

Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**Processos de cuidar na promoção de posições verticais no
segundo estágio do trabalho de parto**

Joana Isabel de Guerreiro Álvaro

Lisboa
2015



Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**Processos de cuidar na promoção de posições verticais no
segundo estágio do trabalho de parto**

Joana Isabel de Guerreiro Álvaro

Orientador: Prof.^a Maria Teresa Santana Felix

Lisboa
2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram na concretização deste projeto pessoal e profissional.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

BP – Bloco de Partos

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

DR – Diário da República

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência cardíaca fetal

ICM – International College of Midwives

LA – Líquido amniótico

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

ml – mililitros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Pré-Eclâmpsia

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RN – Recém-nascido

RPMPT – Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

TP – Trabalho de parto

RESUMO

O presente Relatório de Estágio pretende apresentar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso formativo no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstétrica e ginecológica do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Foi ainda escolhida uma temática pertinente e atual, enquanto contributo para a melhoria da qualidade de cuidados especializados, que permitiu basear a prática na evidência relativamente ao **posicionamento da mulher no segundo estágio do TP – as posições verticais**.

Tendo como linha norteadora de pensamento a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson e baseados na evidência científica atual resultante da Revisão Integrativa da Literatura realizada, foram construídos processos de cuidar com a mulher/casal baseados em **conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença** no sentido de dar à mulher o papel principal no seu parto, particularmente na escolha de posições facilitadoras do processo, enaltecendo a sua individualidade, o seu contexto sociocultural e promovendo uma vivência do TP positiva e promotora de realização pessoal, social e cultural. O uso de posições verticais durante o TP, em particular no segundo estágio, tem vindo a ser uma prática cada vez mais adotada dada a evidência científica dos seus benefícios tanto do ponto de vista fisiológico, com o aumento dos diâmetros pélvicos maternos, promoção de uma dinâmica uterina mais eficiente e menor compromisso da irrigação sanguínea do útero, como a nível psicológico, pois influenciam a forma como a mulher percebe o momento do parto e possibilitam uma vivência positiva do mesmo.

A reflexão sobre a prática revelou que o reajuste permanente dos processos de cuidar promotores das posições verticais durante o segundo estágio do TP à individualidade de cada mulher/casal foram impulsionadores de uma vivência de parto positiva manifestada por uma maior sensação de conforto, esforços expulsivos mais eficazes e sensação de autocontrolo.

Palavras chave: Posições verticais, segundo estágio do trabalho de parto, processos de cuidar.

ABSTRACT

The current Internship Report is meant to present the competences which were acquired and developed during the Master's Degree Course in Maternal and Obstetric Health Nursing in regards to specialized nursing care in maternal, obstetric and gynecologic health. Additionally, a current and relevant topic was selected, as a contribution for the improvement of the quality of specialized care, allowing for an evidence-based approach to the **positioning of the woman in the second stage of labor – vertical positions**.

Taking Kristen Swanson's Theory of Caring as a guiding line of thought with support by current scientific evidence resulting from the performed Integrative Literature Review, processes of care with the woman/couple were constructed, based on **knowing, being with, doing for, allowing, and preserving belief**, with the intent of giving the woman the lead role in her labor, particularly in regards to the choice of process-facilitating positions, praising her individuality and sociocultural context, and allowing for a positive experience of labor, which promotes personal, social and cultural fulfillment. The use of vertical positions during labor, in particular in the second stage, has gradually increased given the scientific evidence of its benefits, both from a physiological standpoint – with increase of maternal pelvic diameters, promotion of more efficient uterine dynamics and lower compromise of the uterine blood supply – as well a psychological one, for they influence how the woman perceives the moment of labor, allowing for a positive experience of it.

The reflection on this practice revealed that the permanent readjustment of the processes of care that promote vertical positions during the second stage of labor to the individuality of each woman/couple drove a positive labor experience manifested by an increased sensation of comfort, more effective expulsive efforts, and a sensation of self-control.

Keywords: Vertical positions, second stage of labor, processes of care.

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. PROCESSOS DE CUIDAR NA PROMOÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO	21
1.1. Planeamento da Revisão Integrativa da Literatura	22
1.2. Resultados da Revisão Integrativa da Literatura.....	26
1.3. Processos de cuidar.....	30
1.4. A prática baseada na evidência – do pensamento à ação.....	31
2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO	33
2.1. Gravidez	34
2.2. Trabalho de parto.....	40
2.2.1. Processos de cuidar na promoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto	47
2.3. Pós-parto	54
3. LIMITAÇÕES	59
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	61
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	

Índice de Quadros

Quadro 1. Questão de pesquisa e objetivos	Pág. 23
Quadro 2. Definição da questão PICO	Pág. 24
Quadro 3. Descritores utilizados nas bases de dados	Pág. 24
Quadro 4. Critérios de inclusão e exclusão.	Pág. 25

Índice de Figuras

Figura 1. Etapas do processo de Revisão Integrativa	Pág. 23
Figura 2. Resumo da percepção das mulheres sobre a posição vertical durante o período expulsivo	Pág. 51

INTRODUÇÃO

O processo formativo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) traduz-se não só na aquisição de conhecimentos científicos baseados na evidência mais atual, como também na mobilização dos mesmos para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas definidas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

Como alude Sousa (2013), uma competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só num saber, nem a um saber fazer, mas no saber utilizá-la com eficácia e eficiência. Entendo que as competências são construídas e desenvolvidas através da aplicação assertiva e congruente dos conhecimentos face às situações vividas em contexto prático e à crítica reflexiva proveniente da sua análise e interiorização para se concretizarem em aprendizagens.

O exercício da ciência de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada permitindo crescentes níveis de saúde à população. A excelência é um caminhar permanente, uma procura constante que potencia a mudança de atitude sustentada na mobilização da evidência científica mais atual. Deste modo, o enfermeiro, para desenvolver competências terá necessariamente que mobilizar conhecimentos e capacidades, face às diferentes situações vividas em contexto clínico.

É neste sentido que surge a construção do presente Relatório de Estágio, inserido no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESEL), e que será sujeito a apreciação e discussão pública a fim de finalizar este ciclo de estudos com a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO). Este pretende espelhar o trabalho desenvolvido ao longo do percurso formativo, os objetivos e as estratégias definidas para a sua concretização, assim como as competências adquiridas ao longo do caminho percorrido.

Assim, tendo como base as competências comuns e específicas definidas pela OE, os objetivos da realização deste Relatório de Estágio visam apresentar a problematização das práticas e os cuidados em ESMO, demonstrar competências no âmbito do planeamento e implementação de cuidados à mulher/casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO

com base na evidência científica atual, desenvolver práticas promotoras do empoderamento da mulher/casal, para que vivam a gravidez, trabalho de parto (TP) e pós-parto de forma plena, esclarecida e que esta vá ao encontro das suas expectativas. Enquanto futura EESMO, movida por ideais humanistas e princípios pessoais claros, procurei contribuir para a mudança dos preconceitos enraizados em relação ao momento do nascimento, capacitar os meus pares, dando a conhecer a evidência, motivando-os para a mudança, e sobretudo capacitar a mulher e convivente significativo para um papel ativo, dinâmico e principal através dos processos de cuidar.

Almejo com este Relatório dar resposta ao Projeto de Estágio previamente elaborado e dar a conhecer, à luz de uma pensamento crítico e reflexivo, as competências específicas do EESMOG desenvolvidas. Neste sentido foram delineados cinco objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando o bem-estar materno-fetal;
- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP e otimizar a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina;
- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição à parentalidade;
- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença;
- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que me permitam proporcionar à mulher a adoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP.

Os objetivos supracitados vão ao encontro das competências do EESMOG definidas pela OE (2010, p.4), mais concretamente aquelas que estão de acordo com o seu exercício profissional em contexto de sala de partos, sendo elas:

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à

parentalidade.

Atendendo às competências a desenvolver, foi escolhida uma temática, como forma de experienciar um método que me permita basear a prática na evidência, e que se traduz no **posicionamento da mulher no segundo estágio do TP – as posições verticais**, pois, de acordo com Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell e Styles (2009), a adoção de posições verticais durante o TP está associada a uma diminuição da duração do mesmo, da incidência de partos distócicos, do desconforto e dor sentidos pela mulher e ainda a um maior grau de satisfação por parte da mulher/casal, no que respeita ao processo de nascimento.

Em 1996, a Organização Mundial De Saúde (OMS) cria o documento “Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático”, no âmbito do projeto Maternidade Segura que vem reforçar a necessidade urgente de mudança na assistência ao parto. Tendo por base estas diretrizes, a Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) desenvolveram um documento de consenso denominado “*Iniciativa Parto Normal*” cujos objetivos passam por sensibilizar e desenvolver as competências do EESMO para colaborarem com as famílias em partos normais, despertar a opinião das mulheres e sociedade em geral sobre a assistência ao parto normal, desenvolver estratégias em prol do parto normal e refletir sobre a sua importância (APEO, 2009). Define-se então parto normal como o de início espontâneo, de baixo risco no início do TP, permanecendo assim durante todo o processo, até ao nascimento. O feto nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, puerera e RN encontram-se em boas condições de saúde (OMS, 1996).

Um dos pontos em destaque no conjunto de iniciativas que defendem o parto normal são as posições da mulher durante o período expulsivo. Segundo a OMS (1996) as mulheres podem adotar qualquer posição que lhes agrade, evitando longos períodos em decúbito dorsal. Compete ao EESMO mobilizar os processos de cuidar de modo a tornar a experiência de parto confortável e possibilitar que a decisão sobre a posição de parto seja da mulher, livre, esclarecida e apoiada.

As posições verticais, em particular no segundo estágio do TP, apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos, promovem uma dinâmica uterina mais eficiente e um menor compromisso da irrigação sanguínea do útero (Gupta, Hofmeyr & Smyth, 2007). Mais, promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna, maximizam os esforços expulsivos

maternos e facilitam a progressão na descida fetal (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). Devem, portanto, ser privilegiadas aquando da escolha da posição de parto (Lewis, Webster, Carter, McVeigh & Devenish-Meares, 2002; Gupta & Nikodem, 2000).

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MCEESMO) lançou o projeto *Maternidade com Qualidade* (2013) com o objetivo de garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados em Sala de Partos. Um dos indicadores de evidência e medida do projeto é o estímulo a posições não supinas durante o TP. Apesar de não existirem dados estatísticos em Portugal sobre o posicionamento da mulher durante o TP ou sobre a perceção da mulher e profissionais relativamente à liberdade de escolha da posição de parto (MCEESMO, 2013), estudos internacionais evidenciam que os profissionais insistem na posição de litotomia, com a anuência não informada da mulher, promovendo a atitude intervencionista inerente a esta e desprovendo-a de experienciar o parto enquanto processo fisiológico e fortalecedor da sua autonomia e confiança (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas, o EESMOG cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010), logo, este assume um papel de relevo na experiência de parto de todas as mulheres ao seu cuidado. Como competências essenciais para a prática da ESMO a International Confereration of Midwives (ICM) (2013, p. 11) reforça esta importância na competência n.º 4: “Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.”

A escolha desta temática esteve intimamente ligada não só ao seu inegável caráter atual e pertinente já justificado previamente, como também ao seu contributo no desenvolvimento das competências H3 (OE, 2010) e n.º 4 (ICM, 2013) supracitadas. Aliado a estes motivos destaco a minha motivação pessoal pois os valores e princípios que me foram transmitidos desde sempre fazem-me acreditar que a maternidade e, nomeadamente o momento do parto, têm um cariz quase mágico, intenso e único e este deve ser vivido na sua plenitude, no amor e na liberdade.

A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura assume aqui um papel de relevo, pois o conhecimento profundo e atualizado sobre o estado da arte são a base para um desenvolvimento de competências estruturado e fundamentado e de uma prática baseada na evidência. Esta, surge nos dias de hoje como uma forte tendência da necessidade de reunir informação para a tomada de decisão em saúde num contexto global. Foi definida como

“uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que é conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível” (Lopes & Fracoli, 2008, p. 772).

Os resultados obtidos permitiram a consolidação dos conhecimentos para a promoção dos processos de cuidar junto da mulher e convivente significativo. Logo, para atingir as competências específicas do EESMOG é imperioso caminhar sobre uma linha norteadora de pensamento que sustente a prática de cuidados de enfermagem especializados. Para dar resposta a esta necessidade o modelo teórico que norteou a minha prática de cuidados foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, fundamentando as minhas intervenções num cuidado humanizado.

Assim, o presente documento encontra-se dividido em quatro partes distintas mas que se interligam e complementam entre si. Um primeiro capítulo onde procuro dar a conhecer a metodologia e respetivos resultados da Revisão da Literatura, pois estes fazem parte da evidência científica em que me baseei para a construção dos processos de cuidar à luz da Teoria do Cuidar de Swanson. Seguindo esta ordem lógica de pensamento, e na qual se baseou o projeto de estágio previamente desenvolvido, faço ainda referência à prática baseada na evidência e como ela norteou o estágio. O segundo capítulo incide sobre as competências, comuns e específicas do EESMOG, desenvolvidas à luz de um pensamento crítico-reflexivo. Aqui é também retratada, mais concretamente, a implementação de processos de cuidar promotores das posições verticais no segundo estágio do TP dando a conhecer as atividades desenvolvidas. São ainda levantadas, num terceiro capítulo, as questões éticas pertinentes e por último, no quarto capítulo, é feita uma análise das limitações encontradas. A título conclusivo, apresentam-se as principais ilações deste relatório, explicitando os seus contributos e perspetivas futuras.

Este trabalho norteia-se pelo guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (2014) e está redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. PROCESSOS DE CUIDAR NA PROMOÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

O processo da humanização do parto tem vindo a ser alvo de atenção não só por parte das organizações de referência a nível mundial na área da saúde, como também a nível governamental, nomeadamente nos países ocidentais. A sua importância é consensual e isso inclui a revisão de conceitos e práticas desatualizadas, nomeadamente onde, por questões culturais, há uma maior tendência para a medicalização e instrumentalização do parto (Souza, Miquelutti, Cecatti & Makuch, 2006).

Os avanços técnicos e científicos ao longo da história da humanidade na área da medicina têm contribuído para um importante aumento na esperança média de vida das populações, em particular nos países ocidentais e industrializados. A área da obstetrícia e nomeadamente a assistência ao parto não foi exceção e o reflexo deste contributo é nítido na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis (APEO, 2009). Este contributo na melhoria dos resultados perinatais trouxe consigo uma prática na assistência ao parto mais uniformizada mas também mais intervencionista e tecnicista, destituindo a mulher do seu papel ativo (APEO, 2009).

Atualmente o conceito de humanização da assistência ao parto vai ao encontro da promoção do papel principal da mulher, direcionado para a individualidade de cada mulher e família. Para a OMS (1996), humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimento que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita procedimentos desnecessários ou de risco para mulher e feto. Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biopsicológicas e sociais (OMS, 1996).

