayo Foundation for Medical Education and Research

- ☞ Apoie-se no seu companheiro, coloque os braços à volta do seu pescoço, encoste a cabeça no seu peito e balance a anca.
- ☞ Diminui o desconforto e a dor das contrações.
- ☞ Reduz a ansiedade e aumenta a sensação de autocontrolo.
- ☞ Melhora o ritmo cardíaco do bebé.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

De pé com inclinação da perna de apoio

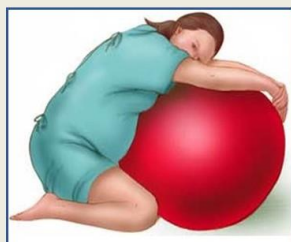


Fonte Imagens Mayo Foundation for Medical Education and Research

- ☞ Coloque o pé em cima de uma cadeira ou banco e incline-se para a frente durante a contração.
- ☞ Alivia o desconforto e as dores das contrações.
- ☞ Ajuda o bebé a descer no canal de parto e a rodar na melhor posição para nascer.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

Balanceio apoiada na bola de Pilates



Fonte Imagens Mayo Foundation for Medical Education and Research

- ☞ Com as pernas fletidas, sente-se sobre os pés e apoie o tronco e os braços sobre a bola.
- ☞ Relaxa e alivia as dores nas costas, principalmente quando as contrações são irregulares e o trabalho de parto é demorado.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

Balancêo sentada na bola de Pilates



Fonte Imagem: <http://nonabirtheeducation.com/blog/>

☞ Também se pode sentar sobre a bola com as pernas afastadas e iniciar movimentos giratórios suaves da anca.

☞ De seguida realize movimentos de frente para trás e da esquerda para a direita.

☞ Pode ainda dar pequenos ressaltos suaves sobre a bola, de forma a aliviar a pressão sobre o períneo.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

De pé apoiada na bola de Pilates



Fonte Imagem: <http://www.childbirthconnection.org>

☞ Torna as contrações mais eficazes.

☞ Ajuda a mobilizar e a orientar a cabeça fetal.

☞ Aumenta os diâmetros da pelve materna, facilitando a descida do feto.

☞ Reduz a fadiga e a tensão muscular.

☞ Boa posição para que o companheiro lhe massage as costas.

POSIÇÕES – FASE ATIVA

Semi-sentada



Fonte Imagem: Mayo Foundation for Medical Education and Research

☞ Sente-se na cama com o plano superior reclinado e as costas apoiadas numa almofada.

☞ Durante a contração pode colocar as mãos nos joelhos, puxando para cima.

☞ Melhora a abertura do canal de parto.

☞ Ajuda nos esforços expulsivos.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

De gatas



Fonte: Imagery Mayo Foundation for Medical Education and Research

☯ Coloque-se de joelhos com as mãos apoiadas no colchão da cama.

☯ Alivia as dores nas costas.

☯ Ajuda o bebê a rodar na melhor posição para nascer.

☯ Melhora as trocas de oxigênio entre si e o seu bebê.

POSIÇÕES – FASE LATENTE

De cócoras



Fonte: Imagery Mayo Foundation for Medical Education and Research

☯ Coloque-se de cócoras apoiada no companheiro, na enfermeira ou utilizando uma cadeira.

☯ Facilita a abertura do canal de parto e os esforços expulsivos, por ação da lei da gravidade.

MOVIMENTAÇÃO E MUDANÇA DE POSIÇÃO

Torna as contrações mais eficazes

Alivia o desconforto e a dor das contrações

Aumenta o fluxo sanguíneo para o bebê

Ajuda o bebê a descer no canal de parto

Promove o alargamento da pélvis, facilitando a passagem do bebê

Favorece a rotação da cabeça do bebê

MOVIMENTAÇÃO E MUDANÇA DE POSIÇÃO

Facilita a evolução da dilatação

Reduz o tempo de trabalho de parto

Diminui as intervenções médicas

Menor necessidade de medicamentos para alívio da dor

Aumenta a sensação de autocontrole

Proporciona maior conforto e satisfação



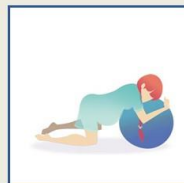
Fonte imagem: <http://partosakkh.blogspot.es/2013/04/que-posturas-son-ideales-para-el-parto.html>

☞ NENHUMA POSIÇÃO É PREFERÍVEL A OUTRA.

☞ ASSOCIE A LIBERDADE DE MOVIMENTOS COM AS DIFERENTES POSIÇÕES.

Desde que não existam contra-indicações, experimente as várias opções de posicionamento e adote a posição que considere mais cómoda.

Movimente-se e Mude de Posição.



Torne o seu Trabalho de Parto mais natural e confortável.

Fonte Imagem: <http://www.mibebeyo.com/parto/preparacion/posturas-dolor-parto>

Obrigada pela vossa atenção.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). *INICIATIVA PARTO NORMAL — Documento de consenso*. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. FAME.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal — Uma visão partilhada*. Lisboa: OE & APEO.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Royal College of Midwives. (2012). *Evidence Guidelines Midwifery-Led Care in Labour Latent Phase*. RCM.

