

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA**

**Relatório de Estágio de Natureza Profissional**

Cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no parto  
humanizado

**Aluna:** Lic. Ana Cristina Silva Semedo

Bragança, novembro de 2021



## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

### **Relatório de Estágio de Natureza Profissional**

#### **Cuidados do Enfermeiro em Saúde Materna e Obstetrícia no parto humanizado**

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção de grau de Mestre em Saúde Materna e Obstetrícia, despacho N.º 2823/2020 publicado em Diário da República 2.ª série, nº43 de 2 de março de 2020.

**Aluna:** Ana Cristina Silva Semedo

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Isaltina Correia

Bragança, novembro de 2021

Semedo, S. A.C. (2021). *Relatório de Estágio de Natureza Profissional. Cuidados do Enfermeiro em Saúde Materna e Obstetrícia no parto humanizado: Revisão Sistemática da Literatura*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

**Descritores:** parto humanizado, parto natural, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia e empatia

**A seguinte parte do Relatório foi apresentada (Comunicação):**

Semedo, A.C. S. & Correia, T. I. G. (2021). Cuidados do Enfermeiro Especialista no parto humanizado: Revisão sistemática da Literatura. XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – Por uma vida melhor. Vila Nova de Famalicão. Portugal.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos e amigos que me deram força para nunca desistir do meu sonho.

Um bem-haja!



## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, à minha família, amigos e colegas por todo o apoio e carinho nesta caminhada. Por acreditarem sempre em mim e nunca me deixaram desistir, dando-me força para continuar.

À Professora Doutora Teresa Correia, pela sua ajuda, orientação e disponibilidade.

À Enfermeira Tutora, Enf.<sup>a</sup> Rosa Santos, pela supervisão e orientação em estágio, pela sua dedicação, apoio e incentivo.

Aos restantes professores do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela partilha e motivação.

Aos profissionais de saúde do serviço de Obstetrícia de Bragança, pela ajuda e partilha em campo de estágio.

A todos que de uma forma ou outra tornaram possível este percurso e relatório.

A todos, muito obrigada!



“Nas grandes batalhas da vida,o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”

***Mahatma Gandhi***

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> ..	23
2.1. Breve caracterização da organização .....	23
2.2. Objetivos.....	28
<b>3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE     COMPETÊNCIAS</b> .....	31
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	31
3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. ....	33
a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; .....	33
b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal ..	34
c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	36
d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós- natal.....	38
e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.....	40
f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica .....	40
g) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade .....	40
<b>4. ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	42
4.1. Objetivos.....	49

4.2. Metodologia.....	49
4.2.1. Tipo de estudo .....	49
4.2.2. Questão de investigação .....	50
4.2.3. Amostra.....	51
4.2.4. Procedimentos e métodos na recolha de dados. ....	52
4.2.5. Procedimentos de análise dos dados .....	53
4.3. Apresentação dos resultados.....	54
4.4. Discussão .....	90
4.5. Conclusões.....	96
<b>5. SÍNTESE CONCLUSIVA.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo 1: Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência de positiva de parto .....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo 2: Escala de <i>Oxford Centre for Evidence Based Medicine</i> (CEBM,2009).....</b>	<b>105</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1. Evidências relativamente ao artigo 1</b> .....	54
<b>Tabela 2. Evidências relativamente ao artigo 2</b> .....	56
<b>Tabela 3. Evidências relativamente ao artigo 3</b> .....	58
<b>Tabela 4. Evidências relativamente ao artigo 4</b> .....	60
<b>Tabela 5. Evidências relativamente ao artigo 5</b> .....	62
<b>Tabela 6. Evidências relativamente ao artigo 6</b> .....	64
<b>Tabela 7. Evidências relativamente ao artigo 7</b> .....	67
<b>Tabela 8. Evidências relativamente ao artigo 8</b> .....	69
<b>Tabela 9. Evidências relativamente ao artigo 9</b> .....	71
<b>Tabela 10. Evidências relativamente ao artigo 10</b> .....	73
<b>Tabela 11. Tabela de recomendações após a análise dos estudos incluídos</b> .....	88

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1. Experiências mínimas obrigatórias .....</b>	<b>30</b>
--	-----------

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Triagem da seleção de artigos para a RSL .....	53
--	----

## Lista de abreviaturas e siglas

**BP**– Bloco de partos.

**CTG** – Cardiotocografia.

**Enf.<sup>a</sup>** – Enfermeira.

**ESMO** – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

**MESMO** – Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

**MIN** – Minuto.

**N.º** – Número.

**OE** – Ordem dos Enfermeiros.

**OMS/WHO** – Organização Mundial de Saúde

**p.** – Página.

**p.p.** – Páginas

**RN**– Recém-nascido.

**TP** – Trabalho de Parto.

**ULSNE** – Unidade Local de Saúde do Nordeste.

## Resumo

**Introdução:** O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia possui uma intervenção especializada com competência nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como na área das suas competências específicas na enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Este relatório descreve o processo de aquisição e desenvolvimento dessas competências. e o aprofundamento dos conhecimentos sobre o parto humanizado.

**Objetivo:** Identificar a melhor prática do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia no parto humanizado.

**Metodologia:** Efetivar uma apreciação crítica e reflexiva do estágio com base nos objetivos gerais do mesmo objetivando a sua apresentação e discussão públicas. Contextualizar a aquisição e reflexão de práticas em EESMO na prestação de cuidados baseados em evidência e demonstração de competências no domínio da investigação em enfermagem, dando resposta ao problema de investigação para resolver problemas em situações novas que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Na realização deste relatório a metodologia usada foi baseada na pesquisa bibliográfica em diferentes motores de busca científicos, através da leitura e transferência dos conhecimentos adquiridos da evidência publicada relativa à saúde da mulher.

**Resultados:** Os resultados obtidos permitiram a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia no âmbito do cuidado à mulher em trabalho de parto e parto, bem como a aquisição e reflexão crítica das experiências mínimas obrigatórias. Relativamente à produção científica da revisão sistemática da literatura, foi possível conhecer as vantagens do parto humanizado. Os resultados apontam que, 90,91%, das parturientes possuíam acompanhante; no alívio da dor, 90,7% das puérperas afirmam que tiveram orientação para usar a técnica da respiração e 74% a caminhada. As estratégias bem-sucedidas para criar uma perceção positiva da experiência do parto foram apoiar as mulheres durante o parto (OR=1,35;  $p<0,05$ ) e cuidados durante o parto com intervenção mínima (OR=1,29;  $p<0,05$ ). Houve aumento significativo na satisfação em 33,01% (27,4 vs. 60,4;  $p<0,001$ ) nas mulheres que apresentaram Plano de Parto e Nascimento comparativamente com as que não apresentaram.

**Conclusão:** O estágio e a reflexão sobre ele, através da escrita deste relatório, permitiram a aquisição e consolidação das competências específicas para a prática da enfermagem de saúde materna e obstetrícia e a produção de investigação. Permitiu conhecer as vantagens do parto humanizado. O enfermeiro é um elemento basilar no processo de trabalho de parto/parto, do empoderamento e da autonomia da parturiente. É necessário o maior envolvimento e comprometimento do Enfermeiro para uma prática cada vez mais humanizada.

**Descritores:** parto humanizado, parto natural, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia , obstetrícia e empatia.

## Abstract

**Introduction:** The nurse specialized in maternal and obstetric health nursing has a specialized intervention with competence in the areas of professional, ethical and legal responsibility, continuous improvement of quality, management of care and development of professional learning, as well as in the area of their specific competencies in maternal and obstetric health nursing. This report describes the process of acquiring and developing these skills and the deepening of knowledge about humanized childbirth.

**Objective:** To identify the best practice of Maternal and Obstetric Health Nurses in humanized delivery.

**Methodology:** To effect a critical and reflective assessment of the internship based on its general objectives aiming at its public presentation and discussion. Contextualize the acquisition and reflection of practices in EESMO in the provision of evidence-based care and demonstration of competencies in the field of nursing research, responding to the problem of research to solve problems in new situations that allow lifelong learning, in a fundamentally self-oriented or autonomous way. In the realization of this report, the methodology used was based on bibliographic research in different scientific search engines, through the reading and transfer of knowledge acquired from the published evidence related to women's health.

**Results:** The results obtained allowed the acquisition of specific competencies of the nurse specialized in maternal and obstetric health in the scope of care for women in labor and delivery, as well as the acquisition and critical reflection of mandatory minimum experiences. Regarding the scientific production of the systematic review of the literature, it was possible to know the advantages of humanized childbirth. The results indicate that 90.91% of the parturients had a companion; in pain relief, 90.7% of the puerperal women stated that they had guidance to use the breathing technique and 74% walk. The successful strategies to create a positive perception of the experience of childbirth were to support women during childbirth (OR=1.35;  $p<0.05$ ) and care during childbirth with minimal intervention (OR=1.29;  $p<0.05$ ). There was a significant increase in satisfaction in 33.01% (27.4 vs. 60.4;  $p<0.001$ ) in women who presented delivery and birth plan compared to those who did not.

**Conclusion:** The internship and reflection on it, through the writing of this report,

allowed the acquisition and consolidation of specific competencies for the practice of maternal and obstetric health nursing and the production of research. It allowed to know the advantages of humanized childbirth. Nurses are a fundamental element in the process of parturition, empowerment and autonomy of the parturient. It is necessary the greater involvement and commitment of the Nurse for an increasingly humanized practice.

**Descriptors:** humanizing delivery, natural childbirth, nurse midwives, obstetrics, empathy.

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório final, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, foi proposto a realização deste relatório, cuja sua discussão pública têm como finalidade constituir um elemento de avaliação da UC e a obtenção do título de grau de Mestre em Enfermagem.

Tem como objetivo apresentar a trajetória durante o Estágio de Natureza Profissional as diferentes atividades desenvolvidas, atividades essas desenvolvidas à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e obstetrícia (EESMO).

Em simultâneo foi desenvolvido um trabalho cujo a temática escolhida está relacionada com a atuação do EESMO no parto humanizado, “Os Cuidados do Enfermeiro em Saúde Materna e Obstetrícia no parto humanizado” a razão da escolha da temática, é devido a interesses pessoais suscitado em campo de estágio e o interesse de saber mais e aprofundar conhecimentos, de como o EESMO deve atuar para proporcionar a mulher uma melhor experiência na hora do trabalho de parto/parto.

A opção metodológica foi realizar uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Para assim ter uma prática baseada em evidências e de modo a contribuir para mudanças positivas relativamente ao trabalho de parto/parto.

Assim, foi elaborado uma questão de investigação: “Qual a melhor prática do ESMO, no parto humanizado?”

Segundo Gomes, Oliveira, & Gláucia, (2020, p. 181), humanizar a assistência do parto e do nascimento implica mudança de atitudes e de condutas, por meio de uma assistência que garanta o respeito e a sensibilidade com o trinômio mulher-criança-família. A humanização precisa ir além de tratar bem as pessoas, envolvendo a valorização dos sujeitos e o respeito às suas singularidades. Compreender o significado da humanização do parto e suas implicações positivas na vida da mulher é ter um posicionamento voltado para a atenção aos usuários.

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável, a fim de garantir que ela possa exercer a maternidade com confiança, segurança e bem-estar, o qual é um direito fundamental de toda mulher. (Gomes et.al. 2020)

O ENP, decorreu no serviço de Obstetrícia da ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança

de 06 de março de 2021 a 04 de outubro, sob orientação da Enf. Orientadora, o horário e os turnos realizados foram de acordo com o horário da mesma, cumprindo pelo menos 27 horas semanais.

Este relatório encontra-se organizado do seguinte modo: primeiramente foi apresentado a introdução do relatório, no capítulo a seguir será feita uma breve caracterização da organização onde decorreu o estágio e os objetivos do estágio, no terceiro capítulo foi feita uma análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências do enfermeiro (comuns e específicas), no quarto capítulo o estudo de investigação, no quinto capítulo a síntese conclusiva do relatório e por fim a bibliografia e os anexos.

As Referências Bibliográficas estão conforme a norma APA (American Psychological Association) 7.<sup>a</sup> edição.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

### **2.1. Breve caracterização da organização**

O ENP decorreu no período de 06 de março a 23 de julho de 2021, desenvolveram-se competências na área da Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Este estágio teve lugar no serviço de Obstetrícia da ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança.

A Unidade Hospitalar de Bragança foi inaugurado dia 01 de abril de 1973 pelo Presidente da República Almirante Américo Tomás. O hospital faz parte da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

A Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) integra as três Unidades Hospitalares e 14 Centros de Saúde que servem a população do distrito de Bragança. Foi criada em 2011, pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, para englobar as unidades de saúde do extinto Centro Hospitalar do Nordeste e do extinto Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste. (Sistema Nacional de Saúde – SNS, 2021)

A ULSNE é uma entidade pública empresarial de capitais exclusivamente detidos pelo Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Na área clínica atua ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Saúde Pública. (SNS,2021)

O objetivo estratégico da ULSNE assenta na satisfação, de forma sustentável, das necessidades em saúde da população residente na sua área de influência, com ênfase ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A excelência na prestação de cuidados de saúde aos utentes constitui um elemento basilar da estratégia global da instituição. (SNS, 2021)

O serviço de Obstetrícia fica localizado no terceiro piso desse hospital e dá assistência à população de doze freguesias do distrito de Bragança (Alfândega da Fé, cidade de Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais). As grávidas que realizam as consultas de vigilância da gravidez neste concelho, por norma, têm o seu parto no Hospital de Bragança.