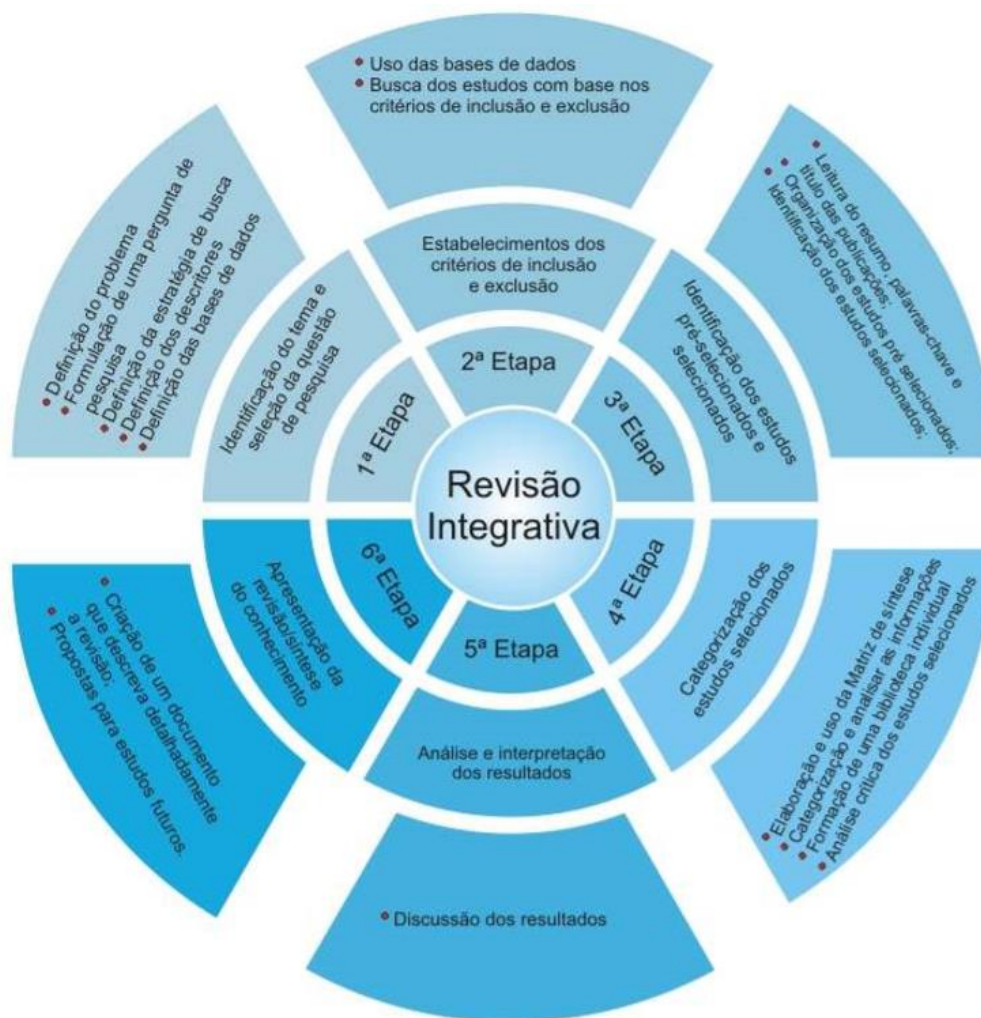
É neste contexto que emerge a necessidade de consolidar conhecimentos com o escrutínio da evidência científica existente através da construção de uma Revisão Integrativa da Literatura no âmbito da promoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, enquanto contributo para humanização no momento do nascimento. Este foi o ponto de partida para, após a conclusão do projeto de estágio, conseguir desenvolver processos de cuidar à mulher/casal baseados na evidência científica mais atual e promover uma tomada de decisão fundamentada na escolha da posição de parto.

1.1 Planeamento da Revisão Integrativa da Literatura

Nas últimas décadas a expansão do universo da informação científica, o amplo desenvolvimento de bases de dados eletrónicas e o acesso cada vez mais fácil e rápido à informação, têm sido determinantes e favorecedores do uso de Revisões Metodológicas (sistemática, meta-análise e integrativa) (Muñoz, Takayanagui, Santos & Sanchez-Sweatman, 2002). Contudo, a acessibilidade a toda a fonte de informação existente ainda é difícil, a realidade mostra que muitas destas bases de dados continuam a ter custos associados e muitos artigos não apresentam tradução em inglês, logo torna-se difícil esgotar todas as fontes de informação existentes. Assim, no sentido de otimizar e reunir um conjunto de informação científica credível e estruturada de forma a ultrapassar essas contingências, propuz-me realizar uma Revisão Integrativa da Literatura.

A Revisão Integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa) (Pompeo, Rossi & Galvão, 2009). Para Botelho, Cunha e Macedo (2011) o termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método. Ainda segundo Whitemore e Knafl (2005), é nesse ponto que se evidencia o potencial para construir a ciência. Uma Revisão Integrativa, segundo os autores, apresenta o estado da arte sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias e construção de conhecimento e contempla as seguintes etapas:

Figura 1. Etapas do processo de Revisão Integrativa.



Fonte: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>

Uma vez definido o problema foi formulada a questão de pesquisa sobre o tema, com a perspectiva de partilhar os resultados obtidos, enquanto contributos para a melhoria da prática clínica, na compreensão da adoção de posições verticais no segundo estágio do TP.

Quadro 1. Questão de pesquisa e objetivos.

Questão de Pesquisa	
<i>“Quais as implicações da adoção de posições verticais, pela mulher, no segundo estágio do TP?”</i>	
Objetivo Geral	Compreender quais as implicações da adoção de posições verticais pela mulher no segundo estágio do TP.
Objetivo Específico	Identificar as vantagens e desvantagens das posições verticais neste período.

Neste sentido a questão PICO foi formulada como a base orientadora da pesquisa e, de acordo com Joanna Briggs Institute (2011) esta foi o ponto de partida para a pesquisa de artigos.

Quadro 2. Definição da questão PICO.

P (população)	Mulher no segundo estágio do TP
I (fenómeno de interesse)	Implicações das Posições Verticais
Co (contexto)	Bloco de Partos (BP)

O processo de pesquisa teve início em maio de 2014, nas plataformas b-on e EBSCOhost, com seleção das bases de dados CINAHLplus, MEDLINEplus, utilizando e conjugando os termos retirados da pergunta de pesquisa e formulando os respectivos descritores. Todos os termos foram confirmados e verificados na lista de termos indexados nas respectivas bases de dados e utilizados os operadores booleanos AND e OR para conjugar os termos de pesquisa encontrados.

Quadro 3. Descritores utilizados nas bases de dados.

EBSCOhost	CINAHLplus	birthing positions AND labor stage, second
	MEDLINEplus	delivery AND vertical position
b-on	posições verticais AND segundo estágio do TP	

Os 51 resultados obtidos com a pesquisa foram selecionados através da leitura do título, do resumo e, sempre que suscitavam dúvidas, do texto integral. Esta leitura mais aprofundada teve ainda o propósito de, através da utilização dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos como consta no quadro seguinte, conhecer a adequabilidade de cada texto enquanto resposta à questão. Desta forma obtive 21 artigos.

Quadro 4. Critérios de inclusão e exclusão.

	Inclusão	Exclusão
Desenho	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol, que tenham sido publicados a partir do ano 2005 e que o texto integral esteja disponível.	Todos os resultados que não apresentem metodologia científica; Artigos escritos noutras línguas exceto Português, Inglês ou Espanhol e publicados antes do ano 2005; Todos os repetidos nas bases de dados consultadas e que não tenham texto integral disponível.
População	Grávidas durante o segundo estágio do TP.	Todas as que ainda não tenham atingido o 2º estágio do TP; Grávidas com patologias associadas. Todas as que já não se encontrem no 2º estágio do TP;
Fenómeno de interesse	Estudos que descrevam as implicações das posições verticais; Estudos que comparem as implicações das posições verticais com as supinas.	Estudos que não abordem posições verticais.
Contexto	BP	Todos os partos que não ocorram em contexto hospitalar.

Alguns artigos encontrados na pesquisa, após serem analisados e submetidos aos critérios de inclusão/exclusão, revelaram-se pertinentes, pelo que foi necessário proceder à pesquisa de alguns dos textos completos a partir dos resumos encontrados na pesquisa inicial. Para isso, foi realizada a pesquisa dos mesmos no motor de busca *ScienceDirect*.

Desta forma obtive um total de 7 artigos incluídos na revisão que foram analisados de forma criteriosa em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo a análise do conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. Estes foram ainda submetidos a uma avaliação crítica através dos instrumentos de apreciação da JBI (2011) (*QARI critical appraisal tools* e *MAStARI critical appraisal tools*) e foram utilizados por atingirem um score superior ou igual a 6 como consta no Apêndice I.

1.2. Resultados da Revisão Integrativa da Literatura

No decorrer da análise efetuada, tendo como base os artigos apresentados e outras fontes de referência, constatei que a escolha da posição de parto tem implicações profundas na realização pessoal da mulher, na sua autoestima, no seu bem-estar e sentimento de competência enquanto mulher e mãe (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen, 2012).

Um dos fatores que contribui para que os *outcomes* desta experiência sejam positivos e enriquecedores é o poder de decisão da escolha de parto, seja ela a posição eleita ou, por condicionalismos decorrentes do TP, a posição proposta por quem o assiste, mas sempre de forma informada e partilhada (Nieuwenhuijze, Budé, et al. 2012).

A enfermeira “parteira” tem um papel importante na promoção da saúde e tomada de decisão informada por parte da mulher na escolha da posição de parir. O conceito de promoção da saúde é definido na Carta de Ottawa (1986), como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, onde está incluída uma maior participação nesse processo. A sua transversalidade permite que o conceito de promoção, enquanto ato promotor (Dicionário da Língua Portuguesa, 2015), possibilite o resgate da mulher como protagonista do seu parto, o que significa promover o uso da sua liberdade de movimentos, expressões verbais e corporais, que ela escolha a melhor posição para parir e que seja incentivada a adotar posições verticais, pois o parto normal, numa posição verticalizada, favorece naturalmente a expulsão do feto, pois tem a força da gravidade a seu favor (Mamede, Almeida & Clapis, 2004).

Esta decisão deve ser partilhada, apoiada e incentivada, restituindo à mulher o poder no processo do parto. É importante que a enfermeira, devido ao processo dinâmico e por vezes imprevisível do TP, prepare a mulher não só para a posição escolhida como para a eventual necessidade de mudança de posições durante o processo (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens & Lagro-Jansse, 2012).

Contudo, esta decisão é muitas vezes influenciada pela preferência da enfermeira que o assiste em vez de ser uma escolha livre e informada da mulher. Esta escolha por parte do profissional está relacionada com a sua (in)experiência, treino e à vontade com uma determinada posição, o que pode condicionar a escolha da mulher (de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers & Lagro-Janssen, 2008). Nieuwenhuijze, et al. (2012) afirmam que, a

mulher ter opção de escolha na posição de parir e estar envolvida na tomada de decisão contribui para uma experiência de parto positiva.

Historicamente, as posições adotadas pelas mulheres durante o TP, inclusive durante o segundo estágio, foram marcadas pela mobilidade e verticalidade (González & Ortiz, 2005), contudo atualmente o decúbito supino, nomeadamente a posição de litotomia, é aquela que impera na cultura do parto nos países ocidentalizados (Romano & Lothian, 2008). Os argumentos variam desde a melhor monitorização materna e fetal à comodidade de quem assiste o parto, esquecendo os inconvenientes da imobilidade e sobretudo a expropriação do protagonismo ativo da mulher no momento do parto (González & Ortiz, 2005).

Segundo os mesmos autores, no início do século XX existia a crença que o segundo estágio do TP devia ser célere pois constituía um risco para a parturiente e para o feto. Assim, o recurso à episiotomia, fórceps e anestesia geral passou a ser uma prática comum pois diminuía a hipóxia e sofrimento fetal. Este conceito só passou a ser desconstruído pelos anos 80, quando a evidência científica demonstrou que a duração do segundo estágio do TP não estava diretamente relacionada com a existência de sofrimento fetal.

A liberdade de movimento e o recurso a posições verticais durante o TP, são de extrema importância para facilitar o nascimento, representando a melhor forma de usar a força da gravidade facilitando a descida do feto, aumentando o tamanho e forma da pélvis, permitindo responder à dor de forma ativa e acelerando o processo do TP (Lamaze, 2003).

Um estudo desenvolvido por Caldeyro-Barcia (1979), citado por González e Ortiz (2005), onde foram realizados registos de pressão intrauterina, mostrou que as contrações uterinas são mais intensas quando a mulher está de pé, bem como menos dolorosas. A posição vertical, para além de encurtar a duração da dilatação cervical entre 25% e 35%, sensivelmente, alivia o desconforto e dor, em particular a que se refere à região lombossagrada, estas vantagens são também mantidas no período expulsivo.

A limitação do movimento e a posição da parturiente durante a fase de dilatação, bem como durante o período expulsivo é geralmente inadequada (práticas incluídas na categoria B, segundo a OMS). A posição de litotomia é a que está mais presente na cultura ocidental do parto, contudo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. As posições verticais com ou sem ajuda de uma cadeira de parto ou do companheiro, implicam menores alterações no padrão da frequência cardíaca fetal (FCF); encurtam a duração do primeiro e segundo estágio do TP; são mais favoráveis para a descida da apresentação fetal; facilitam os esforços expulsivos espontâneos; diminuem o cansaço da

mulher que simultaneamente sente menos dor e reduz a necessidade de analgesia epidural; reduzem o uso de episiotomias e permitem a diminuição de partos instrumentados (Gupta, et al., 2007; APEO, 2009; Lawrence et al., 2009). Em contrapartida, é mais incómoda para o profissional que assiste o parto, associa-se a um aumento da perda sanguínea (superior a 500 ml), dificulta a proteção do períneo e parecem ser mais frequentes as lacerações perineais de segundo grau (Gupta & Hofmeyr, 2008).

A posição de 4 apoios foi associada a uma experiência de parto mais positiva e a uma menor percepção de dor comparada com a posição sentada. Não foram verificadas implicações negativas para o feto em nenhuma das posições. O estudo de Ragnar, Altman, Tyden & Olsson, (2006) revelou então que a posição de 4 apoios deve ser encorajada em primíparas sem patologia associada e com baixo risco obstétrico.

Um estudo comparativo sobre a percepção das puérperas sobre as posições supinas e não supinas de Gayeski e Brüggemann (2009) demonstrou que os aspetos positivos sobre a posição vertical estão relacionados com a sensação de conforto, liberdade de movimentos, redução do esforço expulsivo e dor e participação mais ativa da mulher. Em contraste, os aspetos positivos da posição horizontal caracterizam-se pela realização de intervenções, especialmente a episiotomia, a sensação de ser “ajudada” e o conforto pela possibilidade de permanecer deitada.

O desconforto e falta de intervenções obstétricas foram referidos como aspetos negativos da posição vertical e relativamente ao parto horizontal é mais demorado, aumenta o sofrimento, a dor e o cansaço, dificulta o contacto da mulher com o profissional que realiza o parto, é desconfortável, não há liberdade de movimentos no momento da dor e o esforço expulsivo é mais difícil (Gayeski & Brüggemann, 2009).