Royal College of Midwives. (2012). *Evidence Guidelines Midwifery-Led Care in Labour. Positions for Labour and Birth*. RCM.

Apêndice P: Matriz de Registo de Dados – Estudo das Parturientes

Matriz de Registo de Dados/Intervenções na Fase Ativa do Trabalho de Parto

PERFUSÃO OCITÓCICA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, HORA DE INICIO/DILATAÇÃO UTERINA _____
AMNIOTOMIA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, HORA/DILATAÇÃO UTERINA _____
ANALGESIA EPIDURAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, HORA/DILATAÇÃO UTERINA _____
OPIÁCEOS (PETIDINA)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, HORA/DILATAÇÃO UTERINA _____
MÁXIMO GRAU DE DOR NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO	
METROS PERCORRIDOS (SE DEAMBULOU)	
TEMPO DE DURAÇÃO DA FASE ATIVA	
TIPO DE PARTO	
EPISIOTOMIA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
LACERAÇÃO PERINEAL/GRAU	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM: GRAU I <input type="checkbox"/> GRAU II <input type="checkbox"/> GRAU III <input type="checkbox"/> GRAU IV <input type="checkbox"/>
ÍNDICE APGAR	1º MINUTO _____ / 5º MINUTO _____
REANIMAÇÃO NEONATAL/TRANSFERÊNCIA PARA NEONATOLOGIA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Fonte: A própria.

ANEXOS

Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Projeto

Documento

1 5 0 0 6



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professora Doutora Constança Pinto, Professora Doutora Felismina Mendes e Professor Doutor Armando Raimundo deliberaram dar, na reunião do dia 4 de Abril de 2016, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "Mover para Melhor Nascer - Liberdade de Movimentos e Posições Verticais no 1º Estádio do Trabalho de Parto" dos investigadores Ana Cristina Canhoto Ferrão e Maria Otilia Brites Zangão.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

Anexo B: Autorização Institucional para Aplicação do Projeto

Quercido

25/1/2016

Luísa Luz

Luísa Luz
Enfermeira Diretora

O conselho de Ética
para os devidos efeitos

25/1/2016 Luísa Luz

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Ana Cristina Canhoto Ferrão, enfermeira detentora do título de Enfermeira Especialista com o curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, a exercer funções no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) desta organização hospitalar, vem por este meio solicitar a vossa excelência anuência à implementação do Projeto "Mover para Melhor Nascer", desenvolvido na sequência da realização do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

O presente projeto associa-se aos subprojetos: Deambulação na Grávida em Trabalho de Parto e Influência da Posição Não Supina durante o Trabalho de Parto e Parto, os quais estão integrados no Projeto Maternidade com Qualidade, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, e implementado no SUOG do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM, EPE), desde Janeiro de 2014. No âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pretende-se melhorar o indicador de evidência relativo à taxa de mulheres de baixo risco obstétrico às quais foi promovida a deambulação, bem como o estímulo à adoção de posições não supinas, especificamente durante a Fase Ativa do 1º Estádio do Trabalho de Parto (TP), o que contribuirá para um incremento da qualidade dos cuidados a prestar às grávidas em trabalho de parto e para a sua satisfação.

Atenciosamente.

COMISSÃO DE ÉTICA
N.º do processo
Data 3/3/2016

Pede deferimento

Barreiro, 19 de Janeiro de 2016

CHBM EPE
BARR. MONT.
N.º 1995
Fasta n.º 638.0
Data 25/01/16
[assinatura]

Ana Cristina Canhoto Ferrão

(Ana Cristina Canhoto Ferrão)

Nada a opor
A Direcção do
Serviço de Ginecologia/Obstetria
[assinatura]

É de todo o interesse a aplicação
do projeto para o serviço tendo
em conta a boa a população.

Anexo C: Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE para Aplicação do Projeto

11, 03, 2016
17

Antiquus
[Signature]
João Silveira Ribeiro
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: 15/2016

Data: 04 / 03 / 2016

De: **Comissão de Ética para a Saúde**

Para: **Exma. Sra. Enf. Luisa Luz – Conselho de Administração**

Assunto: **Pedido de autorização para recolha de dados**

A 03/04/2016 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para realização de projecto de investigação no âmbito de um trabalho académico intitulado "Mover para melhor nascer" a desenvolver no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica por Ana Cristina Canhoto Ferrão, enfermeira especialista neste Centro Hospitalar e aluna de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à realização deste trabalho científico.