- **Infraestrutura:**

O serviço é constituído por uma unidade de internamento com 12 camas destinadas ao internamento de grávidas, puérperas, utentes com patologia da área obstetrícia e por vezes da ginecologia. Também em alojamento comum com as puérperas faz-se o alojamento dos recém-nascidos (RNs). É um serviço muito vasto pois engloba o serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, o serviço de bloco de partos e puerpério.

É constituído por 1 sala de urgência, 1 sala de enfermagem, 1 sala de reuniões, 1 gabinete médico, 1 quarto para os médicos, 2 salas de partos com incubadora de aquecimento, 1 sala de exames, sala essa que serve para consultas de urgências do foro ginecológico e obstétrico, 3 enfermarias com 3 camas cada, 1 enfermaria com duas camas funcionando como isolamento de Covid19, 1 sala de roupas, 1 sala de arrumos, 2 WC para utentes, 1 sala de despejos, 1 sala de expectantes, 1 berçário, 1 copa, 1 sala para preparação e lavagem de material sujo e 1 vestiário com casa de banho para funcionários.

As salas de parto e as enfermarias têm janelas amplas com luz direta e camas elétricas com grades laterais.

O berçário é o espaço onde é prestado diversos cuidados aos RNs, cuidados como higiene e conforto dos RN, colheitas de sangue para análise, pesquisa de glicémia capilar, preparação do leite adaptado, é um espaço limpo, bem iluminada e mantém uma temperatura adequada para evitar o arrefecimento dos RNs. Nesse espaço também, é onde os RNs de cesariana ficam até à chegada da puérpera e prestados diversos cuidados aos RNs.

- **Sala de partos:**

Existem duas salas de parto onde em cada uma tem: 1 cama/marquês ginecológica; 1 mesa de reanimação do RN equipada com fonte de luz, calor, oxigénio e aspiração; onde se encontra devidamente: com material para assistência ao RN, material para o parto, material para de uso clínico, medicação específica, insuflador manual; 1 CTG, 1 relógio, 1 candeeiro móvel, 1 banco, 1 cadeira, 1 mesa de apoio móvel, 1 rampa com fonte de oxigénio e aspiração; uma bomba de infusão; 1 seringa de infusão, 1 carro de emergência (o carro de emergência encontra-se na sala de partos 1 está bem localizado, sendo de fácil acesso).

Essas salas de parto são amplas e espaçosas e permitem conforto as utentes e excelente ambiente de trabalho para os profissionais.

- **Recursos humanos:**

Chiavenato (1995, p.103), define recursos humanos como, pessoas que ingressam, permanecem, participam na organização, qualquer que seja seu nível hierárquico ou sua tarefa e que constituí o único recurso vivo e dinâmico da organização.

A gestão dos recursos humanos é da responsabilidade da enfermeira chefe do serviço. Em relação aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituído por: 15 Enfermeiros ESMO, 4 médicos Obstetras permanentes, 7 assistentes operacionais, 1 secretária de piso.

Os enfermeiros estão distribuídos do seguinte modo: 4 enfermeiros no turno da manhã (a enfermeira chefe, um enfermeiro para a sala de partos e para a sala de urgência, e 2 no internamento) e 2 enfermeiros no turno da tarde e turno da noite respetivamente (2 enfermeiros especialistas, uma na sala de partos e na sala de urgência e outro no internamento).

Apesar da distribuição dos enfermeiros existe interajuda na equipa.

Existe sempre a colaboração de profissionais de outras especialidades, que dão apoio sempre que necessário como: pediatria, anestesia, assistente social, nutricionista, psicóloga, psiquiatra, entre outros.

- **Recursos materiais:**

Os recursos materiais podem ser definidos como sendo “recursos necessários para operações básicas da organização, seja para prestar serviços, seja para produzir bens ou produtos”. (Chiavenato, 1997, p.134).

Para que uma organização atinja os seus objetivos, é indispensável a existência de recursos específicos. Chiavenato (1995, p.102) define recursos como “meio que as organizações possuem para realizar suas tarefas e atingir seus objetivos: são bens ou serviços consumidos na realização de atividades organizacionais”.

A gestão de recursos materiais implica um planeamento organizado, com identificação das necessidades e controlo desde a aquisição até a sua utilização.

Todos os equipamentos se encontram em boas condições de funcionamento e disponível a todos os elementos da equipa de saúde, sempre que é necessária sua utilização.

O serviço está bem equipado e dá respostas as demandas da população. Existe uma boa

organização do material, está bem-acondicionado e devidamente identificado.

A requisição do material necessário e fornecido ao serviço é feita pela enfermeira chefe, ao serviço de aprovisionamento, segundo normas do serviço e posteriormente colocada no stock. A reposição da terapêutica é efetuada da mesma forma pela enfermeira chefe, através de requisições próprias e repostos por um técnico da farmácia que tenha responsabilidade de contabilizar os gastos semanais. Quando existe necessidade o enfermeiro faz uma requisição para a farmácia.

- **Funcionamento e organização:**

O bom funcionamento de um serviço é assegurado por uma equipa multidisciplinar. Só um bom trabalho em equipa proporciona a satisfação, não só daqueles que nele trabalham, mas também aos que deles usufruem.

A metodologia de trabalho adotado pela equipa é o método individual. O enfermeiro presta a totalidade dos cuidados, inerentes as utentes, que lhes são atribuídos. Este método adapta-se às exigências atuais da profissão, pois permite ao enfermeiro adquirir uma visão global da utente, maior humanização dos cuidados e, ao mesmo tempo, desenvolver a capacidade de decisão e independência, aumentando, assim, o seu grau de responsabilidade e satisfação. Permite ainda, o conhecimento holístico da utente e facilita a utilização do método de trabalho científico.

Devido às exigências de trabalho que este serviço impõe, pela crescente afluência de utentes e às próprias condições físicas do mesmo, sempre que necessário, todos podem contar com a colaboração dos colegas, para que os cuidados sejam assegurados. O método individual de trabalho não significa individualismo, apenas as responsabilidades, ficam bem definidas. É necessário um grande espírito de interajuda e trabalho em equipa, o que se verificou nesse serviço.

- **Articulação com outros serviços:**

O serviço de Obstetrícia interage com outros serviços, sempre que necessário. Nesse serviço existe articulação entre a urgência, ginecologia, neonatologia, bloco operatório, laboratório de análises, aprovisionamento, radiologia, tenda Covid-19 e outros sempre que necessário.

- **Protocolos:**

O serviço de Obstetrícia possui diversos protocolos, sendo de salientar os protocolos n.º 1 ensinos relativos à gravidez, n.º 2 ensinos relativos à amamentação e cuidados ao RN, n.º 3 ensinos relativos à alta, desta forma é sempre possível a uniformização de informações prestadas as utentes por parte de todos os profissionais de forma igual.

Outros protocolos usados no serviço:

- Protocolo de Rotura Prematura de Membranas  $\geq$  12 horas; Protocolo Estrepto B ou desconhecido;
- Protocolo da tocólise (Atosiban entre 24 -34 semanas + 6 dias);
- Protocolo de imunização (izoimunização nas grávidas Rh negativo);
- Protocolo de esvaziamento uterino com Mesoprostol primeiro trimestre/segundo, trimestre;
- Protocolo resolução médica de retenção de ovo desvitalização primeiro trimestre;
- Protocolo abortamento incompleto no primeiro trimestre da gravidez;
- Protocolo da gravidez ectópica; Protocolo hiperémese gravídica; Protocolo de corticoterapia;
- Protocolo da pré-eclâmpsia (com sulfato de magnésio); Protocolo da eclâmpsia;
- Protocolo da síndrome de HELLP.

É importante referir que a existência destes documentos é de extrema importância, no entanto, deve ter-se em consideração que cada pessoa é única, ou seja, os protocolos devem ser adaptados a cada utente e respetiva situação clínica.

- **Integração na equipa multidisciplinar:**

O processo de integração não foi muito fácil, mas com o passar do tempo as dificuldades sentidas inicialmente foram superadas. E isso fez com que, o meu desempenho no estágio melhorasse bastante. Ao longo de todo o estágio, sempre mostrei total disponibilidade, interesse e sempre colaborei com a equipa de multidisciplinar nas atividades realizadas. Focada não apenas em atingir os meus objetivos pessoais, mas participando em todas as atividades que se revelaram enriquecedoras, mesmo quando as vezes eu não tinha total confiança no meu desempenho.

Sempre com espírito de aprendizagem e pondo em prática os conhecimentos

teóricos, previamente adquiridos.

E assim consegui melhorar o meu desempenho, tendo cada vez mais confiança e segurança na prestação de cuidados.

## **2.2. Objetivos**

Conforme determinado no plano de estudos do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, os objetivos do ENP são:

- Aplicar conhecimentos no planeamento, execução e avaliação dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito da prevenção, tratamento e inserção da mulher e família nos seus diferentes contextos de vida.
- Interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sustentada na evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção.
- Integrar os princípios éticos legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica na área de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.
- Participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica nos diversos contextos.
- Documentar os cuidados/intervenções de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica de acordo com os diversos contextos e sistemas de informação utilizados.
- Sistematizar evidência e integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis na área de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.
- Operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final.

Durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, era preciso cumprir as experiências mínimas obrigatórias, consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio (p. 2587-2588). Que são as seguintes:

- Realizar consultas de grávidas incluindo pelo menos 100 exames pré-natais;
- Vigiar/assistir pelo menos, 40 parturientes;
- Realizar pelo menos, 40 partos;
- Participar ativamente em partos de apresentação pélvica;
- Praticar episiotomia e iniciação à sutura;
- Vigiar/assistir pelo menos 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigiar/assistir e prestar cuidados pelo menos, 100 parturientes e RN normais;
- Observar e prestar cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes;
- Cuidar da mulher que apresenta patologia no domínio da ginecologia e da obstetrícia;
- Iniciar os cuidados em medicina e cirurgia.

Em relação as experiências mínimas (consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio (p. 2587-2588) consegui concluir todas com sucesso, saliento que os números obtidos são resultado do estágio de ESMO II+ ENP. Obtive os seguintes números:

**Quadro 1. Experiências mínimas obrigatórias**

<b>EXPERIÊNCIAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS</b>	
<b>DENOMINADOR</b>	<b>Nº DE EXPERIÊNCIAS</b>
Consulta de grávidas, incluindo pelo menos 100 exames pré-natais	110
Vigilância e cuidados realizados a, pelo menos, 40 parturientes	124
Realização pelo aluno de, pelo menos, 40 partos; quando este número não poder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, ao mínimo de 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos	41
Participação em partos de apresentação pélvica – em caso de impossibilidade, devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deve ser realizada uma formação por simulação	1
Prática de episiotomia e iniciação à sutura – a iniciação à sutura incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos – a prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada, se tal for indispensável	44
Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco	44
Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e recém-nascidos (RN) normais	125
Observação e cuidados a RN que necessitem cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes	43
Cuidados a mulheres que apresentem patologias do domínio da ginecologia e da obstetrícia	66
Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia – a iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos	66

### **3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

#### **3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

A competência caracteriza-se por uma súpula de saber, saber fazer e saber estar, pelo que, não bastará apenas ser detentor do conhecimento, é necessário saber como mobilizar, integrar e transferir esse conhecimento, os recursos pessoais, contextuais e habilidades para agir com pertinência num determinado contexto profissional. O profissional competente é representado como aquele que age com pertinência numa determinada situação e que compreende porque agiu e como agiu. (Relvas, 2016)

Competências comuns, são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019)

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, presente no regulamento nº 140/2019 são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A responsabilidade profissional, ética e legal é de extrema importância para que as práticas clínicas/intervenções sejam efetuadas de forma correta e adequada face à situação vivenciada.

Durante o estágio, a mestranda, reconheceu em todas as situações quais eram as suas limitações e competências enquanto aluna de especialidade. Sempre que, deparasse com

uma situação que não soubesse resolver ou surgia alguma dúvida, recorria a enfermeira responsável no estágio. Evitando assim situações de risco ou outros constrangimentos. Sempre demonstrou bastante interesse, disponibilidade, procura de oportunidades de intervir, dentro daquilo que era suas funções e obrigações no estágio.

O fato de ter a preocupação em esclarecer dúvidas e só intervir em situações que sabia que tinha competências, demonstra responsabilidade e coerência, mas também permitiu verificar que a mestrande age de forma consciente e segura, garantindo assim a segurança da utente em todas as situações.

Ao prestar cuidados tendo sempre uma visão da mulher no seu todo, respeitando assim os seus valores, cultura, princípios.

As ações do enfermeiro têm de ser regidas pelo Código Deontológico, os Princípios Éticos de Enfermagem.

Os princípios éticos nos cuidados de enfermagem estão presentes em todas as atividades, atendendo-se assim pelo respeito, pela dignidade do indivíduo, pelos direitos, pelos deveres e responsabilidades inerentes a toda a ação. (Oliveira, 2020, p.28)

Como afirma Nunes (2013, p.6) “os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as hipóteses. O que inclui assegurar que são prestados cuidados adequados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética.

Durante o ENP, as ações da mestrande foram de acordo com os princípios previamente definidos pelo Código Deontológico. Os Princípios Éticos de Enfermagem que foram aplicadas durante várias situações no ENP, foram: princípio da beneficência e não-maleficência, princípio da veracidade e da confidencialidade. Também respeitou o consentimento informado e manteve-se o sigilo profissional.

As intervenções realizadas durante o estágio, foram intervenções específicas, baseadas nas evidências científicas, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade.

Deste modo, considera-se que estas competências comuns ao enfermeiro especialista foram desenvolvidas e adquiridas no contexto do estágio em questão.

### **3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.**

As competências específicas, são 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. (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 85 — 3 de maio de 2019)

As competências específicas do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica presentes no regulamento nº 391/2019 estão reunidas em 7 alíneas (cada uma corresponde a uma determinada fase da vida da mulher).