Ainda Terry, Westcott, O’Shea e Kelly, (2006) procuraram comparar as implicações do uso de posições supinas ou não supinas no segundo estágio do TP, para a mulher e RN, no pós-parto. Os resultados mostram que nas posições não supinas, quando adotadas, verifica-se menor incidência de lacerações perineais, edema e uma duração mais curta do segundo estágio. O Índice de Apgar também foi avaliado em ambas as posições e verificou-se um valor médio ao primeiro minuto de 8,4 nas posições não supinas e 8,1 nas posições supinas, ao quinto minuto de 9,2 e 8,9 respetivamente, o que leva os autores a referir que a diferença estatística não é significativa relativamente à influência que a posição tem neste índice. Verificou-se também uma menor perda de sangue nas posições não supinas (inferior a 500ml). Desta forma, o incentivo à adoção de posições não supinas durante o segundo estágio do TP não aumenta o risco para a parturiente e RN (Terry, et al., 2006).

Outro estudo, de Schirmer, Fustinoni e Basile (2011), compara os *outcomes* da posição lateral esquerda (supina) com a posição semi-sentada (vertical) e revelou um significativo aumento das lacerações perineais na posição supina. Por outro lado na posição vertical houve um aumento do edema vulvar que pode ser explicado pela compressão dos tecidos. Este facto deve-se à força da gravidade, à pressão exercida pela apresentação nos tecidos e ao aumento da força exercida pela mulher nesta posição. A adoção da posição lateral esquerda demonstrou ser mais vantajosa quanto ao risco de edema vulvar, contudo é na posição verticalizada que se registam um menor número de lacerações do períneo (Schirmer, et al. 2011).

Para Gayeski e Brüggemann (2009) os aspetos positivos da posição vertical refletem a necessidade das mulheres participarem mais ativamente no parto, havendo a perceção de que é a posição mais cómoda e que facilita a expulsão do feto. Em contraste, a posição horizontal dificulta esses aspetos, originando uma perceção negativa sobre a mesma, uma vez que condiciona a liberdade de movimentos, aumenta o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas.

Em suma, a análise da evidência levou-me a resultados pertinentes e que nortearam o planeamento de cuidados que se seguiu. Estes mostraram que as posições verticais devem ser apoiadas e incentivadas pelo seus benefícios ao nível da díade, estas influenciam a forma como a mulher percebe o momento do parto e possibilitam uma vivência positiva do mesmo. Contudo a decisão da escolha da posição ainda está nas mãos dos profissionais e não nas da mulher, o que justifica uma prestação de cuidados que espelhe o cuidar de Swanson. Esse cuidar traduz-se na capacidade “... de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, fazer caminho com ele” (Hesbeen, 2000, p.72).

1.3. Processos de cuidar

Para atingir as competências inerentes ao processo formativo em causa é fundamental desenvolver processos de cuidar tendo como base um quadro de referência guiado por uma linha orientadora de pensamento que sustente a prática de cuidados de enfermagem especializados. No sentido de dar resposta a esta necessidade adotei a Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson enquanto modelo teórico norteador da prática e promotor dos cuidados dos cuidados desenvolvidos.

O conceito de **cuidar** é definido por Swanson, citada por Mártires (2003, p. 13), como “uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” e mostra, a meu ver, como deve ser o cuidar das mulheres e famílias no BP. Para Swanson o **cuidar** consiste em cinco processos que se interligam e interagem continuamente entre si. São eles **conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença**.

Assim, **conhecer** o outro implica compreender um acontecimento com o significado que ele tem na sua vida, o enfermeiro opera na base do conhecimento, centra-se na pessoa que é cuidada e faz uma apreciação meticulosa da experiência de quem é cuidado. Quando ocorre o conhecimento, ambos os intervenientes ficam envolvidos no mesmo processo (Swanson, 1991).

Estar com “...é mais do que compreender a situação do outro; é tornar-se emocionalmente aberto para a realidade do outro...” (Swanson, citada por Mártires, 2003, p. 9), é estar emocionalmente com o outro. Estar lá, conduzindo a uma eficácia progressiva, partilhando sentimentos bons e maus. A presença e a partilha são orientadas para uma conduta responsável e por isso aquele que cuida não oprime ou sobrecarrega aquele que é cuidado. A presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida de cada um a quem são prestados cuidados. **Estar com**, é caminhar cautelosamente através do conhecimento (Swanson, 1991).

Fazer por implica fazer pelo outro aquilo que ele faria sozinho se isso fosse possível. Tem como pressuposto fundamental a preservação da dignidade do outro, para todas as ações do enfermeiro, mesmo que estas colidam com os seus próprios interesses e/ou com os da instituição (Swanson, 1991).

Possibilitar significa facilitar a passagem através das transições da vida e de acontecimentos desconhecidos. É usar da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer. É assistir o outro, compreendendo-o e avaliando os seus

sentimentos (Swanson, 1991).

Manter a crença é manter a fé na capacidade do outro em ultrapassar um acontecimento ou transição e enfrentar o futuro de forma significativa. “Cuidar, que é manter a crença inclui envolver o outro em estima e acreditar nele. Aquele que cuida mantém uma atitude de esperança (em oposição ao desespero) e oferece um otimismo realista como se percorresse todo o caminho com o outro” (Mártires 2003, p.12 citando Swanson). **Manter a crença** é base do cuidar, pois translata o idealismo de manter a crença no realismo da condição humana (Swanson, 1991).

Foi com base na construção e articulação destes processos de cuidar que delinee o caminho a percorrer, isto é, passar da idealização do projeto até aqui construído para a sua aplicabilidade prática.

1.4. A prática baseada na evidência – do pensamento à ação

A prática baseada na evidência consiste em integrar a melhor evidência decorrente da pesquisa à prática clínica, de forma eficiente e individualizada a cada cliente (Pearson & Craig, 2004). Para Fortin (2009), investigação científica é um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar ou controlar fenômenos. Entendo assim o conceito de prática baseada na evidência como a base para um cuidar de excelência e Enfermagem.

O desenvolvimento da disciplina e profissão tem contribuído para o aumento significativo da produção de conhecimento, sendo este perspectivado como ferramenta essencial no suprir das necessidades verificadas na prática clínica. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006). A área da Saúde Materna e Obstetrícia não é exceção, a sua crescente complexidade contribuiu e exigiu a necessidade de processos de mudança.

Movida por estas premissas procurei desenvolver um conjunto de estratégias em contexto clínico que fossem ao encontro do que a evidência emana mas também conhecer a realidade do contexto prático, identificar necessidades dos pares e das mulheres/casais e construir processos de cuidar que me as permitissem colmatar. Estas foram as linhas orientadoras para a construção daquilo que procurei desenvolver em contexto prático, nomeadamente, desenvolver processos de cuidar à mulher/casal para a tomada de decisão

fundamentada da escolha da posição de parto e em particular das posições verticais, promover uma experiência positiva de parto à mulher/casal, sensibilizar os profissionais para as vantagens de posições verticais no segundo estágio do TP, contribuir para a concretização do projeto Maternidade com Qualidade no BP e desenvolver competências comuns e específicas do EESMO com base na evidência científica encontrada e nos processos de cuidar de Swanson (APÊNDICE II).

Seguiu-se um trabalho árduo e constante mas também muito gratificante e envolvente. O capítulo que se segue espelha, à luz de um pensamento crítico-reflexivo, o caminho de aprendizagens trilhado.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE OS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO

Como já foi referido, no sentido de unificar o cuidar do EESMO, a OE criou em outubro de 2010, o Regulamento das Competências Específicas do EESMOG. Estas assentam na diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, que determinam as diretrizes para o exercício da atividade profissional e estão de acordo com o reconhecimento das competências do EESMO definido pelo “Essential Competencies for Basic Midwifery Practice” (ICM, 2013). Estas linhas orientadoras têm como principal objetivo a assunção da responsabilidade pelo exercício da promoção e manutenção da saúde da mulher e família inserida na comunidade, em todas as fases do seu ciclo vital, desde o início da idade fértil até ao climatério.

O Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro constitui, também, um suporte para o desenvolvimento e aquisição de competências, comuns e específicas de cada enfermeiro especialista, na medida em que o seu principal objetivo é reger a atuação dos profissionais de enfermagem, sendo crucial na garantia da qualidade dos cuidados prestados a nível técnico e humano, tendo como máxima o respeito pela vida e dignidade humana.

Foi com base neste compromisso que foi delineado o caminho formativo percorrido, desenvolvendo intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, definidas como aquelas nas quais estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas que estão relacionadas com processos patológicos e de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher (Lei nº 127/2011). Assim, foram desenvolvidas ao longo deste percurso académico, mais concretamente durante o Estágio com Relatório que teve lugar num BP, as competências inerentes às áreas de intervenção: gravidez – na assistência à mulher que vivencia processos de saúde e doença durante o período pré-natal; TP – efetuando o parto em ambiente seguro, com enfoque nas posições verticais, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina e no período pós-parto – no sentido de promover a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e

adaptação à parentalidade. Como refere Longarito (2002), os períodos de ensino em contexto clínico são, por excelência, um momento de desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas. Já Benner (2001) acrescenta que a construção de conhecimentos consiste não só na acumulação de saber teórico (saber), mas também em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), adquirido ao longo da experiência clínica vivida e pelo seu registo. Desta forma, a experiência é fundamental para a aquisição de perícia. As experiências vividas e o trabalho reflexivo realizado conduzem ao crescimento pessoal e profissional, quer a nível técnico como a nível científico e humano, enquanto vértice potenciador do desenvolvimento de capacidades e competências, anteriormente descritas.

Assim, no sentido de retratar fielmente o caminho trilhado e analisá-lo, este será organizado por competências seguindo a ordem natural do processo de maternidade: Gravidez, TP e Pós-Parto, integrando o foco da minha intervenção no TP.

2.1. Gravidez

A gravidez é um acontecimento fisiológico que deve ser considerado pela mulher/casal e pelos profissionais de saúde como uma experiência de vida saudável e que envolve alterações do ponto de vista físico, social e emocional (Leal, 2005). Todavia, não basta definir gravidez na sua dimensão fisiológica, pois esta vai muito mais para além de um processo físico, consiste também num processo complexo de transição, já que transição é tudo aquilo que envolve mudança e a forma como esta é incorporada na vida de cada indivíduo, em toda a sua dimensão holística (Meleis, 2010). Assim, transição é definida pela mesma autora como o modo como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita de integrar novos e diferentes aspetos no seu dia-a-dia.

Ao considerar a gravidez como um processo de transição na vida da mulher/casal implica reconhecer, indubitavelmente, a responsabilidade do EESMO no sentido de **possibilitar** esta passagem para que sejam capazes de mobilizar mecanismos de adaptação, de forma a responderem às novas mudanças com as quais se deparam diariamente **mantendo a crença**, assumir de forma saudável um novo papel social e pessoal e detetar precocemente alterações que possam comprometer este processo de reestruturação de papéis.

Assim, a OE preconiza “cuidar da mulher inserida na família e na sua comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”. Mais especificamente, segundo as

suas unidades de competência e respectivos critérios de avaliação, “promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (H2.1); “diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (H2.2); “providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (H2.3) (OE, 2010, p. 4), o que procurei desenvolver.

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, de excelência, transversais a todas as competências preconizadas é fundamental **conhecer** a mulher enquanto entidade beneficiária dos mesmos, mas também enquanto ser único, sociável e agente intencional de comportamentos, com dignidade própria e direito a auto determinar-se (OE, 2010). Mais, Swanson (1993) acrescenta e reforça que pessoa é um ser único em transformação e cuja sua plenitude se manifesta por pensamentos, sentimentos e comportamentos. A sua experiência de vida é influenciada pela herança genética, compromisso espiritual e pela capacidade de exercer o seu livre arbitrio, em suma, cada ser é mutável e está em constante mudança.

Esta foi a base para a construção dos processos de cuidar dirigidos a todas as mulheres que me permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes a este período formativo espelhadas no presente Relatório, em contexto de vigilância pré-natal, quer em cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar.

O contexto de BP com a valência de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia oferece uma variedade e riqueza de experiências de aprendizagem, o que constituiu uma mais-valia ao longo deste percurso. Desta forma foi possível conceber, planear, implementar e avaliar cuidados especializados à mulher (casal e família) grávida com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo as mais frequentes: Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo (RPMPT), Ameaça de TP Pré-Termo (ATPPT), Placenta Prévia, Alterações Fluxométricas associadas a Restrições de Crescimento Fetal (RCF) e distúrbios hipertensivos, nomeadamente situações de Pré-Eclâmpsia (PE) e Síndrome de HELLP. Foi ainda possível **estar com** algumas clientes em situação de abortamento, identificar e planear estratégias no sentido de **possibilitar** a vivência positiva do processo físico e emocional de perda e luto, à mulher/casal/família.

Sendo a gravidez um evento biologicamente natural, esta é sempre especial na vida de uma mulher, contudo quando esta sofre alguma alteração que possa pôr em risco o bem-estar materno-fetal é considerada uma gravidez de risco (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008). Para Lowdermilk e Perry (2008, p. 682), gravidez de alto risco “... é aquela em que

a saúde ou a vida da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez”.

Estas mulheres veem defraudada uma expectativa alegre e positiva associada à gravidez, passando a enfrentar mecanismos de adaptação não só associados às mudanças físicas, psicológicas e sociais, indutoras de stress mental e físico, como veem aumentados os problemas emocionais e sociais, para elas e para a sua família (Canavarro, 2001).

Neste âmbito foi preponderante desenvolver processos de cuidar baseados em **conhecer e estar com** a mulher/casal. Envolver-me intrinsecamente com a situação, vê-la à luz de quem a vive; mostrar disponibilidade contínua, permitindo-lhe (lhes) expor os seus sentimentos, sejam eles de alegria ou sofrimento, dando-lhe (lhes) tempo e escutando-a (os) atentamente (Swanson, 1993). Foi também não sobrecarregar, não oprimir, orientando a presença e a partilha por uma conduta responsável (Swanson, 1991).

A maioria das situações patológicas anteriormente descritas implicam o repouso no leito, condição esta que inevitavelmente induz um grau crescente de dependência do outro, muitas vezes desconfortável. O repouso no leito consiste numa intervenção recomendada para a prevenção do TP pré-termo. No caso de RPM reside numa intervenção que não pode deixar de ser considerada devido ao risco de prolapso do cordão, descolamento de placenta e prematuridade (Campos, et al., 2008).

Desta forma, **fazer pela** grávida aquilo que ela está impossibilitada de fazer autonomamente (Swanson, 1991) tornou-se outro importante pilar na construção dos processos de cuidar. Para Benner (2001) o enfermeiro deve assegurar o conforto da utente e preservar a sua personalidade, face à dor e a um estado de debilidade. Assim promovi cuidados de higiene e conforto direcionados não só para o bem-estar físico mas também emocional, incentivando o uso dos seus produtos de higiene, caso os tivessem consigo, para que os cheiros envolventes lhes fossem familiares, assegurando a mudança frequente da camisa e roupa da cama e promovendo massagens a nível dorsal e lombar para alívio de dor e desconforto.