Com os melhores cumprimentos,

[Signature]

(Elvira Camacho, Dr.ª)

(Presidente da CES)

158x 403 2016
17

Anexo D: Autorização da FAME – Uso de Imagens

Junta Directiva de La Federación de Asociaciones de Matronas de España

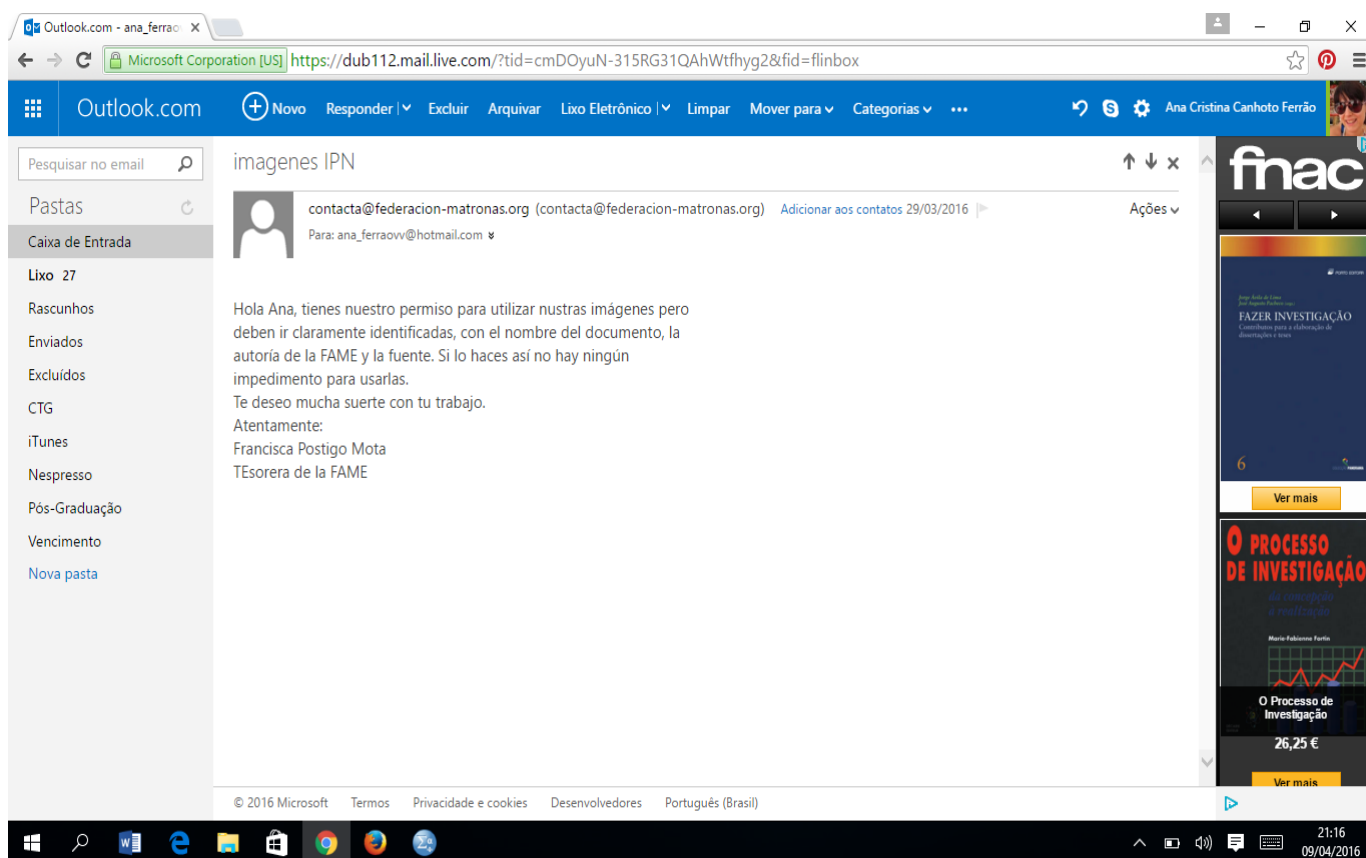
Hola.

Mi nombre es Ana Ferrão. Soy matrona en el Centro de Partos del Hospital de Barreiro, en Portugal y me encuentro realizando la Maestría Profesional en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia de la Universidad de Évora, con la intención de desarrollar un trabajo sobre el tema: La libertad de movimiento y la posición vertical: una estrategia de humanización en la atención a las mujeres en la primera etapa de Trabajo de Parto.

Me gustaría pedir el permiso de usar imágenes disponibles en vuestro libro "Parto Iniciativa normal", en mi trabajo, ya que creo que son muy relevantes.

Muchas gracias por vuestra atención.

Ana Cristina Canhoto Ferrão



Anexo E: Circular Informativa – CHBM, EPE

Assunto: **Material Educativo do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (Bloco de Partos)**

No seguimento da revisão e verificação pelo Gabinete de Gestão da Qualidade e do Risco, o Conselho de Administração deliberou, em reunião de 23 de junho de 2016, aprovar a documentação do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, que se anexa:

- Folheto “*Mudar de posição para melhor nascer*” – UOB.02
- Folheto “*Mover para melhor nascer*” UOB.03
- Cartaz “*Posições para a fase de dilatação*” UOB.03

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



João Silveira Ribeiro