As competências do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

De seguida, será descrito o modo como foram atingidas no decorrer do estágio.

- a) **Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;**

Essa competência foi adquirida anteriormente no Estágio de ESMO I, que decorreu no período de 8/06/2020 a 05/06/2020 no Centro de Saúde Santa Maria, do distrito de Bragança. Uma vez que durante o Estágio de Natureza Profissional não tive a oportunidade de desenvolver mais essa competência, irei relatar como adquiro essa competência no estágio de ESMO I.

Em parceria com a enfermeira de família (uma vez que no Centro de Saúde de Santa Maria quem realiza as consultas de pré-natal, planeamento familiar, são as enfermeiras de família) participei nas consultas, como aluna de especialidade e tive a oportunidade de desenvolver várias práticas clínicas.

Mas devido ao contexto atual vivido (pandemia da Covid 19) o contato foi bastante reduzido.

Na consulta de planeamento familiar foi garantido que as utentes dispunham de toda a informação necessária para desenvolverem literacia em saúde. Desenvolvimento de um comportamento saudável no que diz respeito a sua sexualidade, aconselhou-se à realização do autoexame da mama, para deteção/presença de possíveis nódulos, também explicou-se como realizar o autoexame e procedeu-se à avaliação de medidas antropométricas (peso, altura), avaliação de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura). Quando e sempre que necessário, foram esclarecidas dúvidas.

Para além das consultas no centro de saúde, a mestranda pretendia a realização de uma sessão de educação para saúde, direcionados a jovens da comunidade africana residentes em Bragança. Objetivava-se a realização de sessão para saúde em modo de conversa aberta. Os temas a abordar seriam: sexualidade, prevenção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis e parentalidade responsável. Dado ao contexto pandémico, não foi possível a realização da mesma.

Optou-se por fazer simulação em campo de estágio. Apresentando a sessão para os colegas de estágio e alguns enfermeiros do centro de saúde.

#### **b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

A aquisição dessa competência, foi em duas situações. Em contexto de cuidados de saúde primário e em consultas hospitalares as grávidas a partir das 36 semanas de gestação.

No contexto de cuidados de saúde primário, nas primeiras consultas assim como é estipulado no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, da Direção Geral da Saúde (2015) foi feita colheita de dados relacionados com os antecedentes obstétricos, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, hábitos e

consumos, verificação do estado vacinal, dados socioeconômicos e sociodemográficos. Avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca) teste do combur, avaliação das medidas antropométricas (peso, altura, etc.), auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF), medição da altura do fundo uterino, pesquisas de edemas ou outras alterações físicas) adaptando essas intervenções conforme as necessidades de cada grávida.

Durante as consultas foi feita, ensinamentos à grávida, ensinamentos esses que objetivavam a promoção da saúde da grávida e do seu bebê, ensinamentos relacionados com os hábitos de estilo de vida saudável, importância do exercício físico, nutrição, hidratação adequada, etc.

Durante o estágio no centro de saúde foi possível também a realização de aulas de preparação para o parto. Num contexto pandêmico as aulas foram atípicas, a realização deste, foi através da plataforma digital, Zoom (foram abordados temas como: o trabalho de parto e parto, o pós-parto, a amamentação e os cuidados ao RN). Quatro temas que foram abordados uma em cada semana de estágio. Também foi possível a realização de aulas práticas (simulação do período expulsivo e respiração).

Em contexto hospitalar, a mestranda teve participação nas consultas de obstetria.

As atividades desenvolvidas durante essas consultas, foram: avaliação dos parâmetros vitais, realização do teste de combur, monitorização cardiotocográfica (CTG) e leitura do traçado.

Durante o estágio, também foram prestados cuidados a grávidas com patologias (pielonefrite, restrição de crescimento uterino, ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, incontinência urinária).

A rotina de cuidados variava muito da patologia da grávida, mas no geral as atividades desenvolvidas, foram, vigilância do bem-estar materno-fetal, realização de CTG, avaliação de sinais vitais. E para a continuidade aos cuidados os registros foram efetuados no sistema informático (s-clínico).

No que diz respeito a situações de interrupções voluntárias da gravidez ou aborto espontâneo, várias foram as experiências em situações de abortamento. De acordo com o artigo 142 do Código Penal, com a redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei Nº 48/95, de 15 de março, e pela Lei n.º 90/97, de 30 de julho, a interrupção voluntária da gravidez, “Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico,

ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida” c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congênita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Perante as situações de aborto, foi oferecido à mulher apoio emocional.

### **c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

O trabalho de parto (TP) define-se pelo conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez começados, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. (Graça, 2017)

Segundo a OMS, podemos classificar o trabalho de parto em quatro estádios: 1.<sup>a</sup> fase dilatação e extinção do colo uterino, 2.<sup>a</sup> período expulsivo, 3.<sup>a</sup> fase de quietude e 4.<sup>a</sup> fase hemóstase ou puerpério imediato.

Após a decisão médica de internamento da parturiente no bloco de parto, por início do TP ou para trabalho de parto, procede-se à sua admissão. Nesta fase foram desenvolvidas atividades como, colheita de dados, fornecimento de uma camisa hospitalar, um par de chinelo, dois clisteres de limpeza, encaminhar/acompanhar ao banho (norma do serviço - banho pré-cirúrgico com uma esponja de cloroexidina). Também nesta fase foi questionada a parturiente sobre o desejo de amamentar e realizar contacto pele-a-pele.

Depois do banho a grávida é acomodada na sala de observações, explicado as normas e rotinas do serviço, informando também que é possível a presença de uma pessoa significativa no bloco de partos. Na sala de observação é realizado o rastreio do teste Covid19, de seguida realização de CTG externo. Se a parturiente estiver em trabalho de parto ativo passa para a sala de partos para a realização da analgesia epidural (se a parturiente assim desejar) onde mantém o CTG contínuo.

Um traçado cardiotocógrafa é considerado normal ou tranquilizador quando apresenta uma variabilidade de cinco a 25 batimentos por minuto (bpm), uma frequência cardíaca fetal 38 basal de 110-160 bpm, no mínimo duas acelerações em 50 minutos e ausência

de desacelerações ou menos de duas em 50 minutos menores a dois minutos. (Pinheiro, 2018).

Proporcionar à mulher medidas de conforto e alívio da dor, também foi uma preocupação. Nomeadamente 1.º estágio do TP, utilizou-se as medidas não farmacológicas para alívio da dor, tais como massagem, respiração (técnicas de respiração) com intuito de diminuir a dor e ajudar na melhor oxigenação.

Uma das formas de avaliação da evolução do trabalho de parto é através do toque vaginal. Inicialmente deparou-se com muita dificuldade na realização dos exames vaginais (toque vaginal), mas com o decorrer do estágio, essa dificuldade foi ultrapassada.

O toque vaginal por sua vez, possibilita avaliar a progressão do TP, através de seis indicadores: posição, consistência, extinção e dilatação do colo uterino, descida e rotação. (Ferraz, 2021)

Ao apresentar a dilatação completa (10 cm), era necessário posicionar a parturiente na cama ginecológica e ter todo o material de parto necessário já pronto.

Durante o parto, para a proteção do períneo realizou-se a manobra de Ritgen. E caso fosse necessário era realizado a episiotomia (só se realmente fosse necessário).

Dos 41 partos que eu fiz cerca de 50% foram partos o RN apresentava circular do cordão na cervical, para solucionar, na hora do período expulsivo, foi através da manobra da clampagem e corte do cordão umbilical.

Após a expulsão do feto, a promoção do contato pele a pele mãe e RN era tido em atenção. Sempre que o RN apresentasse bom estado vital.

O momento que se segue é a fase da dequitação, caracterizada principalmente pela saída da placenta.

Com a descida da placenta para o segmento inferior, observa-se um aumento de volume na vagina. Realizou-se a dequitação identificando-se o mecanismo de expulsão (Duncan ou Schultz) e, de seguida conferiu-se à integridade das membranas e cotilédones, do cordão umbilical e vasos sanguíneos (duas artérias e uma veia).

Seguidamente fazia-se a “revisão” do canal do parto, com o intuito de identificar lacerações e a sua devida reparação, ou em caso de episiotomia a realização da episiorrafia.

Na fase seguinte, no 4.º estágio do TP, foi executado cuidados de enfermagem de

acordo com o estádio, cuidados de enfermagem especializados direcionados à vigilância quer da puérpera e do RN. Monitorização de possíveis alterações fisiológicas, faz-se importante uma vez que previne complicações pós-parto. Nas horas seguintes além da vigilância constante era necessário a avaliação do estado geral da mulher, dos sinais vitais, do tônus uterino, as perdas hemáticas via vaginal, no caso de parto por via vaginal era observado o períneo (intacto ou com ferida cirúrgica, nomeadamente, laceração ou episiorrafia) e no caso de cesariana observar o penso cirúrgico.

A realização de ensinamentos faz-se necessário durante todo o internamento, ajudando assim no esclarecimento de dúvidas.

Durante todo esse processo foi cumprido rigorosamente os princípios de assepsia.

#### **d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

De acordo com a OMS (1998), o período pós-parto ou puerpério é definido como o período que tem início em torno de uma hora após a dequitação e que se prolonga durante as seis semanas seguintes.

Nesta fase assim como na gravidez, ocorrem muitas alterações na mulher a nível físico (alterações no corpo, associadas à fisiologia do puerpério), psicológico (problemas psicossociais), além de ser uma fase de transição (de uma fase onde a mulher é filha e passa a ser mãe ou de mãe de um ou duas crianças e passa a ser mãe de mais uma). É uma fase bastante sensível para a mulher e devido a todos esses acontecimentos.

Ao receber a puérpera e o RN no internamento de Obstetrícia era importante, a realização da avaliação do estado hemodinâmico da puérpera, realização de exame físico ao RN para rastreio de malformações que possivelmente não foram detetadas no momento do nascimento. De acordo com o tipo de parto e as necessidades da puérpera, faz-se o planeamento e execução de cuidados de enfermagem.

A avaliação do estado hemodinâmico, dos sinais vitais e o exame obstétrico da puérpera (características da mama e dos mamilos, tônus uterino, questionar sobre perdas hemáticas via vaginal, observação do períneo, intacto ou com ferida cirúrgica, observação do penso cirúrgico no caso da cesariana, questionava-se também sobre as eliminações vesical e intestinal, pesquisa de presença de edema, etc.), era feita nas primeiras horas até o primeiro levante, mas também no início de cada turno, como forma de rastrear alterações ou possíveis anormalidades e prevenir complicações.

O primeiro levante da puérpera é realizado na presença do enfermeiro. No caso de parto vaginal, e caso a puérpera esteja hemodinamicamente estável, este é realizado 6 horas após o parto, no caso de parto por cesariana, o levante é realizado 12 horas após a intervenção cirúrgica.

No pós-parto realizou-se também ensinamentos relativamente, a alimentação e aporte de nutrientes adequados e sua importância, exercício físico, incluindo a forma correta da realização dos exercícios de Kegel e sua importância, repouso, sexualidade, cuidados de higiene perineais, características dos lóquios e quando fogem da normalidade, consulta do pós-parto e amamentação (pega e posição correta do RN, sinais de fome e saciedade, formas de prevenir o ingurgitamento mamário e a mastite).

Relativamente aos cuidados aos RN, foi importante a realização de ensinamentos relacionados aos cuidados de higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, alimentação (alimentação exclusivamente ao seio materno, mista e alimentação com leite adaptado), cuidados e estratégias nas situações de cólicas, eliminação (vesical e intestinal), transporte do RN, peso do RN, vacinação, realização do teste de Guthrie e consultas de rotinas (idas ao Pediatra e a enfermeira de família).

O objetivo da realização desses ensinamentos, é ajudar a mulher a ficar autônoma e independente em relação aos cuidados com o RN.

Em todo o processo era sempre importante incluir o pai, incluindo ele no processo de cuidar.

Antes da pandemia do Covid 19, no serviço de Obstetrícia, era possível, a participação do pai na prestação de medidas de conforto e higiene ao RN, nomeadamente o banho, o que de certa forma contribuía para o fortalecimento do vínculo.

No caso da puérpera com patologia, as práticas clínicas e os ensinamentos, eram adaptados conforme cada caso. No serviço existem protocolos direcionados a puérpera com patologia, o que por sua vez, contribuiu para a uniformização dos cuidados.

O cuidado nesse caso era direcionado sobretudo para a vigilância das sintomatologias e controlo da glicémia capilar (antes das principais refeições nas primeiras 24 horas após o parto e, posteriormente, apenas em jejum) e do RN (na 2.<sup>a</sup> hora, 4.<sup>a</sup> hora e 6.<sup>a</sup> hora de vida).

**e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.**

O climatério “é o período da vida da mulher de transição entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros) que no seu conjunto caracterizam a “síndrome climatérica”.” (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016, pp. 13-14)

Durante o ENP, o contato foi bem reduzido, realização do acolhimento e internamento da utente, prestar o apoio emocional necessário e vigilância foram algumas das práticas clínicas desenvolvidas, quando se tinha contato com mulheres durante o período de climatério.

**f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

O serviço de urgências do serviço de Obstetrícia, abrangia urgências obstétricas e urgências ginecológicas. O que permitiu ter contatos com mulheres com doenças do foro ginecológico. Foram desenvolvidas atividades como, colaboração com a equipa multidisciplinar em situações de urgência de ginecologia, encaminhamento das mulheres com necessidade de internamento, avaliação e vigilância do bem-estar da mulher, monitorização de sinais vitais, realização de exame físico da utente.