Promovi assim um cuidar individualizado à globalidade de cada mulher/casal a meu cuidado e espelhado nos processos de cuidar de Swanson. Cuidado esse que foi ainda orientado, partilhado e apoiado pela EESMO orientadora desta componente prática do processo formativo. Foram inúmeras as situações marcantes experienciadas, contudo devo destacar uma situação que me marcou profundamente pela proximidade estabelecida com o casal.

A utente X, grávida de 34 semanas e 1 dia, recorre ao SUOG por queixas de perda de LA

claro em moderada quantidade por via vaginal desde há 2 horas.

Clinicamente a RPM é definida como a perda de LA antes de se iniciar o TP, independentemente da idade gestacional e quando ocorre antes das 37 semanas é designada como RPMPT (Graça, 2010). Ocorre entre 2 a 18% das gestações de termo e entre 20 a 40% nas gestações pré-termo. Entre 30 a 40% dos casos é considerada causa principal de partos prematuros, sendo responsável por 20% dos óbitos perinatais (Golino, Chein & Brito, 2006). A sua etiologia é multifatorial, podendo estar relacionada com fatores mecânicos, estruturais ou infecciosos (Graça, 2010).

No que respeita ao seu diagnóstico a anamnese é fundamental e deve incluir a determinação do momento em que ocorreu a perda, assim como a caracterização do líquido perdido, nomeadamente a cor, consistência, odor e quantidade (Graça, 2010). Quanto ao exame físico a RPM é evidenciada quando se observa LA no fundo de saco posterior da vagina, ou quando o mesmo flui através do orifício externo do colo do útero ao mobilizar-se a apresentação fetal ou quando a grávida executa a manobra de Valsalva (Campos, et al., 2008). Os mesmos autores referem que relativamente aos exames laboratoriais estes apresentam como principal objetivo a pesquisa de elementos químicos ou histológicos de LA no conteúdo vaginal (teste do papel de nitrazina, teste da fibronectina fetal, cristalização do conteúdo vaginal).

No que diz respeito ao impacto da RPMPT no binómio materno fetal são apontadas como complicações materno-fetais o parto pré-termo, uma maior taxa de infeção (corioamniotite), o descolamento prematuro da placenta e uma maior taxa de cesariana (Graça, 2010). Relativamente às complicações fetais surge a doença da membrana hialina, hipoplasia pulmonar, deformações fetais, hipoxia fetal, sépsis fetal e neonatal e prematuridade (Graça, 2010).

Em relação à conduta adotada quando ocorre RPM existem duas soluções possíveis: a interrupção da gravidez ou conduta conservadora. Esta decisão é médica e depende da idade gestacional, da presença de maturidade pulmonar, da presença de infeção, de sofrimento fetal e da existência de recursos neonatais. A atitude expectante é a conduta geralmente preconizada nas situações em que não há infeção corioamniótica, evidente ou subclínica. A abordagem conservadora da RPMPT deverá ser efetuada em regime de internamento hospitalar, com repouso no leito e vigilância frequente do estado materno-fetal (Graça, 2010; Campos, et al., 2008).

Foi nesta fase inicial de internamento que conheci este casal. Esta gravidez, planeada e muito desejada por ambos, arrastava consigo um sabor agridoce, pois facilmente lhes trazia

à memória um acontecimento familiar traumático muito recente (a perda de um filho com 15 meses vítima de leucemia há cerca de um ano). **Conhecer** este casal na sua plenitude permitiu-me compreender o significado e a importância que aquela gravidez tinha nas suas vidas e o medo que algo “não corresse bem” assolava-os. Foi possível acompanhar e **estar com** este casal, não só enquanto permaneceram no BP como também após a sua transferência para Serviço de Internamento de Medicina Materno-Fetal pois mantive o contacto com visitas frequentes, o que permitiu manter uma ponte de confiança e partilha. **Manter a crença** deste casal foi fundamental, pois o risco de prematuridade era real.

A prematuridade continua a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil (Graça, 2010). A administração materna de glucocorticoides capazes de atravessar a barreira placentar diminui a incidência de morte neonatal, síndrome da membrana hialina e hemorragia intraventricular em recém-nascidos pré-termo, independentemente da sua raça e sexo. A corticoterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível em grávidas entre as 24 e as 34 semanas e 6 dias de gestação com ameaça TP pré-termo, hemorragia uterina, rotura prematura de membranas e em qualquer outra situação que poderá resultar previsivelmente em parto pré-termo (Graça, 2010). Esta atinge o seu maior benefício quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e inferior a 7 dias. Contudo mesmo quando o intervalo se situa fora destes limites verifica-se uma tendência nas vantagens desta terapêutica (Campos, et al., 2008).

No que concerne à escolha do corticosteroide utilizado, tanto a betametasona como a dexametasona podem ser utilizados, uma vez que é reduzida a sua inativação na placenta e apresentam bioatividade semelhante (Campos, et al., 2008), contudo institucionalmente é utilizada a dexametasona num único ciclo com a posologia de 4 tomas via intramuscular de 6 mg de 12 em 12 horas e nesta situação foi a conduta terapêutica adotada.

Foi fundamental explicar e esclarecer todas e quaisquer dúvidas a este casal de forma a minimizar fatores de stress e fragilidade emocional e **possibilitar** a vivência deste período da gravidez tendencialmente saudável, pois se a gravidez significa um processo de mudança que mesmo sem intercorrências induz stress físico e psicológico, na gravidez de risco podem também surgir problemas de ordem emocional e social para a mulher/casal e família (Canavarro, 2001).

Por outro lado, Quevedo, Lopes e Lefèvre (2006), consideram que a mulher identificada como grávida de risco apresenta dificuldades nas adaptações emocionais exigidas pelo novo papel, acrescentando-se várias outras emoções. Após o diagnóstico, surge o medo

real em relação a si própria e ao seu filho, ao que está acontecendo com o seu corpo, ou ao temor de que o seu filho nasça com malformações.

Este foi um dos exemplos de gravidezes de risco com as quais tive a oportunidade de contactar e cuidar da mulher/casal, contudo, e transversalmente a estas situações mais críticas e às situações de diagnóstico e monitorização da gravidez de baixo risco, procurei desenvolver estratégias, **conhecendo** o casal, que **possibilitassem** a sua adaptação à nova realidade. **Estar com** aquele casal, envolver-me com a sua realidade compreendendo-a, construir em conjunto estratégias de cuidar que lhes permitisse **manter a crença** e acreditar nas suas capacidades e simultaneamente **fazendo por** eles o que já não lhes era possível de acordo com as suas capacidades. No sentido de incluir o convivente significativo nos cuidados prestados incentivava a sua participação nos cuidados dirigidos ao conforto e bem-estar da mulher. Devo ainda referir que este empenho por parte do convivente significativo era tal que, por vezes, se esqueciam de cuidados básicos como o alimentar-se. Assim, a minha intervenção era realmente dirigida a ambos, num trabalho conjunto e individual com cada um.

Quer em contexto de BP quer no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, ambos campos ricos em momentos de aprendizagem e promotores do desenvolvimento da competência supra citada, procurei, em função das necessidades identificadas e expressas pela mulher/casal, desenvolver intervenções direcionadas para clarificar as alterações inerentes à gravidez e os marcos de desenvolvimento fetal **possibilitando** a vivência da gravidez na sua plenitude e estimulando a formação de laços afetivos.

Outro foco de atenção desenvolvido, sempre que possível, diz respeito à adaptação à parentalidade. Parafraseando a ICN (2011), a adaptação à parentalidade circunscreve as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez, empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.

Embora esta preparação comece muito antes do nascimento é muitas vezes aqui que ela “toma forma”, logo é, a meu ver, um marco importante na adaptação à parentalidade. Este tema será aprofundado no subcapítulo pós parto e cuidados pós nascimento contudo também merece atenção no subcapítulo que se segue.

2.2. Trabalho de parto

Segundo a Associação Europeia de Parteiras (EMA, 2005 cit. por APEO, 2009, p. 9) “... ter um filho é um acontecimento emocional e social, no qual a confiança e a autoestima da mulher devem ser fomentadas e desenvolvidas”. A parturiente pode e deve parir num ambiente calmo, silencioso, que reforce os aspetos fisiológicos normais e promova o parto normal.

Todas as parturientes têm direito a ser assistidas por um EESMO, durante a fase de preconceção, da gravidez, do TP e do pós-parto. Esta assistência deve-se basear nas preferências e opções da mulher/casal no que respeita à experiência de parto que querem vivenciar, tendo em conta as suas crenças, valores e tradições (ICM, 2013).

Segundo o Decreto Lei 333/87 de 1 de outubro o título profissional atribuído para quem desenvolve as atividades de parteira é o de EESMO. Segundo o seu Regulamento de Competências (OE, 2010), este assume no decurso do seu exercício profissional no âmbito da sala de partos o *cuidado à mulher inserida na sua família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o mesmo num ambiente seguro com vista a otimizar a saúde quer da parturiente como do próprio recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina*. Desta forma, surgem então as seguintes unidades de competência que o enfermeiro especialista deve adquirir e desenvolver durante a sua formação: (H3.1) “promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizando a saúde do recém-nascido à vida extrauterina”, (H3.2) “diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” e por fim, (H3.3) “providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto”.

Assim, no sentido de dar resposta às competências exigidas pela profissão aliada à motivação intrínseca de as desenvolver atingindo o expoente máximo da excelência de cuidados, prestei cuidados especializados no âmbito da sala de partos à mulher/casal mantendo como linha norteadora de pensamento a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a 64 mulheres em TP, com idades compreendidas entre os 16 e os 42 anos, das mais variadas classes sociais, diferentes níveis de escolaridade ou ideologia religiosa, contudo apesar da diversidade sociocultural consegui prestar cuidados de excelência, conhecendo cada uma delas na sua individualidade naquele momento tão seu. Só desta forma, à luz de Swanson, é possível compreender o significado deste acontecimento na vida de cada uma delas, quais as suas expectativas e medos. Como lembra Lopes, Meincke, Carraro, Soares, Reis e Heck (2009) a vivência do parto é,

geralmente, um momento singular e uma experiência marcante e significativa na vida da mulher e esta é influenciada por diversos fatores como a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre esse processo e, principalmente, a atenção e os cuidados recebidos no período do parto.

Estes momentos de conhecimento e partilha com a mulher/casal permitiram-me não só criar uma relação de proximidade, confiança e entrega onde o **estar com** ultrapassa a dimensão física, mas também empoderar a mulher/casal com conhecimento, promovendo a sua autonomia e capacitando-os para uma tomada de decisão informada sobre o seu parto.

Não obstante, compete ao EESMO que o TP ocorra num ambiente seguro o que implica uma monitorização do mesmo para que possam ser identificadas precocemente anomalias e/ou complicações (OE, 2010). Levanta-se então o tema dos procedimentos rotineiros e defensivos que, infelizmente, ainda continuam a ser uma realidade. Destes destaca-se a punção venosa aquando da admissão da utente, a perfusão de um soro polieletrólítico com glucose a 125ml/h e o jejum, de acordo com prescrição médica, enema no momento da admissão e cardiotocografia (CTG) contínua.

Em termos protocolares da Instituição, a monitorização do bem-estar materno fetal através de CTG deve ser contínua. Uma revisão sistemática recente de Alfirevic, Devane e Gyte (2013) que inclui 13 ensaios clínicos randomizados compara o uso de CTG contínua com a auscultação intermitente durante o TP. A conclusão revela que o uso de CTG durante o TP não reduz as taxas de mortalidade perinatal, baixos Índices de Apgar, internamentos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, acidémia, encefalopatia hipóxica/isquémica e paralisia cerebral, aumentando sim, o risco de cesariana e parto instrumentado. Mais, a OMS (1996) recomenda somente a auscultação intermitente de FCF a cada 15 a 30 minutos, permitindo desta forma, à parturiente adotar posições verticais e deambular.

Uma revisão de literatura, publicada por Porto, Amorim e Souza (2010), aponta que o jejum não é recomendado, facto que advém da antiga preocupação de que, em caso de emergência, a grávida poderia ter que ser submetida a uma anestesia geral colocando-a em risco de aspiração, o chamado Síndrome de Mendelson. Todavia não há, segundo estes autores, evidências suficientemente abrangentes que justifiquem a restrição alimentar durante o TP, devendo até ser permitida e incentivada. Embora estivesse contemplada protocolarmente a ingestão de bebidas açucaradas e gelatina durante o TP, alguns profissionais ainda impunham o jejum. Este surge na literatura associado a uma maior incidência de alterações na evolução do TP e de partos instrumentalizados pelo efeito de libertação e oxidação de ácidos gordos na diminuição da atividade uterina (APEO, 2009),

assim como não garante um baixo volume de conteúdo gástrico, aumentando a produção de ácido clorídrico, diminuindo assim o pH gástrico (Maruco, 1998, citado por MCEESMOG-OE, 2013). Também Porto, et al. (2010) defendem que a punção venosa e uso de soros glicosados não deverão constituir uma rotina, por forma a prevenir a hipoglicemia neonatal, visto, nalguns casos, poder causar efeito contrário, isto é, estimulando a produção de insulina pelo pâncreas fetal. Por tudo o que foi referido tentei, sempre que identificava uma situação de jejum “indevido”, questionar os pares e oferecer bebidas açucaradas e gelatina como consta no protocolo da instituição.

Segundo Lopes, et al. (2001), a aplicação rotineira de enemas, é usada com o intuito de facilitar a descida da apresentação fetal, estimular as contrações uterinas, diminuir o tempo do TP, reduzir a contaminação durante o parto levando, conseqüentemente, a uma diminuição do risco de infeção materna e fetal, contudo num ensaio clínico randomizado concluíram que não se verificou diminuição da duração de TP nem outras vantagens associadas ao mesmo. A OMS (1996) sublinha ainda que este é um procedimento desnecessário e que só deve ser realizado apenas a pedido da mulher.

Enquanto enfermeira estudante não possuía autonomia para tomar a decisão de não seguir um protocolo institucional embora este estivesse claramente desatualizado e contra a evidência científica apresentada. Tive então que encontrar outro caminho, assim questionei estas intervenções junto da EESMO orientadora e dos pares, esperando com isso levantar alguma inquietude a quem põe em prática os protocolos e a quem os elabora e valida. Encontrei receptividade junto de alguns elementos, outros manifestaram as mesmas dúvidas, e outros ainda não as entenderam ou não o quiseram fazer, contudo acredito que a mudança começa em cada um de nós logo este foi o meu contributo para o seu início.

Relativamente à deambulação e, após a análise do que já foi apresentado enquanto evidência científica atual, a CTG contínua e a presença de perfusão contínua de soros, é logisticamente difícil e condiciona a liberdade de movimentos. Contudo, a capacidade de adaptação a cada situação deve ser permanente e gerida de forma individual. Foi o que me propus, gerir diariamente com as mulheres/casais a meu cuidado. A existência de monitorização *wireless* na instituição (apenas 2 dispositivos para 7 salas de parto) foi uma mais-valia neste processo, pelo que tentei, com apoio da EESMO orientadora fazer esta gestão da melhor forma possível, permitindo também períodos sem soroterapia, nomeadamente quando apoiava e incentivava o uso da bola de bobath, duches e deambulação pelo quarto.

Na atualidade, muito se tem falado em obstetrícia moderna e em humanização do parto, e

esta poderá constituir um desafio importante na assistência à parturiente, no sentido de promover um parto mais fisiológico. De acordo com Mamede, et al., (2004), desde o início do século XVII, Mauriceau defendia que a adoção de posições verticais durante o TP facilitava a progressão e a adaptação do móvel fetal à bacia materna. O mesmo autor afirma ainda a existência de estudos que revelam a existência de benefícios fisiológicos para o binómio materno-fetal quando esta se mantém em movimento durante o TP, pois o útero contrai de forma mais eficaz e o aporte sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, logo o TP torna-se, assim, mais curto e a dor é menor.

Mudar de posição frequentemente mobiliza os ossos da bacia para ajudar o feto a encontrar a melhor posição, as posições verticais usam a gravidade para ajudar na descida do feto através do canal de parto (Simkin & Ancheta, 2005). O diâmetro superior e inferior da bacia pode aumentar quando a mulher se move durante o TP. Quando esta evolução é lenta a mudança de posição, frequentemente, ajuda a “reencontrar o ritmo” (Calais-Germain & Parés, 2007).

Neste sentido a evidência científica atual disponível é unânime no que toca à liberdade de movimentos e promoção de posições não supinas durante o TP. Os estudos publicados (Lawrence, et al. 2009; Simkin & Bolding, 2004; Simkin & O’Hara, 2002) sobre o movimento em TP e incentivo às posições verticais concluíram que quando comparadas com as políticas de cuidados que restringem os movimentos, as políticas que encorajam as mulheres a andar, mobilizar-se, ou a mudar de posição no TP podem ter os seguintes resultados: menor intensidade da dor, menor necessidade de medicação para as dores, tal como analgesia loco-regional e estupefacientes, redução do tempo do TP, menos CTG contínua e menos partos distócicos.

De facto, nenhuma mulher que participou em qualquer um dos estudos de investigação, referiu estar mais confortável deitada do que em outras posições (Simkin & Bolding, 2004). Nenhum estudo alguma vez demonstrou que deambular durante o TP fosse prejudicial em mulheres saudáveis e com TP de evolução normal (Storton, 2007).

Neste sentido, procurei implementar estratégias de cuidar promotoras da autonomia da mulher/casal, respeitando as suas convicções e desejos, e empoderando-os na tomada de decisão. Senti que culturalmente o TP ainda é visto, pela mulher, como um processo passivo e medicalizado, onde esta é despojada da sua identidade enquanto mulher e enquanto elemento principal de todo aquele momento.

O processo de **conhecer** a mulher/casal, compreender as suas expectativas, vontades e desejos era o mote para desenvolver uma relação de proximidade e partilha pois começar

por perguntar “Como é que imaginam o vosso parto?” dava aso a longas conversas! E assim, para dar resposta ao tema escolhido, a pergunta seguinte era inevitável, “Em que posição imaginou parir?”. Aqui a expressão de espanto eram uma constante e as respostas variavam de “Deitada, claro...! Então mas pode ser noutra?” a um “Se fosse possível gostava muito de parir de cócoras!”.

Desconstruir preconceitos enraizados, **possibilitar** e apoiar as tomadas de decisão, sugerir novas abordagens que se adequem melhor àquela mulher/casal ou que favoreçam a descida da apresentação foi o trabalho desenvolvido diariamente com todas as mulheres a quem tive o privilégio de cuidar e do qual o *feedback* foi profundamente gratificante.

Fisiologicamente o TP “é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero através do canal de parto” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 344), contudo esta não se resume a um ato biológico, vai muito para além disso. Em termos culturais, parir é ainda sinónimo de dor e esta dor tem por base não só fatores anatomofisiológicos, mas também fatores de ordem historico-culturais, surge então a ansiedade, o medo relacionado com a dor de parto, malformações do bebé, e o medo do desconhecido, tão característicos da gravidez (Couto, 2003). De acordo com o estudo realizado pelo mesmo autor o parto simboliza o nascimento de um filho, mas também a realização da mulher, momento ao qual é associado medo e ansiedade. Assim, Canavarro (2001) lembra que a grávida traz para a experiência do parto inúmeras peculiaridades fisiológicas, psicológicas e sociais, no entanto não deixa de ser um momento de maior fragilidade física, psíquica e emocional.

Indo ao encontro dos processos de cuidar de Swanson, **conhecer** e **estar com** a mulher/casal, **possibilitar** as suas tomadas de decisão conscientes e informadas, **fazer por** eles aquilo que não conseguiam fazer sozinhos e **manter sempre a crença** ao longo deste processo permitiu-me “levar a bom porto” 44 mulheres em TP as quais me concederam o privilégio de assistir os seus partos.

Outro aspeto que, a meu ver, importa referir passa pela dicotomia de abordagens entre equipa médica/equipa de enfermagem. Ao longo deste percurso formativo tive a oportunidade de acompanhar o primeiro estágio do TP e grande parte do segundo estágio de 10 mulheres/casais, contudo, por situações variadas como CTG não tranquilizador ou esforços expulsivos maternos pouco eficazes mas sempre associadas a “desconforto” da equipa médica, avançou-se para um parto distócico por fórceps ou ventosa, ou até mesmo cesariana. A sua necessidade não é, de todo, posta em causa, pois a imprevisibilidade em obstetrícia é uma constante e as equipas devem estar preparadas para agir em

conformidade quando detetados sinais indicadores de que um parto eutócico possa pôr em risco o bem estar materno e/ou fetal, contudo questiono se, nestes 10 nascimentos, seriam mesmo necessárias 10 intervenções instrumentadas, defensivas e demolidoras do papel central da mulher pois como lembra Cechin (2002) é fundamental usufruir da tecnologia existente mas sem esquecer que o acolhimento e o respeito são fundamentais.

O documento “Pelo direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada” (OE & APEO, 2012, p.20) lembra que “o estabelecimento de uma atmosfera de compreensão e incentivo à auto-expressão, assim como o respeito pela privacidade da mulher são aspetos essenciais numa assistência de excelência”. Estes são princípios básicos pelo respeito da dignidade humana e devem ser mantidos não obstante o uso de ventosa. A realidade com que me deparei foi da passagem de um ambiente calmo, à média luz, sem ruídos exagerados, com poucos profissionais na sala para uma invasão da mesma por toda a equipa médica de: obstetras, pediatra, luzes no máximo, ordens soltas gritadas nem sabemos bem por quem... enfim, uma completa expropriação do papel ativo da mulher e da sua privacidade, daquele momento tão seu que vai deixar de ser partilhado com o convivente significativo pois entretanto “já foi convidado a aguardar lá fora”. Tentei ao máximo minimizar estes efeitos estando presente em todo o processo, promovendo o regresso do convivente significativo e a proximidade mãe/RN o mais precoce possível.

Como já foi anteriormente referido, o processo de humanização do nascimento é consensualmente admitido como importante e desejável, incluindo a revisão de conceitos e práticas desatualizados, logo, enquanto equipa multidisciplinar a trabalhar em prol de um único objetivo, a mulher/casal e o RN, ainda temos um longo caminho a percorrer no que concerne à unificação de abordagens, condutas e posições. Mais, Odent (2000) lembra que as sociedades impõem um padrão de comportamento à mulher durante o TP e com isso afirma que, de um modo ou outro, todas as culturas promovem um distúrbio no processo fisiológico que cerca o período do parto. A mulher em TP, diz o autor, antes de mais precisa sentir-se segura, pois esse sentimento é um pré-requisito para um parto natural.

Nem todo o trabalho desenvolvido no BP tem como desfecho um final feliz. Faz também parte das competências do EESMOG cuidar a mulher em situação de abortamento (OE, 2010). A gravidez tem um significado simbólico e particular para cada mulher, contudo as situações de abortamento provocado (Interrupção Médica da Gravidez) ou espontâneo trazem sempre consigo um pesar e uma tristeza associados. Vivi de perto uma situação em que, por patologia fetal, foi diagnosticada às 20 semanas alteração dos fluxos das artérias umbilicais e posterior morte fetal.

Muito antes do nascimento, já existe uma forte união pois a mãe sente o seu filho como fazendo parte de si e partilhando consigo uma história recheada de experiências e momentos únicos, vividos a um nível íntimo e exclusivo, a esta relação dá-se o nome de vinculação (Bowlby, 2002). Durante a gravidez a futura mãe fantasia o seu filho e afloram sentimentos como o desejo de ser completo e onnipotente de fusão e união com o outro, de se rever no filho, de renovar velhas relações e da realização de ideais e oportunidades perdidas (Brazelton & Cramer, 2007). Esta ligação afetiva é fortalecida ao longo da gravidez, em particular a partir do segundo trimestre, altura em que os movimentos fetais começam a ser percebidos (Lowdermilk & Perry, 2008).

A perda de um filho é um processo traumático ligado à perda de um objeto de amor, assim enfrentar e ultrapassar um aborto é uma tarefa que coloca em causa o equilíbrio psicossomático da mulher/casal (Canavarro, 2001). Enquanto futura EESMO não posso dissociar-me da minha condição humana emocional pelo que não posso afirmar que desenvolvi estratégias para gerir situações limite como estas. Confio e continuarei a confiar nos meus instintos e não impedirei de me emocionar, chorar quando sentir necessidade, oferecer a minha presença, um ombro, um abraço, como fiz sempre que percebi que as palavras que podem ajudar naquele momento ainda não foram inventadas.

Todo o trabalho desenvolvido e apresentado até aqui não é dissociável da temática que me propus desenvolver e que me acompanhou desde o início, contudo, dada a sua relevância no contexto clínico, enquanto resultado da prática baseada na evidência, sinto necessidade de o escortinar de forma mais detalhada. Assim, apresento seguidamente os processos de cuidar desenvolvidos e reflexão sobre os resultados que alcancei.

2.2.1. Cuidados promotores de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto

O caminho de aprendizagens trilhado foi muito pensado, idealizado, desejado e os resultados esperados delineados inicialmente são o reflexo disso mesmo. Neste sentido procurei descortinar cada um deles e, utilizando o pensamento reflexivo, reviver cada trilho que fez parte do meu caminho.

Promoção da adoção de posições verticais no segundo estágio do TP

O uso dos processos de cuidar segundo Swanson permitiram munir-me de ferramentas extremamente úteis no cuidado à grávida/casal. Embora a gravidez seja um evento biologicamente natural, esta é singular na vida de cada mulher pois cada gravidez é única, cada parto é único. A individualidade de cada mulher, de cada família e de cada parto exigiam-me uma atualização constante nas formas de abordagem utilizadas, contudo alguns pontos eram transversais a todos eles. Como tal era necessário **conhecer** a mulher/casal seguindo as premissas de Swanson (1993) pois estava perante uma pessoa, ser único em transformação e a viver um processo cuja sua plenitude se manifesta por pensamentos, sentimentos e comportamentos mutáveis ao longo da sua vida mas singulares naquele momento.

Este **conhecer** profundo baseado na partilha e confiança permitiu-me **estar com** a mulher/casal, isto é, desenvolver uma relação estreita de cumplicidade, respeito e confiança. Foi necessária uma abertura de espírito, e uma entrega da minha parte para conseguir envolver-me intrinsecamente com cada mulher/casal, mostrando disponibilidade, permitindo-lhe (lhes) expor os seus sentimentos, dando-lhe (lhes) tempo, escutando-a (os) atentamente (Swanson, 1993).

Assim, apresentei-me a todas as mulheres/casais, explicando o meu percurso profissional e formativo. A minha presença e os cuidados que me propunha prestar, sob a orientação da EESMO orientadora local, foram sempre prontamente aceites, isto é, dado o seu consentimento tácito. Após este primeiro passo era importante começar a conhecer o casal, compreender as suas expectativas, as suas vontades, os seus medos. Dediquei especial atenção a encontrar o momento certo, pois precisava de um ambiente calmo, sem interrupções e principalmente sem dor, ou qualquer outro desconforto, para que fosse possível esta partilha. Neste sentido tentava compreender quais as estratégias de alívio de dor que cada mulher tinha pensado (ou não) usufruir e definíamos estratégias para as pôr

em prática, pois, segundo a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a American Society of Anesthesiologists (2006) desde que sob vigilância médica e na ausência de contraindicação clínica, o pedido da grávida é um critério suficiente para iniciar de imediato a analgesia do TP.

A construção da minha relação com o casal começava no primeiro minuto, contudo, o período em que era necessário cumprir o repouso no leito após a analgesia loco regional era, muitas vezes, o momento que considerava perfeito para **conhecer** o casal pois, sem dor, a sua disponibilidade era agora total. Contudo, numa das situações vividas, não houve tempo para questões e muito menos para analgesia pois era um TP precipitado. A decisão de parir numa posição semi-sentada foi da mulher e eu só tive tempo de **possibilitar** e apoiar a sua tomada de decisão. Esta escolha quase instintiva vai ao encontro do que Gayeski e Brüggemann (2009) referem enquanto aspetos positivos das posições verticais, segundo os autores estas promovem sensação de conforto, liberdade de movimentos, redução do esforço expulsivo e da dor e participação mais ativa da mulher.

Era fundamental identificar os conhecimentos que já possuíam, estes podiam ser uma preciosa ajuda ou pelo contrário, revelarem-se um conjunto de mitos não fundamentados promotores de medo e pré-conceitos que precisavam ser desconstruídos e desmistificados. Era ainda importante compreender as experiências anteriores e de que forma estas tinham influenciado a forma como o parto atual tinha sido idealizado e imaginado. Este reconhecimento de conhecimentos, vontades e medos levava-me à introdução do tema ao qual dediquei particular atenção, as posições de parto verticais perguntando em que posição imaginou parir.

Procurei desmistificar os preconceitos culturalmente enraizados sobre a posição em que a mulher podia parir dando a conhecer as vantagens da adoção de posições verticais já abordados anteriormente. Contudo a decisão foi sempre da mulher, logo procurei experimentar com o casal as posições verticais mais favoráveis para cada mulher em TP.

Assim, era imperativo sugerir posições que se adequassem ao casal e à evolução do TP. Sabendo que a posição de cócoras aumenta cerca de 1,0 a 1,5 centímetros os diâmetros do estreito inferior da bacia e contribui para uma retificação da curvatura lombo-sagrada e rotação superior da sínfise púbica (Calais-Germain & Parés, 2007), tendo o mesmo efeito da Manobra de McRoberts sobre a distócia de ombro (Amorim, Duarte, Andreucci, Knobel & Takemoto, 2013). Foi a posição de eleição nas situações de suspeita de macrossomia fetal quer por avaliação ecográfica ou na presença de diabetes gestacional (DG) pois este é

um dos fatores de risco identificados, associado à hipertrofia muscular fetal e aumento do diâmetro biacromial (Politi, D'Emidio, Cignini, Giorlandino & Giorlandino, 2010).