No serviço de Obstetrícia por norma, não se efetuava o internamento de mulheres com doença do foro ginecológico, em longo prazo, uma vez que pois existe o serviço de ginecologia, propício para esses internamentos. Mas, no entanto, no serviço de Obstetrícia também recebia utentes com doenças do foro ginecológico, para um internamento de curto prazo. Perante essas circunstâncias, teve-se a oportunidade de prestar cuidados a mulheres com gravidez ectópica, curetagem (por aborto retido ou aborto incompleto), DIP e histerectomia total.

**g) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**

Essa competência foi adquirida em no contexto de cuidados de saúde primários, nas

aulas de preparação para o parto. Onde teve-se a oportunidade da realização de aulas teóricas e abordar temáticas, como, o trabalho de parto/parto, a amamentação, cuidados aos RN, o puerpério e tudo que envolve o pós-parto.

#### **4. ESTUDO EMPÍRICO**

##### **Cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no parto humanizado.**

A gestação é um período no qual a mulher passa por um processo de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões. De início, ocorre a uma nova definição de papéis, e a mulher passa a ser vista de forma diferente. A primípara, que antes era vista apenas como filha e mulher, passa agora a ser reconhecida como mãe; na múltipara também há mudanças, pois, ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois ou mais. (Mota, 2010)

Nesse sentido, faz-se necessária uma assistência adequada, onde a mulher possa ser acompanhada desde o período pré-natal até ao desfecho da gestação, para que possa assim sentir-se participante do processo de trabalho de parto e parto.

Até o século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico, já que ficava a cargo das parteiras. No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto num evento controlado, o que se efetivou na primeira metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar se foi alterando e sendo extinto paulatinamente. Assim, a criação de hospitais específicos para a realização do parto – as maternidades – foi um evento do fim do século XIX. A construção de maternidades objetivava criar um espaço tanto de prática da medicina como um lugar onde as mulheres sentissem segurança para parir. (Maia, 2010)

Ao longo do tempo, o partejar sofreu inúmeras mudanças. No final do século XIX, as mulheres pariam seus filhos com o auxílio de parteiras, no seu próprio domicílio. A presença dos médicos era solicitada somente quando havia alguma intercorrência na hora do parto. Gradualmente, foram sendo introduzidas novas práticas no processo do parto, tornando - o medicalizado. (Possati et al., 2017, p.2)

Após a segunda guerra mundial, no século XX, com os avanços técnico-científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação e o nascimento tornaram-se eventos hospitalares, nos quais eram utilizados meios tecnológicos e cirúrgicos. Nessa época, a Igreja e o Estado começaram a preocupar-se também com as questões relacionadas com

a saúde e os cuidados da população. A partir dessas modificações, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização contribuíram para um novo cenário do parto, no qual a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e a sua autonomia deixou de ser respeitada. Os profissionais de saúde, conseqüentemente, passaram a ganhar destaque ao realizar esses procedimentos e tornaram-se os principais protagonistas deste evento. (Possati, et al, 2017, p.5)

A assistência ao parto e nascimento tem sido sinalizada, pela adesão de práticas intervencionistas, como o uso de medicações e outros procedimentos para apressar ou controlar o processo natural do parto, além das elevadas taxas de cesarianas. A execução frequente e em excesso dessas intervenções não recomendadas e sem claras evidências sobre este processo, que deve ocorrer de modo fisiológico, podem ocasionar implicações desfavoráveis maternas e perinatais. (Alencar, et al., 2019, p.377)

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) viria propor uma mudança e reformulação dos paradigmas de assistência pautada no modelo biomédico, marcando o início da era da humanização do parto e nascimento com o “Guia de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Sendo assim, este novo paradigma apresenta-se com ênfase no respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, prezando por intervenções respeitadas e cuidadosas, sem excessos, utilizando recursos tecnológicos de acordo com critérios preestabelecidos. (Araújo & Soares, 2019, p. 209)

É importante ressaltar, que a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto deve ser, por meio de uma relação de confiança com a mulher, ajudando a diminuir os seus medos e ansiedades no período do desenvolvimento do trabalho de parto, em que a privacidade da mulher, o bem-estar físico e emocional, favorece a redução dos riscos e complicações. O conforto que é proporcionado e a segurança que é transmitida durante o trabalho de parto, transforma o nascimento num momento único e especial na vida da mulher. (Silva, 2019)

Para que um parto seja considerado natural, deve ocorrer sem intercorrências ou procedimentos dispensáveis no processo do trabalho de parto, parto e pós-parto. Além disso, deve-se manter uma constante atenção voltada para o bem-estar, segurança e direitos da parturiente e do bebê, o que chamamos de parto humanizado. Esse termo aplica-se quando ocorre uma assistência de qualidade, com olhar holístico e quando se aplica naquele momento a ternura, o carinho e a dignidade de que o evento necessita. (Alencar, 2019, p.378)

### **Mas afinal o que é o parto humanizado?**

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de trabalho de parto/parto e, compreende:

- o parto como um processo natural e fisiológico;
- o respeito dos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- a disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade, a insegurança e outros temores;
- a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- a informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto;
- o espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje;
- o direito da mulher na escolha do local de nascimento e coresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

(Ministério da Saúde do Brasil, 2000)

Humanizar a assistência ao parto e ao nascimento implica em mudança de atitudes e de condutas, por meio de uma assistência que garanta o respeito e a sensibilidade com o trinômio mulher-criança-família. A humanização precisa ir além de tratar bem as pessoas, envolvendo a valorização dos sujeitos e o respeito pelas suas singularidades. (Gomes, Oliveira & Lucena, 2020, p.181)

O termo humanizar remete-nos a uma assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao respeito dos direitos do paciente, da sua subjetividade e referências culturais, como também a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipas. (Batista, et al., 2021, p.7)

A humanização da assistência traduz a necessidade de mudanças na compreensão do parto, como experiência humana e, para quem o assiste, uma transformação “no que fazer e que horas fazer”, diante do sofrimento do outro. (Souza et al., 2011)

A humanização do parto representa uma nova maneira de assistir a mulher, a criança e a família, é estar sempre ao lado, prestando-lhes o suporte necessário de forma individualizada, garantindo, assim uma melhor integralidade da assistência para

mãe/bebê. É saber identificar os riscos antes que eles ocorram para que se possa garantir ao ser humano o direito à “vida”. (Batista, et. al. 2021)

Compreender o significado da humanização do parto e suas implicações positivas na vida da mulher é ter um posicionamento voltado para a atenção a grávida/família. Nesse sentido, para que o profissional de saúde possa oferecer um parto e nascimento humanizados, em primeiro lugar, faz-se necessário dar voz às parturientes, ouvir suas queixas, seus anseios, suas dúvidas e expectativas e, a partir disso, delinear as mudanças necessárias no cenário do parto. (Gomes, et.al. 2020)

O parto humanizado desenvolve sua prática, baseando-se nas melhores evidências científicas disponíveis e desincorpora o modelo tecnocrático que valoriza a utilização de condutas invasivas desnecessárias e danosas. (Alencar, et al., 2019)

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. Diante disso, a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança de como agir diante do sofrimento do outro humano, é nesse momento que o profissional de saúde precisa repassar segurança para a paciente e família. (Alencar, et al., 2019)

### **O papel do EESMO na promoção do parto humanizado**

A humanização da assistência obstétrica e neonatal, nas últimas décadas, tem alcançado progressos nas políticas públicas de atendimento e na prática assistencial. Contudo, a manutenção desses e de novos avanços, dependem muito do compromisso dos profissionais de saúde, da divulgação aos usuários e do reconhecimento dessa assistência como direito de todos. (Barbosa, 2010)

A enfermagem atua proporcionando à mulher, durante o parto, maior segurança e conforto, sempre com uma escuta ativa e atenciosa. A criação de vínculo com a utente é primordial para perceber as suas necessidades e, então, saber quais as ações a serem realizadas. O enfermeiro reconhece a relevância da prestação de uma assistência adequada e de qualidade, por isso procura sempre proporcionar a mulher segurança, reconhecendo fatores que geram stresse, como a dor, criando um ambiente de cuidado e conforto tanto para parturiente como para a família. (Alencar, et. al. 2019)

Especificamente, os EESMO são considerados, pela Organização Mundial da Saúde, os profissionais mais apropriados no acompanhamento das gestações e partos normais por possuírem características menos intervencionistas no seu cuidado. (Pereira, et al., 2016)

A enfermagem vem cada vez mais construindo uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente. (Pereira, et al., 2016)

As ações que o profissional de enfermagem realiza de forma efetiva no cuidado à gestante tornam-se humanizadas quando contribuem para o respeito e a valorização da mesma. O uso de práticas que não afetem na fisiologia do parto e que estão em acordo com o que é preconizado pela OMS, qualifica o cuidado prestado e valoriza o trabalho desenvolvido pelos EESMO, além de reduzir a utilização de práticas intervencionistas sem a adequada indicação clínica e respaldo científico. (Carvalho & Silva, 2019)

### **Recomendações da OMS**

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elencou novas recomendações para garantir que grávidas saudáveis tenham uma experiência positiva na hora do parto natural/ humanizado. Recomendações que por sua vez, propõem uma mudança de paradigma, mudanças essas para enfatizar o direito da parturiente. Elenca um conjunto de novas recomendações para uma experiência de parto positiva “*WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience*”.

As recomendações apresentadas nesta diretriz não são específicas de país ou região e reconhecem as variações que existem globalmente quanto ao nível de serviços de saúde disponíveis dentro e entre os países. A diretriz destaca a importância do cuidado centrado na mulher para otimizar a experiência do trabalho de parto e parto para as mulheres e seus bebês por meio de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. (OMS, 2018)

A nova diretriz da OMS inclui 56 recomendações (Anexo1) baseadas em evidências sobre quais os cuidados que são necessários durante o trabalho de parto e imediatamente após para a mulher e seu bebê.

As 56 recomendações sobre cuidados durante o parto: 26 delas são recomendações recém-desenvolvidas e 30 são recomendações integradas a partir de diretrizes existentes

da OMS. As recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de cuidados intraparto para o qual são relevantes, nomeadamente, cuidados gerais durante o trabalho de parto e parto, cuidados durante a primeira fase do trabalho de parto, cuidados durante a segunda fase do parto, cuidados durante a terceira fase do trabalho de parto, cuidados imediatos ao recém-nascido e os cuidados imediatos à mulher após o nascimento. (OMS, 2018)

As recomendações da OMS, para uma experiência de parto positivo, são recomendações que visam, promover a autonomia, o respeito, o empoderamento da mulher durante o trabalho de parto/parto, respeitar a fisiologia do parto, humanizar os cuidados e intervencionar o menos possível. Sendo assim as recomendações para uma experiência positiva de parto, serão as mesmas para um parto humanizado, uma vez que têm os mesmos princípios e finalidades.

Entre outros aspetos, a OMS (2018), inclui: ter um companheiro de escolha durante o trabalho de parto e parto; garantir atendimento respeitoso e boa comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde; manter a privacidade e a confidencialidade; e permitindo que as mulheres tomem decisões sobre o controlo da dor, posições de trabalho de parto e parto e necessidade natural de empurrar, entre outros.

As recomendações selecionadas para este estudo, foram:

**Recomendação 1 – Cuidados de maternidade respeitosos** - que se referem a cuidados organizados e oferecidos a todas as mulheres de modo que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade - garante a ausência de danos e maus-tratos e possibilita a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto. (OMS, 2018)

**Recomendação 2- Comunicação efetiva** entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos adequados para cada cultura. (OMS, 2018)

**Recomendação 3- Um companheiro de escolha** é recomendado para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto e do parto. (OMS, 2018)

Foram selecionadas essas três recomendações porque, nelas encontra-se presente os princípios fundamentais do parto humanizado (respeito, mulher/família no centro dos cuidados, apoio de um acompanhante, autonomia e empoderamento da mulher na tomada de decisão) são consideradas pela OMS (2018), cuidados gerais na atenção ao parto (se aplicam em todas as fases/estágios do trabalho de parto) e se aplicam em qualquer contexto obstétrico.

O EESMO por sua vez, deve seguir essas recomendações para proporcionar à mulher e à família uma assistência humanizada na hora do trabalho de parto/parto.

### **Justificação da escolha da temática.**

O despertar pelo interesse na temática, está intimamente ligado a situações vivenciadas no âmbito do ensino clínico em Saúde Materna e Obstetrícia desenvolvido durante a Licenciatura, ensino clínico este que decorreu no meu país de origem, Cabo Verde.

Mas também, é necessário compreender o papel do EESMO e a sua contribuição para que a humanização do parto seja colocada em prática na rotina hospitalar.

A humanização da assistência faz-se importante na medida em que garante que o parto seja um momento único, vivenciado da melhor forma possível, tornando-o um momento enriquecedor e positivo. A realização de procedimentos que tenham o seu benefício comprovado, a redução de intervenções, a manutenção da privacidade, preservação da autonomia e o respeito pela parturiente fazem com que isso seja possível.

Daí a necessidade de compreender o papel do EESMO no processo de empoderamento da mulher, não só durante o parto, assim como em todo o processo de gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Sendo assim, este estudo torna-se relevante, tanto para os profissionais que atuam na área ou se encontram envolvidos com a temática, como para o público que se interessa em aprofundar mais sobre a temática, para que seja possível avaliar como tem sido a evolução dos cuidados dos EESMO para o empoderamento das mulheres durante o parto.

Vale lembrar que é extremamente importante que o enfermeiro faça parte, acolha e acompanhe a grávida de melhor forma, fazendo-a sentir-se segura, pois autores afirmam que há uma necessidade do acompanhamento para a mulher que se encontra em trabalho de parto, independentemente do tipo.