A capacidade de auto satisfação das suas necessidades pode inclusive ser posta em causa por condicionalismos decorrentes do TP. Desta forma, **fazer pela** grávida aquilo que ela faria autonomamente se fosse possível, constituiu outro dos pilares nos cuidados que prestei e sempre que era possível o seu autocuidado ser assegurado por si ou pelo convivente significativo este foi também incentivado.

Aqui é imperativo falar-se também em **possibilitar**, que não é mais do que facilitar a passagem pelos processos de transição e até mesmo eventos adversos (Swanson, 1991). Isto só é possível possibilitando que a mulher/casal viva os seus sentimentos, que os sinta na sua plenitude, que chore ou que ria com eles, facilitar-lhe estes momentos contribui para o seu crescimento. **Possibilitar** face a processos complexos como a transição para a parentalidade ou as situações de doença durante a gravidez e TP contribui para que os mesmos sejam vividos de forma saudável, construtiva e enriquecedora. Neste sentido, Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen (2012) referem que o poder de decisão da escolha de parto, seja ela sugerida ou eleita, é uma mais-valia na promoção de uma experiência de parto positiva à mulher/casal.

Ao longo deste processo, por vezes moroso, é fácil perder a fé, deixar de acreditar nas suas capacidades, autocontrolo e perseverança. **Manter a crença** tornou-se mais um ponto-chave na construção dos processos de cuidar desenvolvidos com a mulher/casal. Watson (2002) reforça a importância deste conceito, afirmando que o enfermeiro deve reforçar a fé, esperança e potencial em si próprio e na pessoa que cuida. Esta fé pode ser potenciada em algo ou alguém além dela própria como, por exemplo, no filho que vai nascer (Coutinho, Moraes, Parreira & Duarte, 2014).

O uso das posições verticais como ferramenta durante o TP apresenta vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Estas permitem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os esforços expulsivos maternos e facilitando a descida fetal (Lewis et al., 2002; Gupta & Nikodem, 2000).

Segundo os autores referidos, os benefícios do seu uso são inegáveis contudo é importante que o EESMO conheça os seus benefícios para conseguir adequar os resultados pretendidos à individualidade de cada situação e assim contribuir para a promoção de uma experiência de parto positiva à mulher/casal.

Foi ainda construído um quadro resumo com as principais vantagens e desvantagens das

posições verticais (APÊNDICE III). Este quadro foi uma ferramenta de trabalho e apoio sempre que surgia alguma dúvida. Dar a conhecê-lo aos elementos da equipa foi uma das atividades que ficou por concretizar devido a questões de disponibilidade de serviço, contudo não será “arrumado na gaveta” pois pretendo, à posteriori, apresentá-lo e elaborar uma proposta de protocolo de serviço baseado no mesmo.

Promoção de uma experiência de parto positiva à mulher/casal através da posição vertical durante o segundo estágio do TP.

A vivência do parto é, invariavelmente, um momento único e uma experiência marcante e significativa na vida de uma mulher. Durante muitos e longos anos, esse momento e os sentimentos vividos durante o nascimento do seu filho serão lembrados, ao mínimo pormenor pela mulher, agora mãe.

Neste âmbito, Lopes, et al. (2009) acreditam que a satisfação da mulher em relação ao parto e nascimento do seu filho está intimamente ligada a diversos fatores. Destacam a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos existentes e, principalmente, a atenção e os cuidados recebidos durante o TP.

Posto isto, o EESMO pode (e deve) fazer toda a diferença na promoção de uma vivência de parto positiva, pois como lembram Nieuwenhuijze, et al. (2012), compete ao profissional preparar a mulher/casal não só para a escolha da posição de parto como para a eventual necessidade desta ter de ser modificada por condicionalismos decorrentes do TP, sem que isso afete a sua autoestima ou interfira com a sua vivência do parto. A mulher/casal, enquanto beneficiários dos cuidados especializados prestados pelo EESMO, têm o direito de usufruir do respeito pela sua perspetiva individual e da inter-relação com os conviventes significativos no ambiente sociofamiliar em que vivem e se desenvolvem (OE, 2010). Por outro lado, o EESMO deve possuir competências sustentadas nas teorias de enfermagem para orientar o exercício profissional especializado e ter em conta as características dos contextos clínicos para fomentar a qualidade dos cuidados prestados.

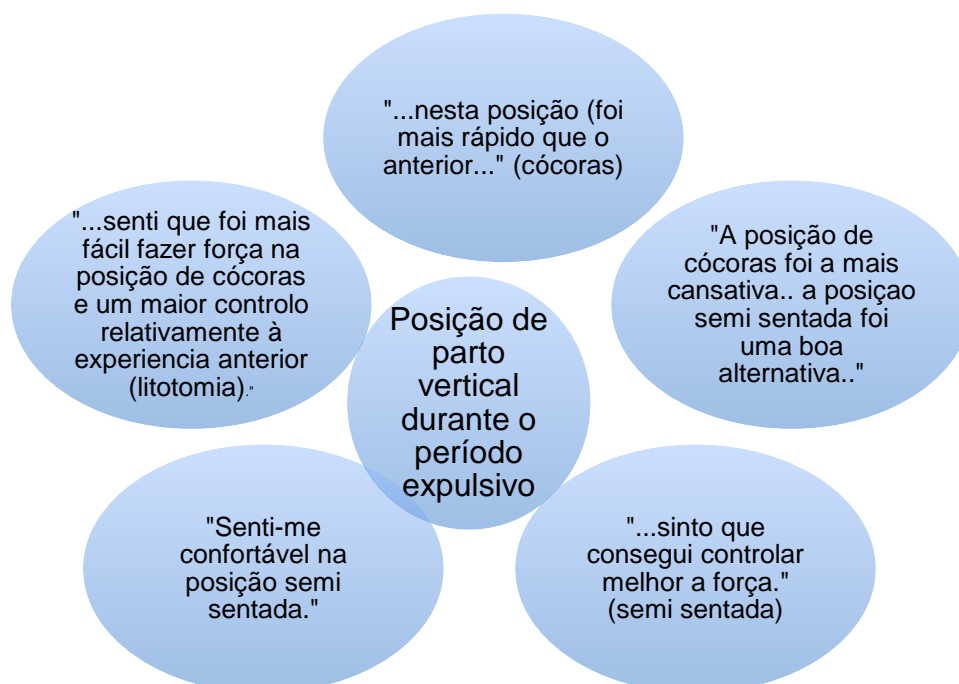
Era fundamental, à posteriori, compreender que impacto teve a minha intervenção na vivência de parto das mulheres que cuidei. Neste sentido foi construído um instrumento de registo onde, durante a visita realizada já em contexto de internamento no puerpério, recolhi um conjunto de informações relevantes e justificadas pelos objetivos propostos e pelos resultados da Revisão Integrativa da Literatura.

Das 44 mulheres a quem tive o privilégio de colaborar nos seus partos, 7 delas adotaram posições verticais durante o período expulsivo e foi sobre estas que efetuei o registo. O segundo estágio do TP é definido como o período desde a dilatação completa até à expulsão do feto (Lowdermilk & Perry, 2008) logo, durante este intervalo de tempo é possível que a mulher adote as mais variadas posições, durante diferentes períodos de tempo. Considero este registo extremamente interessante enquanto contributo para a prestação de cuidados relativamente a todo o segundo estágio do TP e a sua relação com a posição materna.

Consciente das minhas limitações associadas à inexperiência, senti uma grande dificuldade em realizar um registo fiel à realidade de todas as situações vividas e durante todo o segundo estágio do TP. A quantidade de focos que “roubavam” a minha atenção aliado ao nervosismo e intensidade com que vivi cada nascimento não me deixavam espaço para transpor para o papel a alternância de posições, em que momentos, durante quanto tempo e com que autonomia a decisão foi tomada, no entanto permitiu-me refletir e ir ajustando cuidados às parturientes a quem prestava cuidados posteriormente (APÊNDICE IV).

Assisti ao parto de 7 mulheres, as quais adotaram posições verticais durante parte do segundo estágio do TP, nomeadamente durante o período expulsivo e constatei que a posição de parto influenciou a sua perceção sobre o mesmo pelo *feedback* dado como consta na figura seguinte:

Figura 2. Resumo da perceção das mulheres sobre a posição vertical durante o período expulsivo.



As posições adotadas foram a posição semi-sentada (5 mulheres) e a posição de cócoras (2 mulheres) e, com exceção de uma, todas as outras mulheres optaram por analgesia locoregional. Os resultados encontrados vão ao encontro do que Gayeski e Brüggemann (2009) referem relativamente à percepção das puérperas sobre a adoção de posições verticais no segundo estágio do TP, em que estas estavam relacionadas com a sensação de conforto, liberdade de movimentos, redução do esforço expulsivo e da dor e participação mais ativa da mulher. O desconforto foi também apontado pelos mesmos autores como uma percepção negativa.

Relativamente às implicações no pós-parto, na mulher e no RN, não encontrei qualquer implicação negativa associada à posição de parto. Ocorreram quatro lacerações perineais de grau II e uma de grau I que foram suturadas, um períneo íntegro e uma episiorrafia/episiotomia, sem edema associado e todos os RN atingiram um índice de APGAR entre 9 e 10 ao primeiro minuto de vida, o que vai ao encontro do que Terry, et al. (2006) encontraram e concluem que o incentivo à adoção de posições não supinas durante o segundo estágio do TP não aumenta o risco para a parturiente e RN. Segundo Gupta e Hofmeyr, (2008) parecem ser mais frequentes as lacerações perineais de segundo grau, o que realmente verifiquei.

A mobilização da teoria na prática diária ao longo desta etapa formativa foi baseada, como já foi referido, na construção dos processos de cuidar defendidos por Swanson, contudo procurei dar sempre o meu cunho pessoal, influenciado pelos meus valores, convicções e princípios. O retrato do trabalho realizado junto de cada uma das mulheres a quem tive o privilégio de cuidar encontra-se descrito num dos diários de aprendizagem elaborado ao longo do estágio e procura descrevê-lo de forma fiel como consta no APÊNDICE V.

Atualmente um dos grandes desafios da EESMO passa por proporcionar um parto seguro, onde a mulher assume o papel principal, enaltecendo a sua individualidade e o seu contexto sociocultural, tornando a experiência do TP numa vivência positiva e de realização para a mulher/casal. Como Colman e Colman (1994) recordam, o parto é o culminar da gravidez, logo parece correto que a experiência da gravidez termine tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida.

A forma como a mulher percebe as práticas obstétricas varia em função de um amplo e diverso conjunto de fatores individuais, sociais, culturais e situacionais. **Conhecer** o que a mulher considera importante, o que espera, o que encontra e sente, permitiu-me adequar os cuidados prestados às suas necessidades, melhorando o nível de satisfação e a qualidade

dos mesmos, pois a evidência mostra que o posicionamento da mulher durante este período é um dos fatores determinantes na sua experiência de parto, e em particular, as posições verticalizadas, pois oferecem um conjunto de benefícios inegáveis à mulher, não só a nível físico como também a nível psicológico (*Gayeski & Brüggemann, 2009; Nieuwenhuijze, et al., 2012; de Jonge, et al., 2008; Schirmer, et al., 2011; Ragnar, et al., 2006; Nieuwenhuijze, Budé, et al., 2012; Terry, et al., 2006*).

Contributo para a concretização do projeto Maternidade com Qualidade no BP

O Projeto Maternidade com Qualidade, impulsionado pela MCEESMO, surge pela necessidade em garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pelos EESMO, respeitando os direitos da mulher, a satisfação das suas necessidades e expectativas. Para isto foram desenvolvidos um conjunto de indicadores de evidência e medida dos quais se destaca o estímulo a posições não supinas durante o TP (OE, 2013).

Neste sentido, ao promover processos de cuidar promotores da adoção de posições verticais torna-se claro o contributo dado a esta causa e sobretudo à qualidade dos cuidados especializados prestados em Sala de Partos.

A atenção social dada à humanização do parto começa a ser cada vez mais visível. As mulheres, mais do que nunca, começam a despertar para o seu papel de protagonista no seu parto, questionam, procuram serviços dos quais tenham referências que os cuidados que lhes vão ser prestados vão ao encontro das suas vontades, desejos e princípios. Cabe ao EESMO, pela sua formação e competências que lhe são inerentes, oferecer esses cuidados com segurança e qualidade.

2.3. Pós-parto

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o período pós-parto é definido como o intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos maternos ao seu estado não grávido, este, denominado de puerpério, tem uma duração de cerca de seis semanas após o parto, todavia, crê-se que varie de mulher para mulher. Nesta fase, o papel do EESMO não se resume apenas à vigilância de aspectos fisiológicos relacionados com a regressão da gravidez, mas também a certificação de que a mulher e família experienciam uma transição e adaptação à parentalidade de forma segura.

A OE (2010) preconiza então o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (H.4). Este divide-se ainda em 3 unidades de competência: (H4.1) “promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal”, (H4.2) “diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal” e (H4.3) “providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal”, sendo estas as competências que desenvolvi.

O pós-parto é um período marcado pela grande vulnerabilidade física e emocional para a puérpera, período que comporta mudanças e consequentes reajustamentos ao papel maternal (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, a transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para o assumir do novo papel (Vieira, et al., 2008). Meleis (2000) acrescenta ainda que transição é um conceito central a pesquisadores, teóricos e cuidadores em enfermagem. Logo, estas alterações no ciclo de vida familiar são um dos focos de intervenção da Enfermagem e levam ao desenvolvimento de novas perspectivas, reflexão e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais.

Compete ao EESMO, enquanto profissional que acompanha todas as fases do ciclo reprodutivo desde a préconceção até à maternidade, promover cuidados, disponibilizar apoios e definir estratégias com as famílias de forma a facilitar e possibilitar o processo de adaptação à parentalidade. Em contexto de sala de partos este tempo resume-se às 2 horas após o nascimento, designado por quarto estágio do TP (Lowdermilk & Perry, 2008) e posterior transferência da mãe e RN para o serviço de Obstetrícia, porém, à medida que a figura materna se adapta ao seu papel parental, podem ser observadas três fases

caracterizadas por comportamentos dependentes, seguindo-se de dependentes-independentes e posteriormente comportamentos interdependentes (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante as primeiras 24 a 48 horas após o parto, predominam as necessidades de dependência, isto porque, “mulheres adultas e aparentemente saudáveis parecem suspender a sua participação nas actividades e responsabilidades diárias, contando com os outros para satisfazer as suas necessidades” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 530). Na perspetiva destas autoras, nesta fase, o verbalizar e aceitar as experiências de gravidez e nascimento ajuda os pais a passarem à fase seguinte, acrescentando ainda que “se a mãe teve o apoio e os cuidados necessários nas primeiras horas ou dias, pelo segundo ou terceiro dia deseja tornar-se independente nas suas acções” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 531). Neste período privilegiei o **fazer por**, prestando cuidados de higiene e conforto, e o **possibilitar**, colaborando na adaptação do RN à mama, de forma a satisfazer essas necessidades.

Realizar pelo menos uma visita ao serviço de Obstetrícia a todas as mulheres a quem prestei cuidados assumiu-se como uma preocupação constante ao longo desta etapa. Esta, tinha como principais objetivos compreender não só o impacto que os processos de cuidar adotados, dirigidos ao uso de posições verticais no segundo estágio do TP, tiveram na sua perceção de parto, como também, dar continuidade ao processo relacional conseguido e, através da disponibilidade e abertura promover apoio e sobretudo oferecer disponibilidade para esclarecer dúvidas, colocar questões e desmistificar preconceitos. Também foi minha preocupação identificar melhorias a implementar decorrentes da observação do resultado da técnica de correção cirúrgica perineal e da escuta sobre o impacto e vivência do nascimento do filho e, desta forma, dar continuidade aos processos de cuidar implementados. Assim, **estar com** a puérpera, **possibilitando e mantendo a crença** no seu potencial parental permitiu-me ainda continuar o processo de **conhecer** o significado da experiência de parto vivida de modo a adequar progressivamente os cuidados que prestei nos diferentes momentos. Estes processos de cuidar implementados vão ainda ao encontro do que a OMS (1998) defende enquanto cuidados pós-natais, pois estes devem ser centrados nas famílias, individualizados, multidisciplinares, holísticos e culturalmente contextualizados.

Um dos temas sobre os quais encontrei mais dúvidas foi a amamentação. Quando lançava a questão, “como pretendem alimentar o vosso bebé?”, a resposta era unânime “mama, claro!” ou então “eu gostaria de amamentar mas não sei se vou ser capaz...”.

A OMS (1996) recomenda o aleitamento materno exclusivo a todas as crianças até aos seis meses e como complemento até aos dois anos ou mais. Os seus benefícios são inúmeros e

destaca-se o facto de ser nutricionalmente superior a qualquer alternativa pois sofre alterações ao longo do tempo de forma automática para dar resposta às necessidades do lactente, contém fatores de crescimento que promovem o desenvolvimento cerebral e do sistema gastrointestinal, fornece fatores de imunização que combatem doenças e alérgenos. Para a mãe os benefícios da amamentação passam pela diminuição da hemorragia pós-parto e involução uterina mais rápida, a recuperação mais rápida do peso pré-gestacional, a diminuição do risco de cancro da mama, útero e ovário, a diminuição do risco de osteoporose, após a menopausa, a experiência de uma ligação única, favorecendo a aquisição do papel maternal (Lowdermilk & Perry, 2008). De acordo com as autoras, a amamentação constitui um prolongamento da gravidez e do nascimento.

Habitualmente, as mães decidem amamentar os seus filhos pois conhecem os seus benefícios porém é uma decisão pessoal, baseada nas suas crenças, juízos e valores e deve, como tal, ser respeitada. Confesso que todas as mulheres a quem prestei cuidados queriam amamentar, umas mais convictas que outras, mas todas em unísono conheciam os benefícios da amamentação. A educação para a saúde desenvolvida foi alvo de atenção ao longo dos cuidados prestados e possibilitou uma adaptação positiva durante este processo. Pretensiosismos à parte, não duvido que outras dúvidas surgiram à posteriori mas procurei explorá-las e esclarecê-las nas minhas visitas ao serviço de Obstetrícia, **mantendo a sua crença e possibilitando** a amamentação.

Num estudo longitudinal prospetivo abrangendo 475 puérperas na Maternidade do Hospital Santa Maria, em Lisboa, baseado em questionários diretos aplicados no pós-parto, aos três e seis meses, concluiu-se que à saída da maternidade, 91% das puérperas amamentavam o seu filho (77,7% em exclusividade) tendo esta percentagem diminuído para 54,7% aos três meses e 34,1% aos seis meses. De notar que, em 68,6% a iniciativa de prescrever leite artificial coube ao médico assistente (Sandes et al, 2007). Aqui reflete-se a importância de um apoio profissional estruturado e contínuo a começar no início da amamentação na primeira hora de vida.

Mais recentemente foi publicado o relatório essencialmente descritivo que apresenta os resultados globais dos dados introduzidos na base de dados do Registo de Aleitamento Materno, entre janeiro e dezembro de 2013. Entre outros indicadores, os dados foram recolhidos nos vários momentos de observação do aleitamento materno exclusivo: à data da alta na maternidade, no dia da consulta de puerpério (5/6 semanas) e nas sucessivas etapas de vacinação (segundo o Plano Nacional de Vacinação). Estes mostram que para uma amostra de 31097 RN, 76,67% recebe aleitamento materno exclusivo no momento da

alta hospitalar, porém 98,6% iniciou aleitamento materno antes da alta hospitalar. Aos 5 meses de vida, apenas 22,1% de 213 crianças recebiam aleitamento materno exclusivo. Das várias conclusões deste estudo importa referir que apenas 25.0% de 28 crianças vacinadas aos 15 meses mantinham aleitamento materno (DGS, 2014).

Estes estudos espelham a importância do apoio dado principalmente aquando da alta hospitalar mas outras questões se levantam. Se este apoio existe porque é que não é procurado? Será que os benefícios da amamentação, tão divulgados e promovidos, estão a ser bem compreendidos pelas mulheres/famílias/sociedade? Será que uma dificuldade é o suficiente para que a opção de desistir do projeto de amamentar seja posta em prática? Fica a dúvida e a sugestão para mais e novas pesquisas indutoras de mudança.

A riqueza de situações vividas, de aprendizagens e momentos promotores de desenvolvimento de competências inerentes a todo este processo foram infindáveis. Aqueles aqui apresentados foram, de alguma forma, os mais marcantes, mais construtivos e promotores de crescimento, no entanto sei que outros tantos ficaram por descrever. E, dando o mote para o capítulo que se segue, talvez esta seja a principal limitação do trabalho.

3. LIMITAÇÕES

O caminho percorrido foi longo, cheio de pequenas vitórias, objetivos alcançados e desejos cumpridos mas também de algumas dificuldades, logo não poderia deixar de as relembrar para desta forma também crescer com elas.

A primeira e mais difícil de superar foi o cansaço acumulado por dois anos de dedicação a esta etapa devido ao sobrepôr das exigências acadêmicas e profissionais, como prestadora de cuidados, sem redução de horário. Por o dia não ter 30 horas muitas “coisas” ficaram para trás, nomeadamente do ponto de vista pessoal o que, de alguma forma, também condicionava o meu bem-estar e disponibilidade mental.

Relativamente à Revisão Integrativa da Literatura e em particular ao longo da pesquisa e análise da evidência encontrei diversas limitações que, de certa forma, poderão ter condicionado os resultados obtidos. Apesar da pesquisa nas bases de dados ser feita de forma criteriosa e obedecendo à metodologia de Revisão Sistemática da Literatura deparei-me com diversos artigos pertinentes para a minha temática mas que não apresentavam o texto integral disponível, logo foram inevitavelmente excluídos. A dificuldade encontrada no acesso às fontes primárias revelou-se também outro obstáculo, tendo sido contornado recorrendo às fontes secundárias.

Importa ainda referir que foi realizada uma seleção exclusiva de artigos publicados em inglês, português e espanhol contudo, posso ter desperdiçado valiosas contribuições publicadas em outras línguas, as quais não tinha forma de traduzir fielmente. A seleção dos artigos foi realizada pela identificação das palavras-chave, leitura do título e resumo, pelo que podem ter sido também negligenciados estudos com dados relevantes.

Apesar de ter encontrado praticamente em todos os artigos amostras significativas, a análise dos artigos selecionados não permite generalização de resultados, pois foram aplicados em contextos socioculturais dispares. Aliado a este fator, a falta de evidência científica demonstrada na realidade portuguesa continua a ser também um fator limitador.

Ao longo dos Ensinos Clínicos e em especial neste último, encarei as dificuldades sentidas como um desafio que sempre estive determinada em superar, assumindo sempre um comportamento assertivo, interessado, motivado e nunca esquecendo o meu papel enquanto enfermeira estudante, em papel formativo. Construí este meu caminho com o

apoio de todos os profissionais com quem contatei e apesar de ter encontrado diferentes capacidades formativas e disponibilidades devo a todos a minha sincera gratidão.

Sinto que as experiências vividas e o trabalho reflexivo que fiz conduziram ao meu crescimento pessoal e profissional, tanto ao nível técnico como ao nível científico e humano, potenciando as minhas capacidades e o desenvolvimento das minhas competências como futura EESMO.

Apesar de ter plena noção do meu papel enquanto aluna em processo formativo e de aprendizagem, não posso anular o meu percurso profissional construído até aqui, o que me confere a capacidade de olhar para todas as experiências de cariz prático de uma forma crítica e construtiva. Senti alguns obstáculos e alguma desmotivação, relacionados com falhas de comunicação, que foram ultrapassados no decorrer do Estágio e que também proporcionaram momentos de grande aprendizagem. Como referem Monteiro e Queirós (1994) as distintas conceções do mundo e da vida originam mal-entendidos na comunicação, isto é, ouvimos o que os outros não dizem e os outros compreendem o que nós não dizemos.

Relativamente aos pares percebi que existe uma abertura e disponibilidade crescente relativamente às posições de parto verticalizadas contudo a insegurança e o medo continuam a estar presentes o que vai ao encontro com o que de Jonge, et al., (2008) referem. Embora tivesse projetado uma sessão de formação com a equipa de enfermagem, iniciei esta tentativa de sensibilização com um Poster Resumo sobre as Vantagens e Desvantagens das Posições de Parto (APÊNDICE III) à chefia. A receptividade foi positiva mas a sessão de formação acabou por não ser agendada por questões de disponibilidade, porém é um projeto que não será “arrumado na gaveta” e ao qual pretendo dar continuidade num futuro próximo.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer intervenção ou cuidado dirigido a uma pessoa implica a presença de uma componente ética inerente à abordagem e onde se apelam aos valores humanísticos. Neste sentido a OE (2013) lembra que os enfermeiros são profissionais de saúde constantemente chamados a intervir e a tomar decisões, no sentido de preservar a saúde, combater a doença, ajudar a nascer e a morrer. O que significa ter presente que cada pessoa tem uma forma particular de viver a experiência de saúde/doença e esta deve ser respeitada seja qual for a sua condição (OE, 2013).

Assim, ao longo deste percurso académico, procurei prestar cuidados especializados e de excelência baseados na evidência científica mais atual respeitando sempre os princípios éticos inerentes à Ciência da Enfermagem descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Apesar de não se tratar de um trabalho de investigação, houve a necessidade de colher dados decorrentes da interação com a mulher/casal que me permitissem refletir, repensar e ajustar cuidados. Estes foram objeto de explicitação no presente relatório e permitiram-me complementar o meu crescimento pessoal e profissional enquanto contributo para uma aprendizagem refletida. Ainda assim, nunca deixei de salvaguardar a privacidade e anonimato de todos aqueles que cuidei, bem como nunca deixei que este registo interferisse ou se sobrepusesse à construção dos processos de cuidar.

Neste sentido apresentei-me sempre como enfermeira, mas atualmente assumindo a posição de aluna a frequentar o CMESMO, e mantive sempre presente as premissas descritas no Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e ainda os cinco princípios ou direitos fundamentais defendidos por Fortin (1999) e que devem ser aplicados pelos códigos de ética no decurso de uma investigação: o direito à autodeterminação (participação livre na investigação), o direito à intimidade (liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas), o direito ao anonimato e à confidencialidade (os resultados da investigação devem ser apresentados de tal forma que

nenhum dos participantes possa ser identificado), o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo (proteção do investigado contra eventuais inconvenientes) e por fim tratamento justo e equitativo (direito de receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo).

No âmbito do tema do Projeto de Estágio, a promoção das posições verticais durante o segundo estágio do TP, procurei conhecer o casal em primeiro lugar, compreender as suas expectativas, os seus desejos, a sua vontade. Só após a construção desta ponte de cumplicidade e partilha é que abordava o meu projeto, dava a conhecer (caso ainda não soubessem) as posições de parto alternativas, as suas vantagens/desvantagens e, após o seu consentimento já informado, livre e esclarecido, treinávamos juntos as posições mais eficazes, adequadas e confortáveis para a mulher e casal. O respeito pela liberdade de expressão, não só enquanto direito de qualquer indivíduo manifestar, livremente, opiniões, ideias e pensamentos, como principalmente a liberdade de expressão corporal foi um dos principais pilares no cuidar desenvolvido.

Procurei respeitar a individualidade e autodeterminação de cada casal a quem tive o privilégio de prestar cuidados, dar resposta às suas necessidades consciente do meu papel enquanto aluna, ser confidente mantendo o sigilo profissional e respeitar sempre a sua intimidade e privacidade.

CONCLUSÃO

A construção deste trabalho representa o culminar de dois anos intensos de aprendizagem e crescimento, representa também o (meu) descobrir uma área que me era parcialmente desconhecida, o cuidar em Saúde Materna e Obstetrícia, compreender o papel do Enfermeiro Especialista e acima de tudo projetar o meu contributo a curto, médio e longo prazo.

Percebi que quero fazer a diferença, não quero ser apenas mais um, quero promover um cuidado especializado e individualizado a todas as mulheres a quem prestei, presto e prestarei cuidados, quero elevar ao expoente máximo a Ciência de Enfermagem e em especial no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia. Percebi também que ainda existem muitas barreiras, muitas muralhas e preconceitos que atrasam, restringem e diminuem o crescimento da nossa profissão.

A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e adesão dos diretores, coordenadores e responsáveis à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implementação estará sempre associada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos, e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspetos das suas subjetividades. A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que despertam sempre medo e receio.

Acredito que a mudança começa em cada um de nós e, pelo efeito “bola de neve”, tem a surpreendente capacidade de alastrar até aos mais céticos. Pode eventualmente ser uma visão um pouco utópica para alguns, contudo é aquela em que acredito e sei que não estou sozinha pois, seguindo a linha de pensamento de Michel Odent (2000), a mudança do mundo começa com a mudança na forma de nascer.

A procura da evidência mais atual aliada à investigação científica em Enfermagem e a atualização constante na área são, a meu ver, as grandes ferramentas para que os cuidados prestados à mulher em todas as fases do seu ciclo reprodutivo sejam ímpares, de excelência e fundamentais à prática de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

A promoção de processos de cuidar individualizados a cada mulher/casal onde me propus **conhecê-los, estar com eles, fazer por eles** tudo aquilo que não conseguiam fazer sozinhos, **possibilitar** a sua vivência do nascimento de forma construtiva e saudável e nunca duvidando das suas capacidades, **mantendo a sua crença**, foi o fio condutor do meu trabalho. Posso então afirmar que Kristen Swanson e a sua Teoria do Cuidar foi a tela em branco escolhida e onde, com o meu cunho pessoal, construí a obra, assente em relações de proximidade, confiança e partilha com os casais a quem tive o privilégio de cuidar. A todos eles o meu mais sincero agradecimento.