O interesse pelo objeto em estudo também emergiu do princípio de que o parto tem um impacto e um potencial enorme para a saúde da mulher. Deste modo, optei por estudar este problema, de forma a estabelecer um contributo para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades específicas de cada mulher/casal, com o intuito de facilitar o processo de parto e, fundamentar a tomada de decisão, centrado na prática baseada na evidência.

## **4.1. Objetivos:**

Geral:

- Identificar a melhor prática do EESMO no parto humanizado.

Específicos:

- Identificar as vantagens do parto humanizado.
- Identificar as recomendações baseadas na evidência científica para o parto humanizado.

## **4.2. Metodologia**

### **4.2.1. Tipo de estudo**

Para a realização do trabalho, foi efetuada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL).

As revisões da literatura têm sido cada vez mais utilizadas pelos profissionais de saúde para assimilar os resultados dos estudos no âmbito dos cuidados de saúde. Entre as várias revisões, a RSL é definida como um método sistemático, explícito e reproduzível que permite identificar, avaliar e sintetizar os estudos realizados por investigadores, académicos e profissionais de saúde. Esta metodologia parte de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos, além disso, permite colher e analisar os dados dos estudos que foram incluídos na revisão. (Sousa et al., 2018)

A revisão sistemática caracteriza-se, por conseguinte, por empregar uma metodologia de pesquisa com rigor científico e de grande transparência, cujo objetivo visa minimizar o enviesamento da literatura, na medida em que é feita uma recolha exaustiva dos textos publicados sobre o tema em questão. (Ramos, et al., 2014, p.17)

A utilização da RSL, possibilita "fazer um balanço" e ter a fotografia do conhecimento produzido até ao momento, identificar oportunidades, ainda não exploradas, e realizar um projeto de investigação inovador, em síntese possibilita conhecer o "estado de arte". Por outro lado, esta permite verificar uma hipótese específica, de modo a seleccionar ferramentas, instrumentos ou escalas que são úteis para conduzir a investigação e ainda conhecer lacunas nos estudos, indicar tópicos inexplorados ou ajudar a formular

questões de investigação. (Sousa et. al., 2018)

As características essenciais de uma RSL são: definição clara dos objetivos com base em critérios de elegibilidade pré-definidos para estudos; metodologia explícita e reprodutível; procura sistemática que tenta identificar todos os estudos que cumpram os critérios de elegibilidade; avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos, por exemplo, através da avaliação do risco de viés; e apresentação sistemática e síntese das características e dos achados dos estudos incluídos. (Sousa et. al., 2018)

A opção pela RSL fundamenta-se por este tipo de investigação, para além de ser uma ferramenta indispensável à prática baseada em evidência, assumir como principal objetivo identificar, avaliar e sintetizar os resultados de estudos científicos relevantes para dar resposta a uma questão de partida que resulta da interação do profissional com a prática clínica. Para a disciplina de Enfermagem, este tipo de investigação é um recurso valioso porque proporciona a recolha de informações relevantes para a tomada de decisão, faculta a síntese do conhecimento mais atual e promove cuidados sustentados em evidências que garantem a otimização dos resultados em saúde (Peixoto, Peixoto, Santos & Pinto, 2016) o que neste estudo é essencial relativamente ao parto humanizado.

Para a elaboração da RSL, é preciso seguir algumas etapas/fases fundamentais, definidas por segundo Galvão e Pereira (2014): a primeira etapa é a elaboração da pergunta de pesquisa; segunda etapa são as pesquisas bibliográficas; a terceira etapa é a de seleção dos artigos; a quarta etapa é a extração dos dados; a quinta etapa é a avaliar a qualidade metodológica; a sexta etapa é sintetizar os resultados; a sétima etapa é avaliação da qualidade das evidências; a oitava e última etapa é a publicação dos resultados.

#### **4.2.2. Questão de investigação**

O primeiro passo para elaborar um estudo de RSL é a formulação da questão problema, que se considera um passo fulcral, pois funciona como linha orientadora da investigação. (Galvão & Pereira, 2014)

A questão de investigação segundo a metodologia PICO deve descrever a população (P), o tipo de intervenção (I) e as comparações (C) entre diferentes intervenções e os resultados esperados (O). Este formato de questão tem o acrónimo PICO. (Galvão & Pereira, 2014).

Na Tabela seguinte encontra-se a aplicabilidade da estratégia anteriormente mencionada (PICO) para melhor compreensão da aplicação relativamente ao estudo.

**Tabela. Componentes da pergunta de pesquisa, seguindo-se o anagrama PICO**

P (Participantes/População)	I (Intervenção- Fenómeno de interesse)	C (Comparações)	O- Outcomes/Resultados
Parturientes e puérperas	Parto humanizado	Parto não humanizado	A melhor prática no parto humanizado

Através da aplicação da estratégia PICO foi possível formular a questão de investigação: “Qual a melhor prática do EESMO, no parto humanizado?”

#### 4.2.3. Amostra

Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão, devem ser identificados de modo claro e objetivo, contudo, podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos durante a elaboração da RSL. (Galvão & Pereira, 2014)

- **Critérios de Inclusão:**

Artigos:

Originais;

De acesso livre em texto integral;

Publicados em idioma português, inglês e espanhol;

Estudos com qualidade metodológica elevada;

Publicados entre os anos de 2010 a 2021 referente, à melhor prática do EESMO no parto humanizado.

- **Critérios de exclusão:**

Artigos de opinião.

#### **4.2.4. Procedimentos e métodos na recolha de dados.**

Para a obtenção dos artigos foi utilizada a seguinte estratégia de pesquisa, efetuou-se a pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, *Scientific Electronic Library Online*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde, MedicLatina, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. A pesquisa foi realizada nos meses dezembro de 2020 a janeiro de 2021, e teve como referência as seguintes palavras-chave: parto humanizado, parto natural, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, obstetrícia e empatia.

A seleção dos termos de pesquisa foi controlada com base nos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), recorrendo ao operador booleano de combinação restritiva AND. As palavras-chave incluídas na pesquisa foram especificamente:

“Humanizing Delivery” AND “Nurse Midwives”

“Natural Childbirth” AND “Nurse Midwives”

“Empathy” AND “Obstetrics”

A avaliação da qualidade metodológica do estudo e a respetiva atribuição dos níveis de evidência (NE) foi feita através da escala de *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (CEBM, 2009), que classifica os estudos de acordo com NE e graus de recomendação. (Anexo II)

Face a isto, obtive 65 artigos. Desses 65 artigos, após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 40 artigos, pois não estavam relacionados com a temática. Na primeira avaliação incluí no total 25 artigos, para a realização da leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra, foram excluídos 15 artigos por não apresentarem relação entre os descritores. Desta forma foram selecionados 10 artigos para a revisão sistemática, conforme ilustrado pela figura abaixo.

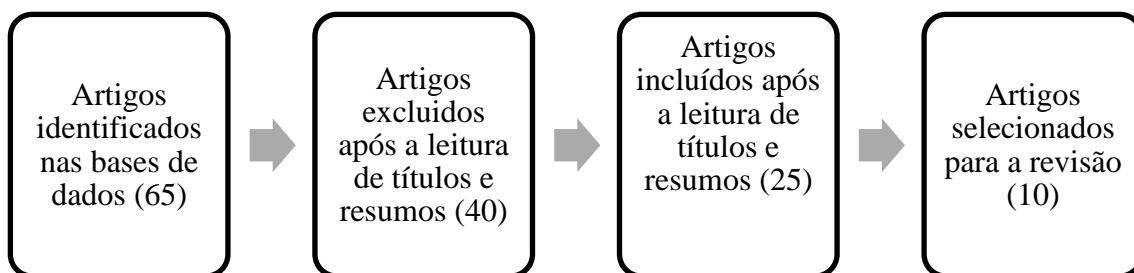


Figura 1. Triagem da seleção de artigos para a RSL

#### 4.2.5. Procedimentos de análise dos dados

Para análise dos dados, a opção recaiu sobre a construção de tabelas, para fazer uma melhor exposição das informações mais pertinentes dos artigos selecionados. Com o objetivo de assegurar que o estudo tenha reprodutibilidade.

Para que, deste modo, consiga efetuar uma síntese de evidência científica constante em cada artigo.

Para cada estudo foram abrangidas as seguintes informações: título, autores, ano, objetivo, metodologia, principais resultados, conclusões e o nível de evidência.

### 4.3. Apresentação dos resultados

A amostra final dos estudos foi ordenada numericamente, por ano de publicação (do mais antigo ao mais recente) de forma a facilitar a sua referência ao longo deste trabalho.

**Tabela 1. Evidências relativamente ao artigo 1**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Bruggemann, O.M.; Parpinelli, A.M.; Duarte, M.J.; Cecatti, J.G.; Neto, A.C. (2010)	Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado	Conhecer a influência do acompanhante sobre a satisfação da mulher com a experiência do trabalho de parto/parto e sobre os resultados maternos, perinatais e de	Tipo de estudo: ensaio clínico controlado randomizado Ano: fevereiro/2004 a março/2005 Local: Campinas-Brasil (num centro hospitalar) Amostra: 212 primíparas (105 no grupo de intervenção - com acompanhante e 107 no de controle, sem acompanhante).	As parturientes que tiveram acompanhantes, tiveram uma experiência de parto positiva e maior satisfação em comparação as do grupo-controlo (sem acompanhante). A orientação por parte dos profissionais de saúde no trabalho de parto, o cuidado e a	Este estudo representa uma importante contribuição para a implementação da legislação atualmente em vigor no Brasil, conhecida como “Lei do acompanhante”.	Nível I

		aleitamento, nas primeiras 12 horas após o parto.		atenção recebida no trabalho de parto e parto, e o tipo de parto também influenciaram na satisfação das parturientes (grupo de intervenção).		
--	--	---	--	--	--	--

**Tabela 2. Evidências relativamente ao artigo 2**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Cortés, M.S. Barranco, A.D., Jordana, M.C., Roche, M.E. (2015)	Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado.	Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos Planos de Parto e Nascimento no contexto estudado, comparando o processo de parto e sua finalização entre as mulheres que apresentaram e as que não apresentaram um Plano de Parto e	Tipo de estudo: Estudo de coorte quantitativo, transversal, observacional descritivo comparativo; Data: realizado durante um biênio (janeiro de 2011 e dezembro de 2012). Amostra: todas as mulheres que pariram (no Hospital Clínico Universitário	Ao fazer a comparação do processo do parto e sua finalização entre as mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento, foi observada uma diferença significativa em 7 variáveis ( $p \leq 0,005$ ). “Contato pele a pele 27,4%, contra 60,41% nos partos em que foi apresentado um Plano de Parto e Nascimento. Escolha da posição de parir 48,1% contra 62,5%; Enema 6,8% contra	O Plano do Parto e Nascimento influenciou positivamente o trabalho de parto e sua finalização, fazendo com que haja um das dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento	Nível II

		Nascimento.	Murcia-Espanha) no período estudado, incluindo 9303 mulheres. Local: Murcia-Espanha	10,4%; Hidratação e nutrição 33% contra 42%; Partos normais 73,8% contra 81,66%; Clampeamento tardio do cordão 63,1% contra 78,3%; Tricotomia 12% contra 16,6%.		
--	--	-------------	--	---	--	--

**Tabela 3. Evidências relativamente ao artigo 3**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
McLachlan, H.L. <i>et. al.</i> (2015)	The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial  O efeito dos cuidados primários conduzidos por parteiras na experiência das mulheres no parto: resultados do ensaio clínico randomizado	Determinar o efeito dos cuidados primários conduzidos por parteiras nas experiências de partos das mulheres	Tipo de estudo: Ensaio controlado randomizado. Amostra: 2.314 grávidas de baixo risco. Local: Hospital terciário para mulheres em Melbourne, Austrália. Ano: setembro de 2007 e junho de 2010	As mulheres no grupo de casos foram mais positivas sobre sua experiência geral de parto do que as mulheres no grupo de cuidados padrão (odds ratio ajustada 1,50, IC 95% 1,22-1,84). Essas mulheres também sentiram mais autonomia durante o trabalho de parto. Menos ansiedade e mais	Comparando com os cuidados de maternidade prestado por um enfermeiro que não seja especialista na área da Obstetrícia, o enfermeiro especialista é um fator muito importante para aumentar as chances da mulher ter uma experiência positiva durante o TP/parto.	Nível I

	controlado			propensas a ter uma experiência positiva em relação a dor.		
--	------------	--	--	--	--	--

**Tabela 4. Evidências relativamente ao artigo 4**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Silva, T.P.R.; Dumont-Pena, E., Sousa, A.M.M.; Amorim, T.; Tavares, L.C.; Nascimento, D.C.P. et. al. (2018)	Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado.	Avaliar a associação da Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento em maternidades	Tipo de estudo: Estudo transversal. Amostra: 666 mulheres selecionadas por ocasião da realização de parto. Local: Belo Horizonte-Brasil (nas maternidades públicas e privadas). Data: a colheita de dados foi feita de novembro de 2011 a março de 2013. Instrumento de	As práticas obstétricas realizadas pelos profissionais que assistiam o processo de TP e parto, foram criadas seguindo recomendações da OMS e do Ministério da Saúde e foram organizadas em três categorias: Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas Oferecimento de dieta (p=0,032); Liberdade de movimentação e movimento (p=0,289);	Fica visível, a relevância da Enfermagem Obstétrica na busca da fisiologia no trabalho de parto/parto, além das tecnologias relacionadas à humanização da assistência ao parto, potencializa a voz da mulher no processo de parto	Nível V

			<p>recolha de dados: entrevista às puérperas, pelo menos 6 horas após o parto uso de questionário (variáveis de identificação sociodemográficas, antecedentes clínicos)</p>	<p>Presença de acompanhante (p=0,315);  Uso de partograma (p=1,000);  Métodos Não Farmacológicos (MNF) para alívio da dor, p=0,012);  Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:  Enema (p=0,015);  Tricotomia (p=0,015);  Manobra de Kristeller (p=0,156);  O estudo evidenciou que a presença da Enfermagem Obstétrica reduz substancialmente as taxas de intervenções realizadas.</p>	<p>e nascimento e adapta-se a sua prática obstétrica baseada em evidências científicas.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

**Tabela 5. Evidências relativamente ao artigo 5**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Taheri, M. et. al. (2018)	Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions.  Criando uma percepção positiva da experiência do parto: revisão	Identificar as intervenções bem-sucedidas atualmente disponíveis para criar uma percepção positiva da experiência do parto que pode prevenir o trauma psicológico do parto.	Tipo de estudo: Ensaios clínicos controlados randomizados. Data: 1994 a setembro de 2016. Amostra: Mulheres grávidas ou férteis de baixo risco. Instrumento de recolha de dados: escala PEDRO e a ferramenta Cochrane de risco	As estratégias bem-sucedidas para criar uma percepção positiva da experiência do parto foram apoiar as mulheres durante o parto (Razão de risco = 1,35, intervalo de confiança de 95%: 1,07 a 1,71), cuidados durante o parto com intervenção mínima (Razão de risco = 1,29, intervalo de confiança de 95%: 1,15 a 1,45) e preparação e prontidão para o parto para complicações (diferença média = 3,27, intervalo de confiança de 95%: 0,66 a 5,88).	Apoiar as mulheres durante o parto, cuidados durante o parto com o mínimo de intervenção e preparação para o parto, são as estratégias mais eficazes para criar uma experiência de parto positiva.	Nível I

	<p>sistemática e meta-análise das intervenções pré-natal e intraparto</p>		<p>de viés foram utilizadas para avaliação de qualidade. Local: Irão</p>			
--	---	--	--	--	--	--

**Tabela 6. Evidências relativamente ao artigo 6**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Inagaki, A.D.M.; Lopes, R.J.P.L.; Cardoso, N.P. <i>et al.</i> (2018)	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, e parto e nascimento.	Tipo de estudo: Estudo quanti-qualitativo, transversal, descritivo, Amostra: 373 puérperas com idade média de 26 anos, pardas, com baixa escolaridade e baixa renda Data: a colheita de dados ocorreu no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Instrumento de	Houve associação significativa entre a presença do acompanhante (p= 0,04) e liberdade para fazer perguntas; baixa escolaridade (p = 0,03) e menor informação; parto vaginal (p = 0,006) e	Esse estudo, evidenciou que mulheres não brancas, sem acompanhantes, com menor escolaridade e com parto vaginal tiveram seus direitos menos assegurados, demonstrando, assim, desigualdade no atendimento, o que reduziu a satisfação quanto à assistência recebida no trabalho de parto, parto e nascimento.	Nível V

			<p>recolha de dados (IRD): Um formulário que abrangia dados socioeconômicos e história obstétrica pregressa e atual. As informações foram obtidas por meio de entrevista e análise documental realizada pelos pesquisadores.</p> <p>Local: maternidade estadual localizada no município de Aracaju, Sergipe- Brasil</p>	<p>desrespeito por parte dos profissionais; mulheres brancas e presença do acompanhante com maior satisfação (p = 0,04). Quanto à percepção para melhoria da assistência, emergiram as categorias: ambiência, privacidade, informação, respeito, garantia do</p>		
--	--	--	---	--	--	--

				acompanhante e desejo pela cirurgia cesariana.		
--	--	--	--	---	--	--

**Tabela 7. Evidências relativamente ao artigo 7**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Silva, E.A.; Pereira, A.M.M.; Dantas, S.L.C.; Soares, P.R.A.L.; Melo, L.P.T.; Costa, N. <i>et al.</i> (2021)	Conhecimento de puérperas sobre Boas práticas em centro de parto	Analisar o conhecimento das puérperas acerca das boas práticas realizadas por enfermeiros na assistência ao parto e nascimento	Tipo de estudo: Estudo transversal Local: centro de parto normal e puerpério, de um hospital municipal no Estado do Ceará, no Nordeste brasileiro. Data: entre agosto e novembro de 2018. Amostra: 204 puérperas internadas com idade igual ou superior a 18 anos.	O conhecimento reduzido no que se refere às práticas não farmacológicas para o alívio da dor revela-se, apesar de não ter sido apresentada uma significância entre a ocupação e o conhecimento das puérperas acerca do alívio da dor, que o maior desconhecimento foi entre mulheres	As puérperas consideram como boas práticas durante o TP/parto, ter autonomia para ficar nas posições que promovem o maior conforto durante o trabalho de parto e parto, uso de práticas para alívio da dor e direito a se ter um acompanhante.	Nível V

			<p>IRD: aplicação de um formulário estruturado, aplicado individualmente a todas as puérperas.</p>	<p>que estavam desempregadas (14,8%) e, por sua vez, as que mostraram o maior conhecimento estavam empregadas (31,2%).</p> <p>Práticas não farmacológicas para o alívio da dor usadas: 90,7% usou a respiração como meio de relaxamento e alívio da ansiedade.</p>	
--	--	--	--	--	--

**Tabela 8. Evidências relativamente ao artigo 8**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Gonzalez, P.R. <i>et.al</i> (2021)	Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização	Analisar as experiências das puérperas acerca das práticas profissionais desenvolvidas na atenção ao parto à luz do aporte teórico da humanização	<p>Tipo de estudo: pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa;</p> <p>Local: sul do Brasil;</p> <p>Amostra: 10 puérperas que vivenciaram parto vaginal;</p> <p>IRD: entrevista semiestruturada;</p> <p>Data: setembro e novembro de 2019.</p>	<p>As dez puérperas entrevistadas estavam na faixa etária entre 20 e 35 anos e encontravam-se entre o 11º e o 42º dia de pós-parto, e todas realizavam acompanhamento puerperal.</p> <p>Mediante análise dos achados, estes foram organizados em duas categorias. A primeira foi denominada “Práticas que se aproximaram da humanização do parto” (presença do acompanhante, de tal forma que promove segurança à mulher, à utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Nesse sentido, a hidroterapia, a deambulação e os exercícios de relaxamento e agachamento foram</p>	As experiências das puérperas foram marcadas, por condutas profissionais prejudiciais, ineficazes e sem evidência científica.	Nível V

				<p>mencionados como técnicas utilizadas durante o processo vivenciado pelas puérperas entrevistadas, O contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho) e a segunda “Práticas que se distanciaram da humanização do parto” (a tricotomia, uma das participantes alegou que não teve a possibilidade de ter acompanhante, a cateterização venosa profilática e a infusão intravenosa de solução fisiológica e/ou de ocitocina, a questão da falta de hidratação e nutrição, exames vaginais repetidos, à amniotomia, Manobra de Kristeller, a prática de episiotomia)</p>	
--	--	--	--	---	--

**Tabela 9. Evidências relativamente ao artigo 9**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Silva, L.F. <i>et.al.</i> (2021)	Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas	Analisar a frequência da realização das boas práticas obstétricas em maternidades-escolas	Tipo de estudo: Estudo descritivo, retrospectivo e documental, abordagem quantitativa;  Amostra: prontuários, fichas de atendimento obstétrico e livros de registo utilizados durante o acolhimento da grávida até o parto no período de janeiro a junho de 2016 Foram analisados 428 prontuários, de março a abril de 2017 com uma média de 214 prontuários por	90,91% das parturientes possuíam acompanhante, 81,82% alimentou-se, 82,50% pariu em posição verticalizada e 83,12% teve contato pele a pele. O clampeamento precoce apresentou-se em 28,90%, e 44,17% usaram	As realizações das boas práticas obstétricas ocorrem de forma mais criteriosa em alguns casos, mas ainda é necessária uma adequação da assistência para uma experiência positiva e satisfatória do parto.	Nível V

			<p>mês</p> <p>Local: a pesquisa foi realizada em duas maternidades-escolas do Nordeste brasileiro.</p>	<p>ocitocina sintética. Foram observados a amniotomia (15,00%), o uso do partograma (37,50%) e aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor (43,18%).</p>	
--	--	--	--	---	--

**Tabela 10. Evidências relativamente ao artigo 10**

Autor/data	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Artigo 10 Silva, L.R. <i>et.al.</i> (2021)	Efeito da aplicação de tecnologia educativa para orientação de acompanhantes de parturientes: estudo randomizado controlado	Avaliar o papel do acompanhante e durante os processos de trabalho de parto e parto, comparando a influência do uso de uma tecnologia educacional	Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado (ECR), do tipo controlado, Amostra: 73 participantes (acompanhantes de mulheres em trabalho de parto ou em indução ao trabalho de parto internadas na clínica obstétrica da instituição)  Local: maternidade de referência em obstetrícia no	A comparação entre o grupo de controlo (GC) e o grupo de intervenção (GI) demonstra que não houve diferença estatística significativa em relação ao nível de apoio oferecido à parturiente (p=0,48) e à satisfação com o parto (p=0,19). Contudo, evidencia-se que houve diferença estatística significativa na avaliação dos acompanhantes quanto à insegurança em acompanhar (p=0,00) e à preocupação em relação ao estado de saúde da parturiente (p=0,00). Observa-se, que vários acompanhantes utilizaram alguma técnica de apoio à parturiente, sendo mais presentes as técnicas de apoio	A intervenção educativa com intermédio do manual foi eficaz na instrumentalização do acompanhante para a realização de ações de apoio à mulher.	Nível I

			<p>estado do Ceará, Brasil.</p> <p>Data: julho a outubro de 2017</p> <p>IRD: questionário</p>	<p>físico e emocional. Na comparação entre os grupos, evidenciou-se que acompanhantes do GI realizaram mais ações de apoio físico, emocional e de intermediação.</p>		
--	--	--	---	--	--	--

Neste estudo foram incluídos dez artigos científicos com qualidade e evidência científica, 5 artigos de nível de evidência I e II (50%) e 5 artigos de nível de evidência V (50%). Os estudos incluídos foram publicados no espaço cronológico entre 2010 a 2021 e são referentes a estudos quantitativos e qualitativos. Nestes estudos a maioria das amostras são constituídas por mulheres em situação de gravidez, parto ou pós-parto, sendo também dois artigos referentes a amostras de profissionais de enfermagem pois era importante perceber as duas situações da temática em estudo. Quanto ao desenho do estudo destacam-se os ensaios clínicos randomizados com cinco artigos, um estudo de coorte e quatro artigos estudostransversais. Os seis estudos encontram-se em idioma português, um em espanhol e três inglês e um artigo em idioma espanhol. Foram realizados em diferentes países: Argentina, Brasil, Espanha e Irão.

Passo agora a apresentar uma síntese das recomendações encontradas em cada estudo (Tabela 12).

**Tabela 11. Tabela de recomendações após a análise dos estudos incluídos**

Autor	Recomendações
Bruggemann et. al (2010)	Respeitar a escolha da parturiente sobre o seu acompanhante, pois, este contribui para que a experiência do parto seja positiva para todos os envolvidos. Uma vez que a mulher sabe que tipo de apoio deseja, e qual a pessoa da sua rede social que tem condições de lhe proporcionar o que espera receber.
Cortés et. al. (2015)	Criação de políticas de saúde para o estímulo ao uso dos Planos de Parto e Nascimento entre as grávidas. O EESMO nos cuidados primários de saúde é o responsável por ajudar e acompanhar a grávida na elaboração desse documento.
McLachlan, et. al. (2015)	OS EESMO devem estar cada vez mais envolvidos no processo de trabalho de parto e parto, uma vez que suas intervenções podem melhorar as experiências de parto das mulheres.
Silva et. al. (2018)	A conduta ética e a comunicação efetiva entre todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto e as mulheres e suas famílias são ações essenciais que contribuem para a integralidade da assistência e podem implicar positivamente no sentimento de controle desse processo e na experiência desse evento tão particular.
Taheri et. al. (2018)	Apoiar as mulheres durante o parto, cuidar durante o parto com o mínimo de intervenção e preparação para o parto, são estratégias que devem estar presentes num parto humanizado.
Inagaki et.al. (2018)	Sugere-se que a adequada estrutura física e dimensionamento de pessoal qualificado sejam necessários para garantir a assistência baseada em evidências científicas, centrada na mulher e família visando à humanização da atenção ao parto e

	nascimento.
Silva et. al. (2021)	As instituições de saúde devem realizar práticas que possam informar e empoderar a mulher para o trabalho de parto e parto, evitando assim a desinformação por parte das mulheres que estão no ciclo gravídico-puerperal.
Gonzalez et.al (2021)	Inserção nas maternidades exclusivamente de enfermeiros obstetras na assistência ao processo de trabalho de parto/parto, uma vez que estes possuem as competências capazes de dar respostas as mais variáveis situações relacionadas ao processo de parto e parto.
Silva, L.F. et.al. (2021)	É imprescindível o envolvimento das instituições assistenciais, principalmente as formadoras de novos profissionais, no combate às práticas potencialmente prejudiciais, especialmente aquelas que devem ser extintas, como a manobra de Kristeller.
Silva, L.R. et.al. (2021)	Realização de atividades educativas de orientação ao parto em todos os níveis de cuidados, dentre eles o terciário; Atenção especial no acompanhante, pois a maioria das pesquisas sobre essa prática é focada somente nas mulheres e nos profissionais.

## **4.4. Discussão**

### **Discussão da metodologia**

A escolha pela elaboração de uma RSL, assenta no fato da RSL, como afirma Fortin (2009, p.87), permitir delimitar o problema de investigação, verificar as lacunas e fixar objetivos do estudo.

Galvão e Pereira (2014), também defendem a importância RSL, pois o investigador que pesquisa um determinado tema pode confrontar-se com resultados contraditórios, pelo que, no sentido de combater as controvérsias encontradas, pode apoiar-se apenas naqueles estudos que apresentam uma melhor qualidade metodológica sobre o assunto investigado.

A RSL mostra-se útil também por ser uma ferramenta/instrumento para a Prática Baseada em Evidências (PBE), para além de permitir ao pesquisador o desenvolvimento do conhecimento científico e de resultados com elevada evidência científica.

Esta abordagem metodológica permitiu dar resposta a uma inquietação da prática clínica na prestação de cuidados na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e identificar a melhor prática de enfermagem para o parto humanizado.

O crescente interesse em procurar evidências científicas destinadas a resolver problemas complexos tem trazido importantes contributos para a área da enfermagem. (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004)

Isso, por um lado, de acordo com Gaspar (2018), leva a uma avaliação crítica sistemática das informações disponíveis, que contribuem para a posterior tomada de decisão e, por outro, promove a incorporação das evidências encontradas na ação profissional diária, abrindo novos caminhos para a melhoria da prática clínica, equilibrando-a com a experiência clínica individual.

Quanto à origem dos artigos, ela é vasta, o que possibilitou e garantir que há uma grande preocupação por parte dos estudiosos, a nível mundial, em relação à temática. Durante a pesquisa não foram encontrados estudos nacionais referentes à temática e que dessem resposta à questão de investigação. O que caracteriza como uma limitação desse estudo.

## **Discussão dos resultados**

Nesta fase da realização da RSL, vai ser feita a análise e interpretação dos resultados obtidos, com o objetivo de dar resposta à questão de investigação.

Com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados encontrados foram constituídas três temáticas: “promoção da presença e apoio do acompanhante”, “alívio da dor”, “promoção do controlo e tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher”.

Os artigos foram identificados pela letra (E) e o número correspondente é conforme explanação nas tabelas anteriores, por exemplo o artigo 1 é representado por (E1), (E2) corresponde ao artigo 2 e assim sucessivamente.

## **Presença do acompanhante**

A OMS recomenda a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, sendo este, da escolha da mulher. Este, por sua vez, pode ser qualquer pessoa escolhida pela mulher, desde que consiga fornecer-lhe um apoio contínuo e necessário durante o trabalho de parto e parto. Pode ser alguém da família da mulher ou não, como o seu marido/ parceiro, uma amiga ou um parente, alguém que a mulher achar que pode fornecer-lhe o suporte adequado no momento.

A presença do companheiro melhora o apoio às mulheres durante o trabalho de parto e parto, sendo um componente essencial nos cuidados da maternidade de respeito, encontrando-se de acordo com a abordagem baseada nos direitos humanos. (OMS, 2018)

A maioria dos artigos desta revisão (E1, E4, E6, E7, E8, E9 e E10) defendem que a promoção da presença de um acompanhante é uma prática que deve ser promovida pelo enfermeiro ESMO.

Os resultados do E1, um estudo feito em 2010, demonstrou que, as mulheres que tiveram apoio do acompanhante durante o processo de trabalho de parto e parto, tiveram maior satisfação, levando o acompanhante serviu como uma “ferramenta” de apoio e conforto durante o trabalho de parto e parto visando o bem estar da mulher, o E9 um estudo mais recente (2021), corrobora com o estudo anterior, demonstrando a importância do enfermeiro ESMO na promoção e orientação do acompanhante, nesse mesmo estudo os autores defendem que a segurança transmitida pelo acompanhante, no momento do parto, é de extrema importância, visto que contribuiu para o prosseguimento do processo de trabalho de parto/parto. Além disso esse estudo defende que os

profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista deve assegurar às mulheres e aos seus familiares esse direito, estimulando sempre que possível a presença e participação do acompanhante, desde o pré-natal até o momento do parto. E ainda, cabe ao enfermeiro ESMO, instruir o acompanhante sobre as técnicas de relaxamento, respiração, suporte físico e emocional, para que deste modo ele esteja capacitado para prestar um apoio de qualidade e com confiança. Assim o enfermeiro estará a proporcionar privacidade e um ambiente acolhedor para os envolvidos nesse processo. O E10 atesta, esta afirmação, comprovando na exposição dos seus resultados que, instruir o acompanhante a realizar ações de apoio à parturiente, sobretudo ações de apoio físico, interferiu de forma positiva na segurança dos acompanhantes com a experiência de acompanhar e vivenciar o parto e conseqüentemente prestaram um melhor suporte à parturiente. Neste mesmo estudo, evidenciou-se que, cada vez mais, a escolha da mulher por um acompanhante está sendo respeitada e que a introdução da figura paterna tem sido frequente. Fortalecimento assim os laços entre pai e filho e muitas vezes, entre o próprio casal, formando a tríade mãe-pai-filho. Ainda neste estudo (E10), atestam a importância do “empoderamento”, treinamento/instrumentalização do acompanhante por parte do EESMO, torna-o como um parceiro para a equipa multidisciplinar, uma vez que, o acompanhante por sua vez saberá como atuar e poderá utilizar os métodos não farmacológicos para o alívio da dor como suporte à parturiente. Além disso, trazem pontos positivos para a mulher, pois receberá um apoio baseado em evidências científicas, criando assim uma vivência de parto mais satisfatória para todos os envolvidos.

Os autores de E8, defenderam no seu estudo que, o acompanhante no trabalho de parto e parto oferece diversos benefícios à mulher, ele é capaz de fornecer segurança e tranquilidade e, com isso, auxiliar na redução da dor e da duração do trabalho de parto. Sendo assim, a sua presença precisa ser mais estimulada pelos profissionais de saúde, uma vez que auxilia e incentiva durante o processo parturitivo contribuí para a promoção de cuidado individualizado.

O estudo de Monguilhott, J.J.C. *et. al.* (2018), considera que a presença do acompanhante favorece a utilização das melhores práticas na assistência ao parto humanizado. Apoiando na dieta e hidratação durante o trabalho de parto e o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o mesmo autor no seu estudo defende que a presença do acompanhante favorece o contato pele a pele logo após o nascimento, corroborando assim com os resultados deste estudo.

### **Respeito da tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher (autonomia e empoderamento da mulher).**

O respeito é uma das recomendações gerais estipuladas pela OMS (2018) para uma experiência de parto positiva, os resultados deste estudo evidenciaram que todos artigos trouxeram à discussão a questão do respeito pela mulher, mas pode-se ver claramente nos artigos (E2, E3, E4 e E5), a preocupação dos autores com esse aspeto. No E2, os autores, demonstraram a importância de Plano de Parto e Nascimento, sendo este, como definem os autores um documento escrito, de carácter legal, de extrema importância no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, aumentando assim o controlo das mulheres sobre o processo do parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação, essa ferramenta também serve como um “instrumento” de muita importância na preparação para o parto, pois ela diminuí o medo da mulher graças à as informação que através dela a mulher passa a obter, constituindo um processo de reflexão para as mulheres na tomada de decisão. Ainda nos resultados de E2, constatou-se um aumento significativo em 33,01% (27,4 vs. 60,4;  $p < 0,001$ ) no número de mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento em relação às mulheres que não apresentaram esse documento, o que contribuiu também para o aumento significativo do grau de satisfação da parturiente. Isso deu-se devido as mulheres terem a oportunidade de fazer o contato pele a pele logo na primeira hora de vida, a sua importância justifica-se pelo facto, de o contato pele a pele contribuir para uma melhor adaptação aos câmbios fisiológicos na mãe e no recém-nascido. Além disso, aumentam os “benefícios para o amadurecimento psicomotor e emocional da criança, o que contribui positivamente para manter uma dinâmica hormonal e de comunicação mãe-recém-nascido positiva para ambos, facilitando a pega e o início do aleitamento materno exclusivo”, influenciando a dimensão de satisfação. Também constatou-se no E2 que a taxa de “partos normais” aumentou de 73,8% para 81,66% ( $p = 0,018$ ) no grupo de mulheres que apresentaram seu Plano de Parto e Nascimento, influenciando as dimensões de segurança e eficácia.

A Organização Mundial da Saúde, desde 1996, recomenda a elaboração do Plano de Parto e o compreende como mecanismo de incentivo às mulheres pela busca por informações qualificadas, instrumento para a construção das expectativas e dos desejos em relação à experiência da maternidade é um exercício de protagonismo.

Também, no artigo E7, sugerem que uma boa avaliação da assistência recebida requer a

oferta de informações e explicações durante todo o trabalho de parto, permitindo, assim, que a mulher se apodere da sua autonomia e protagonismo.

Franzon et al. (2019) defenderam na sua pesquisa que, dotar as mulheres com conhecimentos sobre a fisiologia feminina e as práticas assistenciais foram associada a menores taxas de admissão precoce em trabalho de parto, maior uso de boas práticas na assistência ao trabalho de parto, com redução das cesarianas desnecessárias entre primíparas.

Este achado remete-nos para a segunda recomendação geral da OMS, para uma experiência de parto positivo que é a comunicação.

No seu estudo, Segundo Dornfeld & Pedro (2011), demonstraram que, a comunicação que se estabelece entre a equipa de saúde e a mulher em trabalho de parto evidência, muitas vezes, relações de poder e autoridade em que a mulher é levada a anular-se como sujeito, ficando submetida às decisões e ordens do profissional. Isto é, a mulher não tem “voz” nem autonomia, o não corrobora com os resultados desse estudo.

Os mesmos autores, afirmam que, uma comunicação efetiva pode transmitir apoio, conforto e confiança, fazendo com que a mulher se sinta segura e respeitada como pessoa nas suas diferentes dimensões. Estes sentimentos podem refletir inclusive nas suas atitudes e comportamentos, fazendo com que participe mais ativamente do parto.

### **Alívio da dor**

A dor de parto é identificada como um dos principais componentes da experiência do parto, sendo um tema importante para as mulheres e para os profissionais de saúde, pelo que precisa ser abordado durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. (Karlsdottir, et al., 2017)

Segundo a OMS (2018), evidências qualitativas indicam que as técnicas de relaxamento podem reduzir o desconforto do trabalho de parto, aliviar a dor e melhorar a experiência do parto materno.

Apesar do alívio da dor não ser uma das considerações gerais para uma experiência de parto humanizado elencada pela OMS, ela faz parte das recomendações da OMS (2018), para uma experiência positiva (recomendação número 19 a 22).

A OMS menciona ainda técnicas de relaxamento para alívio da dor que incluem, relaxamento muscular progressivo, respiração, música, e outras técnicas, que são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto, sendo que a escolha destas técnicas vai depender das preferências da mulher. Já as

técnicas manuais para alívio da dor dizem respeito à massagem ou aplicação de calor, através de compressas quentes. (OMS, 2018)

No E7 verificou-se que, relativamente às práticas não farmacológicas para o alívio da dor, 74,5% das puérperas disseram que não tinham conhecimento delas, Demonstrando assim que, a escassez de orientações/informações sobre os métodos não farmacológicos durante o período pré-natal e durante o trabalho de parto pode ser um fator prejudicial para o conhecimento da grávida sobre as diversas práticas que podem ser oferecidas, a escassez dessas informações leva ao aumento da ansiedade e stresse nas parturientes, fazendo com que elas tenham dificuldades em lidar com algumas situações durante o trabalho de parto como, por exemplo, a dor.

Também, no E7 se constatou que uma das práticas não farmacológicas para o alívio da dor, é a respiração, foi realizada com 90,7% das puérperas que estavam em trabalho de parto e parto. Aponta-se que está técnica é a mais utilizada por ser simples, sem custos capitais e aplicável a todas utentes, mostrando-se também como, cientificamente eficaz no controle da ansiedade das parturientes e um total de 74% das mulheres referiram ter realizado a caminhada, está por sua vez, segundo, Carvalho (2019) promove a redução das horas de trabalho de parto, bem como das intervenções médicas desnecessárias e dos números de cesáreas, não exercendo nenhum efeito negativo para as mães ou para os bebês.

Segundo a OMS (2018), é indicado que os profissionais de saúde comuniquem às mulheres as opções disponíveis para o alívio da dor nas suas instalações de parto e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte dos cuidados pré-natais. Os profissionais de saúde, nomeadamente, os EESMO's podem ter um forte impacto sobre o alívio da dor do parto e sobre os tipos de escolhas que as mulheres fazem em relação a essa necessidade. (OMS, 2018).

## 4.5. Conclusões

De modo a responder à questão de investigação e aos objetivos, recorreu-se, a uma revisão sistemática da literatura.

O trabalho teve o seu contributo tanto a nível académico como profissional. A nível académico permitiu-me a aquisição de competências de investigação, no sentido de perceber como procurar e aplicar os meus conhecimentos para resolução de problemas em situações novas e multidisciplinares, na área da ESMO, nomeadamente relação ao parto humanizado.

A nível profissional esta investigação permitiu dar resposta à questão de investigação e desenvolvimento de um trabalho com aplicação na prática clínica, possibilitou refletir sobre a melhor conduta do EESMO no parto humanizado, alicerçadas nas recomendações da OMS.

Após a análise dos artigos científicos incluídos na RSL, concluiu-se com base nos estudos recentes, que os EESMO têm um papel fundamental na promoção do parto humanizado, promover cuidados centrada à mulher/família e colocá-la no centro dos cuidados é fundamental para o sucesso do parto humanizado.

Em todos os artigos da RSL, a mulher considera a atitude/comportamento do profissional de saúde nomeadamente o EESMO, fundamental para se sentir segura, cuidada e respeitada.

Relembrando que as recomendações da OMS para o parto humanizado são as mesmas recomendações para promover uma experiência de parto positiva, uma vez que o objetivo é colocar a mulher no centro dos cuidados, respeitando sua autonomia, direitos e evitando intervenções desnecessárias.

As recomendações gerais da OMS, para promover uma experiência positiva de parto e consequentemente um parto humanizado, estão ao alcance do profissional de saúde (nomeadamente do EESMO) em qualquer contexto socioeconómico, uma vez que, são intervenções que não necessitam de tecnologias pesadas, não necessitam de muito investimento a nível financeiro ou mobilizar materiais sofisticados.

Com suporte dos resultados deste estudo apresentam-se as seguintes sugestões:

- Respeitar a escolha da parturiente sobre o seu acompanhante, pois, este contribui para que a experiência do parto seja positiva para todos os envolvidos pois a maioria das pesquisas sobre essa prática é focada somente nas mulheres e nos profissionais.

- Criação de políticas de saúde para o estímulo ao uso dos Planos de Parto e Nascimento entre as grávidas.
- Maior envolvimento do EESMO no processo de trabalho de parto e parto, uma vez que suas intervenções podem melhorar as experiências de parto das mulheres.
- É fundamental manter uma conduta ética e comunicação efetiva entre todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto e as mulheres e suas famílias.
- Apoiar as mulheres durante o parto, cuidar durante o parto com o mínimo de intervenção e preparação para o parto.
- Adequação da estrutura física e dimensionamento de pessoal qualificado necessários para garantir a assistência baseada em evidências científicas, centrada na mulher e família visando à humanização da atenção ao parto e nascimento.
- As instituições de saúde devem realizar práticas que possam informar e empoderar a mulher para o trabalho de parto e parto.
- Inserção nas maternidades exclusivamente de enfermeiros com Especialidade em SMO na assistência ao processo de trabalho de parto/parto.
- É imprescindível o envolvimento das instituições acadêmicas, no combate às práticas potencialmente prejudiciais, especialmente aquelas que devem ser extintas, como a manobra de *Kristeller*.
- Realização de atividades educativas de orientação ao parto em todos os níveis de cuidados, dentre eles o terciário.

## 5. SÍNTESE CONCLUSIVA

Esse percurso todo, foi muito importante e com grande impacto, na vida pessoal e profissional. Foram momentos de testar a minha capacidade de resiliência, de nunca desistir.

Chegando ao fim dessa caminhada, posso afirmar que tive muitos ganhos e aprendizagens, a todos os níveis. Foram momentos de muita aprendizagem, partilha e dedicação da minha parte e de todos que se dedicaram a me ajudar a trilhar esse caminho.

No presente relatório, foi exposto a trajetória do Estágio de Natureza Profissional e este por sua vez, proporcionou a reflexão sobre o desenvolvimento das competências (comuns e específicas do EESMO) que só foi possível não apenas por causa dos conhecimentos anteriormente adquiridos, mas também pela busca constante de melhorar e procura sempre de novas informações, ter uma prática baseada em evidências, ou seja, “sair da zona de conforto” e tentar dar repostas aos objetivos de estágio, mas também a tudo quanto me deparava ao longo do trajeto. O desenvolvimento/aprimoramento das competências, por sua vez, levaram a um melhor desempenho na minha atuação como aluna de mestrado e como futura EESMO, proporcionaram o desenvolvimento de uma nova identidade profissional. O Relatório de estágio também promoveu analisar com eficiência o meu desempenho ao longo do estágio (autoavaliação).

A realização do Relatório permitiu uma reflexão não só da aquisição de competências, mas também o desenvolvimento de um conhecimento teórico-prático, impulsionando uma tomada de decisão com responsabilidade, evidências científicas e autonomia.

Os objetivos traçados inicialmente foram todas atingidas, de forma gradual, assim como descritas no desenvolvimento das competências, bem como a realização de um trabalho científico. Em relação à metodologia usada, considero que foi a adequada, tendo em vista que me permitiram alcançar os objetivos.

Levando em conta que todo o percurso foi realizado em época de pandemia, onde o contato foi reduzido, houve muitas limitações neste percurso. Mas, por sua vez, essa condição levou à criação de estratégias para lidar e ultrapassar cada obstáculo.

Mas, por outro lado tive bastante experiência no serviço de Obstetrícia, e principalmente no que tange a cuidar da mulher no pré-natal, no trabalho de parto/parto e no puerpério até à alta clínica, foi preciso a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos.

Todas as experiências me marcaram pela positiva, mas a experiência em sala de partos foi muito especial. Não só pela prática de realização de partos eutócicos, mas,

principalmente pela troca, que conseguia ter com a parturiente/acompanhante. Nas primeiras vezes perdida e insegura, depois com a prática e com mais experiência consegui ficar cada vez mais segura e confiante deste modo transmitindo confiança para as utentes e conseqüentemente melhorando a minha atuação em sala de partos.

Em relação à parte do trabalho científico, para mim não foi fácil devido à impossibilidade de conciliar a parte prática (os estágios em ambiente hospitalar) e a parte teórica (realização do trabalho científico).

Em relação às limitações do estágio, senti falta de conhecer outros contextos hospitalares, não foi possível a mobilização devido à pandemia da Covid 19.

Em relação aos objetivos do Mestrado e do ENP, ambas foram alcançadas, pois ao fim dessa trajetória, demonstrei capacidade de agregar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções em situações de informação limitada ou incompleta;

Fui capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambigüidades;

Desenvolvi competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo dessa trajetória, mas que também perpetuarão ao longo da vida, de modo fundamentalmente auto-orientado e autónoma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, A. J., Silva, A. A., Gonçalves, M. M., Silva, D. M., & Silva, M. C. (2019). Assistência de Enfermagem durante o Parto Natural Humanizado. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11, 377-378., <http://dx.doi.org/10.14295/online.v13i47.2025>  
<https://online.emnuvens.com.br/id/article/view/2025/0>
- Araújo, R. B., Soares, M. C., Santos, R. M., Oliveira, L. L., & Pinto, L. M. (2019). Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural. *Cultura de los Cuidados*, 54, 209. doi:dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.18, [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96331/1/CultCuid\\_54-206-216.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96331/1/CultCuid_54-206-216.pdf)
- Batista, G.J., Pereira, J.C., Felipe, R.F., Luz, K.M.G., Cruz, M.M., Silva, D.J.O...Montes, A.S.(2021). A expressiva importância da humanização no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16656>
- Chiavenato, I. (2014). Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos. Rio de Janeiro: Campus, v. 4. <https://forumturbo.org/wp-content/uploads/wpforo/attachments/19476/1099-Gestao-de-Pessoas-o-Novo-Papel-Idalberto-Chiavenato.pdf>
- Cortés, M., Barranco, D. A., Jordana, M. C., & Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento. 23, 523. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583 <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102758/101029>
- DGS [Direção-Geral da Saúde] (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Dornfeld, D., & Pedro, E. N. (2011). A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 13, 194. <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10925/9620>
- Galvão, T.F., Pereira, M.G.(2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para a sua elaboração. *Epidemiol Serv Saude*. jan-mar; 23(1):183-4
- Gomes, C., Oliveira, M. P., & Gláucia, L. (2020). O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. *Revista Recien*, 10, 181. Obtido de [https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/352/pdf\\_1](https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/352/pdf_1)
- Gonzalez, P. R., Prates, L. A., Schmalfluss, J. M., Lipinsk, J. M., & Escobal, A. P.

- (2021). Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, 6-7. doi:10.5902/2179769253146, <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/53146/pdf>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5.<sup>a</sup> ed). Lisboa: Lidel
- Inagak, A. D., Lopes, R. J., Cardoso, N., Freitas, L., Abud, A. C., & Ribeiro, C. J. (2018). Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. *12*, 1881. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231395p1879-1886-2018>, <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231395/29464>
- Lehuteur, D., Strapasson, M. R., & Fronza, E. (2017). Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 11, 4935. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4937-2017>
- Maia, M. B. (2010). *Humanização do parto*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz. Obtido em janeiro de 2021, de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23562/2/maia-9788575413289.pdf>
- Monguilhott, J., Bruggemann, M., Freitas, P., & Orsi, E. (2018). Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas. *Revista de Saúde Pública*, 52, 6-7. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação*. Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Oliveira, T. D. (2020). *Qualidade dos cuidados de enfermagem na assistência à pessoa em situação crítica*. Porto. Obtido em 2021, de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30907>
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2019). Regulamento, nº 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750; Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2019). Regulamento, nº 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, N.º 85, de 3 de maio de 2019, 13560-13565; Recuperado em:

<https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

OE (Ordem dos Enfermeiros) (2020). Código Deontológico, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro; Recuperado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Paula, L. F. (2021). *Humanização no trabalho de parto natural e a assistência de enfermagem: Revisão integrativa*. Guarapuava: Centro Universitário Guairacá.

<http://200.150.122.211:8080/jspui/bitstream/23102004/264/1/Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20no%20trabalho%20de%20parto%20natural%20e%20a%20assist%C3%Aancia%20de%20enfermagem%20-%20uma%20revis%C3%A3o%20narrativa.pdf>

Possati, A., Prates, L., Cremonese, L., Scarton, J., & Alves, C. N. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 21, 2-5. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366,

<https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVNf7m68XS/abstract/?lang=pt>

Relvas, V.L. (2016). Relatório de estágio: O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no Estímulo de Posições Não Supinas Durante o 1º e 2º Estádio do Trabalho de Parto. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17170>

Ribeiro, J.M.S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 5, dezembro, 2011, pp. 27-36 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Coimbra, Portugal.

<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239964004.pdf>

Silva, E., Pereira, M. A., & Dantas, S. (2021). Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto. 15. doi:10.5205/1981-8963.2021.246029,

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246029>

Silva, L. F., Sanches, M. E. T. de L., Santos, A. A. P., Oliveira, J. C. S., Acioli, D. M. N., & Santos, J. A. M. (2020). Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. *Revista Baiana De Enfermagem*35, 4-3. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37891>

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37891>

Silva, T. M., Gois, G., Ferreira, T., & Candeia, R. (2019). Significados e práticas da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado: Revisão integrativa.

- Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26, 90-94.  
[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306\\_114700.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114700.pdf)
- Silva, T. P., Pena, É. D., Sousa, A. M., Amorim, T., Tavares, L. C., Nascimento, D., . . .  
Matozinhos, F. P. (2019). Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 247-248. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>
- Souza, G. T., Gaiva, M. A., & Modes, A. S. S. P. (2007). A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm*, 32(3): 479-86.  
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qzRtDzHvKkrKnz5zrDpzVLR/?format=pdf&lang=pt>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa. Recuperado de [https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso\\_Menopausa\\_2016.pdf](https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf)
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Recuperado em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## ANEXOS

### Anexo 1: Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência de positiva de parto

Cuidados recomendados para todo o processo de nascimento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de maternidade respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus tratos e possibilitando apoio a escolha informada)</li> <li>Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes.</li> <li>Garantia do acompanhante durante o TP e parto</li> </ul>	
Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto (TP)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar as definições dos estágios de TP: Primeiro estágio: latente (colo até 5cm) e ativo (colo &gt; 5cm).</li> <li>A duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12hs em nulíparas e 10hs em multiparas).</li> <li>Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 min.</li> <li>Toque vaginal a cada quatro horas.</li> <li>São opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opióides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas.</li> <li>Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, pelas gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral.</li> <li>Encorajar a movimentação e uma posição vertical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar o critério de evolução da dilatação cervical inferior a 1cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções (aumento da ocitocina ou indicar a cesariana). Também não são recomendadas intervenções de rotina na fase latente.</li> <li>Realizar a pelvimetria clínica ou cardiotocografia de rotina na admissão e/ou contínuo durante o trabalho de parto em gestações saudáveis com trabalho de parto espontâneo.</li> <li>Tricotomia e enemas</li> <li>Embrocação vaginal de rotina com antissépticos.</li> <li>Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina).</li> <li>Ocitocina de rotina quando realizado analgesia de parto.</li> <li>Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no trabalho de parto.</li> </ul>
Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas horas em multiparas e três horas em nulíparas.</li> <li>A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais.</li> <li>Devemos orientar a paciente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso.</li> <li>Recomenda-se técnicas para reduzir o trauma perineal, como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos.</li> <li>Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 5 min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso rotineiro ou liberal da episiotomia.</li> <li>Pressão manual do fundo do útero.</li> </ul>
Cuidados no terceiro estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Administração em todas as pacientes de ocitocina (10 UI, IM / IV). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina / metilergometrina ou misoprostol).</li> <li>Tração controlada do cordão.</li> <li>Retardar o clampamento do cordão, se não houver contra-indicação (por pelo menos 1min).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.</li> </ul>
Cuidados com o recém-nascido (RN)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento.</li> <li>Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar).</li> <li>Todos os RN devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento.</li> <li>O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento.</li> <li>Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiração em boca e nariz do RN se líquido amniótico for claro e respiração espontânea.</li> </ul>
Cuidados no puerpério	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24 horas.</li> <li>Após um parto vaginal sem complicações, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24 horas após o nascimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.</li> </ul>

**Anexo 2: Escala de *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (CEBM,2009)**

Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - "Oxford Centre for Evidence-based Medicine" - última atualização maio de 2001			
Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Tratamento/ Prevenção - Etiologia	Diagnóstico
<b>A</b>	<b>1A</b>	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	<b>1B</b>	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada, com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
	<b>1C</b>	Resultados Terapêuticos do tipo "tudo ou nada"	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
<b>B</b>	<b>2A</b>	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
	<b>2B</b>	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
	<b>2C</b>	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) Estudo Ecológico	
	<b>3A</b>	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
	<b>3B</b>	Estudo Caso-Controle	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
<b>C</b>	<b>4</b>	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade)	Estudo caso-controle; ou padrão de referência pobre ou não independente
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	