A promoção das posições verticais durante o segundo estágio do TP foi o tema sempre presente, os conhecimentos adquiridos com a Revisão Integrativa da Literatura foram uma mais-valia ao longo de todo este processo.

Enquanto desafio futuro, proponho-me investigar a realidade em Portugal sobre as posições maternas durante o segundo estágio do TP, dado ser uma lacuna sentida durante a pesquisa. A Ciência de Enfermagem e, em particular a ESMO, tem mostrado um crescimento profundo nas áreas de intervenção, na pesquisa, na docência, na gestão, na prestação direta de cuidados e na autonomia profissional, ocupando o seu espaço e consciente que as atitudes individuais formam o coletivo. Desta forma, exige-se e deseja-se que os profissionais estejam capacitados para apreender todas estas novas dinâmicas de mudança e de expressão da saúde. A formação contínua e a investigação são, a meu ver, os pontos chave para o avanço e crescimento da Enfermagem e este é o meu compromisso, enquanto contributo futuro para a profissão.

Outro elemento muito importante de todo este caminho foi a orientação dada pela Enf.^a Orientadora do Local de Estágio, enquanto esclarecedora de dúvidas, demonstração técnica, acompanhamento e estímulo para a aprendizagem. Embora não usasse as posições verticais na sua prática diária possuía um *know how* prático que me transmitia confiança e esteve sempre aberta a novas perspetivas e novas abordagens. Trabalhámos em conjunto para um único objetivo (a mulher/casal), partilhámos conhecimentos e esta foi a grande mais-valia para ambas. Para ela um grande obrigada.

Desta forma consegui desenvolver as competências técnicas, científicas e humanas inerentes à prática de cuidados enquanto EESMO e contempladas no Regulamento das Competências Específicas do EESMOG (OE, 2010). Assumi sempre uma postura assertiva, motivada e com espírito de iniciativa nunca esquecendo o meu papel de aluna em processo formativo e de aprendizagem.

Embora esteja consciente da grande responsabilidade e desafio profissional que se avizinha não consigo esconder o meu entusiasmo. Pretendo dar continuidade ao que iniciei ao longo desta etapa formativa e continuar a crescer profissional e pessoalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG (2006). Analgesia and cesarean delivery rates. Committee Opinion number 269. American College of Obstetricians and Gynecologists. Acedido 10.10.2015. Disponível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co339.pdf?dmc=1&ts=20151212T0841576226>
- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G.M.L. (2013). Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA). *Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- Amorim, M. R., Duarte, A. C., Andreucci, C. B., Knobel, R. & Takemoto, M. L. (2013). Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*, 41(3), p. 115-124. Acedido 19.10.2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a4499.pdf>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Botelho, L. R., Cunha, C. A. & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), p. 121-136. Acedido 01.10.2015. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. (3ªed). (1º vol). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2007) – *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2007). *Parir en movimiento*. Espanha: la liebre de marzo.
- Campos, D. A., Montenegro, N. & Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de Medicina materno-fetal* (2ª ed.), Lisboa : Lidel.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Cechin, P. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(4), p. 444-448. DOI:10.5935/0034-7167.20020095.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V. & Duarte, J. (2014). Contributos da preparação para o parto na perceção de cuidados culturais. *Millenium*, 47, p. 21-32. Acedido 01.11.2015. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- de Jonge, A., Teunissen, D., van Diem, M., Scheepers, P. & Lagro-Janssen, A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of advanced nursing*, 63(4), p. 347-356. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x.
- Dicionário da língua portuguesa (2015). Porto: Porto editora.
- Direção Geral de Saúde (2014). Registo do aleitamento materno, RELATÓRIO - Janeiro a Dezembro de 2013. Lisboa: DGS.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freitas, C. (2013). Ética na enfermagem. *Jornal da Madeira*. OE. Acedido 09.09.2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20etica%20na%20enfermagem%20de%20Carlos%20Freitas%206%20junho%202013.pdf>
- Gayeski, M. & Brüggemann, O. (2009). Perceções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), p. 153-159. DOI:10.1590/S0104-11692009000200003.
- Godinho, N. (2014). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Normas APA e ISO 690 NP 405*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Golino, P. S., Chein, M. C., Brito, L. O. (2006). Rutura Prematura de Membranas: Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta. *Femina*, 34(10), p. 711-717. Acedido 12.10.2015. Disponível em http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_2066-63.pdf.
- González, M. B. & Ortiz M. R. (2005). Técnicas de empuje durante la segunda fase del

- parto. *Biociencias*, Vol.3. Acedido 21.08.2014. Disponível em: <http://www.uax.es/publicacion/tecnicas-de-empuje-durante-la-segunda-fase-del-parto.pdf>.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed.) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Gupta, J. K. & Hofmeyr, G. J. (2008). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *The Cochrane Library*. Acedido 02/05/2014. Disponível em <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002006>.
- Gupta, J. K. & Nikodem, V. C. (2000). Maternal posture in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 92(2). p. 273-277. DOI: 10.1016/S0301-2115(99)00272-9.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J. & Smyth, R. (2007). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
- Gupta, J., Hofmeyr, G. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido 20.06.2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido 20/06/2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>.
- Joanna Briggs Institute (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Lamaze International (2003). *Liberdade de Movimentos Durante o Trabalho de Parto – Instituto Lamaze para o parto normal*. Acedido 02.05.2014. Disponível em <http://www.lamaze.org>.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage of labour. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República, I série, n.º 180. Acedido 20.06.2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf.
- Lei n.º 127/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, II série, n.º 35. Acedido 20/6/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20127_2011_CompeticasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament%20127_2011_CompeticasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf).
- Lewis, L., Webster, J., Carter, A., McVeigh, C. & Devenish-Meares, P. (2002). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD003934
- Longarito, C. S. (2002). O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(2), p. 26 – 33.
- Lopes, A. M. & Fracoli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto, Contexto, Enfermagem*. 17(4). p. 771-778. DOI:10.1590/S0104-07072008000400020.
- Lopes, C., Meincke, S., Carraro, T., Soares, M., Reis, S. & Heck, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enferm*, 14(3), p. 484-90. Acedido: 13.10.2015. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568398&indexSearch=ID>.
- Lopes, M., et al. (2001). O uso de enteroclisma no preparo para o parto: Análise das suas Vantagens e Desvantagens. *Revista Latino Americana em Enfermagem*, 9(6), p. 49-55. DOI: 10.1590/S0104-11692001000600009.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Mamede, F. V., Almeida, A. M. & Clapis, M. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Health Sciences*. 26(2), p. 295-302. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i2.1580.

- Mártires, M.A. (2003). Ser pessoa na prática dos cuidados de enfermagem. *Nursing*, 182, p. 25-26.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias D.K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), p. 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido 22/04/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.a.spx>.
- Monteiro, M. & Queirós, I. (1994). *Psicossociologia* (Vol. 1). Porto: Porto Editora.
- Muñoz, S. S., Takayanagui, A. M., Santos, C. B. & Sanchez-Sweatman, O. (2002). Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. *Scielo Proceedings*. Acedido 15.09.2015. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200010&script=sci_arttext.
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T (2012). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11). DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007.
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 33(1), p. 25-31. DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428.
- Odent, M. (2000). *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem.
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido 22/04/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/>

LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprova doAG20Nov2010.pdf.

- Pearson, M. & Craig, J. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem. In Craig, J. & Smyth, R (ed). *Prática baseada na evidência manual para enfermeiros*. (p.3). Loures: Lusociência.
- Politi, S., D'emidio, L., Cignini, P., Giorlandino, M. & Giorlandino, C. (2010). Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach. *Journal of Prenatal Medicine*, 4(3), p.35-42. Acedido 19.10.2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279180/>
- Pompeo, D. A., Rossi, Li. A. & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4). DOI:10.1590/S0103-21002009000400014.
- Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R. & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38(10), p. 527-537. Acedido 13.10.2015. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_as_sistencia_ao_parto_parte_I.pdf.
- Quevedo, M. P., Lopes, C. C. & Lefèvre, F. (2006). Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16(1), p. 12-21. Acedido: 21.10.2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/03.pdf>
- Ragnar, I., Altman, D., Tyden, T. & Olsson, S. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(2), p. 165-170. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00824.x.
- Romano, A. M. & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), p. 94-105. DOI:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x.
- Sandes, A. R. (2007). Aleitamento Materno - Prevalência e Fatores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20(3), p. 193- 200. Acedido a 29.10.2015. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17639/1/aleitamento_materno.pdf
- Schirmer, J., Fustinoni, S. & Basile, A. (2011). Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi- sitting birth positions: a randomized study. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), p. 745-750. DOI:10.1590/S0103-21002011000600002.

- Simkin, P. & Ancheta, R. (2005). *The labor progress handbook*. (2ª ed.). Malden, MA: Blackwell Science.
- Simkin, P. & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(6), 489–504. Acedido 21.10.2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952304003551>
- Simkin, P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), p.127–159. Acedido 26.09.2015 Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526952302003551>
- Sousa, D. (2013). Competências e saberes em enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido 20-09-2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/Competências e saberes em enfermagem Dulce Sousa, Enfermeira Especialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%AAncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf)
- Souza, J., Miquelutti, M., Cecatti, J. & Makuch, M. (2006). Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reproductive Health*. 3(10). DOI:10.1186/1742-4755-3-10.
- Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), p. 25–27. DOI: 10.1624/105812407X173164.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), p. 161-166.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of nursing scholarship*, 25(4), p. 352-357.
- Terry, R., Westcott, J., O'Shea, L. & Kelly, F. (2006). Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), p. 199-202. Acedido 22.02.2014. Disponível em: <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093300>.
- Vieira, A. R. (2008). Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*, 56(3-4), p.146-154.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), p. 546-553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
- World Health Organization. (1986). *Health Promotion - The Ottawa Charter for Health Promotion*. Acedido 21.12.2015. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- World Health Organization (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation.

APÊNDICE I

ARTIGO Nº 1		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal
	Autor	<i>Gayeski, M, & Brüggemann, O.</i>
	Ano da publicação	2009
OBJETIVOS DO ESTUDO	Conhecer as percepções das puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal, identificando os aspectos positivos e negativos de cada posição.	
TIPO DE ESTUDO	Qualitativo	
CONTEXTO DO ESTUDO	Estudo realizado entre novembro de 2006 a fevereiro de 2007 no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.	
PARTICIPANTES	Grupo de 10 puérperas entre os 20 e os 37 anos quatro eram casadas e seis mantinham união estável, nove eram de raça branca e uma negra, todas múltíparas. O parto anterior ocorreu numa posição horizontal (supina ou de litotomia) e o atual em posição vertical (cócoras, sentada ou de joelhos).	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	Cada puérpera foi sujeita a uma entrevista semiestruturada gravada a qual foi transcrita integralmente. Os dados recolhidos foram analisados e feita a identificação das expressões chave e ideia central a partir das quais foi construído o Discurso do Sujeito Coletivo. Esta metodologia de organização e tabulação dos dados qualitativos parte do princípio de que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.	
RESULTADOS		
<p>Os aspectos positivos sobre a posição vertical estão relacionados com a sensação de conforto, liberdade de movimentos, redução do esforço expulsivo e da dor e participação mais ativa da mulher. Em contraste, os aspectos positivos da posição horizontal caracterizam-se pela realização de intervenções, especialmente a episiotomia, a sensação de ser “ajudada” e o conforto pela possibilidade de permanecer deitada.</p> <p>Por outro lado foram enumerados aspectos negativos relativamente às duas posições. O desconforto e falta de intervenções obstétricas, referidos como aspectos negativos da posição vertical e relativamente ao parto horizontal é mais demorado, aumenta o sofrimento, a dor e o cansaço, dificulta o contato da mulher com o profissional que realiza o parto, é desconfortável não poder se movimentar no momento da dor e é mais difícil fazer força para o bebê nascer</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
<p>Os aspectos positivos da posição vertical refletem a necessidade das mulheres participarem mais ativamente no parto, a percepção de que é a posição mais confortável e que facilita a expulsão do feto. Em contraste, a posição horizontal dificulta esses aspectos, originando uma percepção negativa sobre a mesma, uma vez que condiciona a liberdade de movimentos, aumenta o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas.</p> <p>Os dados recolhidos apontam que os aspectos positivos da posição vertical e negativos da posição horizontal estão em congruência com as evidências científicas, decorrentes dos ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre o tema. Esse fato mostra que as puérperas também percebem como benéfica a adoção da posição vertical na prática obstétrica.</p>		

ARTIGO Nº 1: Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal

JBI Qari – Qualitative Assessment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
Total	8	2	0

ARTIGO Nº 2		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi- sitting birth positions: a randomized study
	Autor	Schirmer, J., Fustinoni, S. & Basile, A.
	Ano da publicação	2011
OBJETIVOS DO ESTUDO	<p>Avaliar qual a relação entre o resultado perineal e as posições de parto não convencionais.</p> <p>Compreender a relação entre a posição semi-sentada e as implicações perineais.</p> <p>Compreender a relação entre a posição lateral esquerda e as implicações perineais.</p>	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Randomizado	
CONTEXTO DO ESTUDO	Hospital Geral de Itapecerica da Serra, São Paulo, Brasil.	
AMOSTRA	Incluiu 158 parturientes primíparas, feto único, de apresentação cefálica e sem patologia associada. Foram divididas num grupo experimental de 81 parturientes (posição lateral esquerda) e num grupo controlo de 77 parturientes (posição semi-sentada)	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	No presente estudo a variável experimental é considerada a posição de parto e as variáveis dependentes são o edema vulvar e os resultados perineais (íntegro, laceração grau I, II, III ou IV).	
RESULTADOS		
<p>Os resultados demonstraram um aumento do edema vulvar na posição semi-sentada que pode ser explicado pela compressão dos tecidos. Este fato deve-se à força da gravidade, à pressão exercida pela apresentação nos tecidos e ao aumento da força exercida pela mulher nesta posição.</p> <p>No grupo experimental foi significativo o aumento de lacerações perineais comparativamente com o grupo controlo.</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
A adoção da posição lateral esquerda demonstrou ser mais vantajosa quanto ao risco de edema vulvar, contudo é na posição verticalizada que se registam um menos numero de lacerações do períneo.		

ARTIGO n.º 2: Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi- sitting birth positions: a randomized study

MAStARI critical appraisal tools Randomised Control/Pseudo-randomised Trial

MAStARI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Was the assignment to treatment groups truly random?		X		
2) Were participants blinded to treatment allocator?	X			
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	X			
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	X			
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?	X			
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?		X		
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	8	2	0	0

ARTIGO Nº 3		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Titulo	Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives
	Autor	Terry, R., Westcott, J., O'Shea, L. & Kelly, F.
	Ano da publicação	2006
OBJETIVOS DO ESTUDO	Comparar as implicações no pós parto e no RN do uso de posições supinas ou não supinas no segundo estágio do TP.	
TIPO DE ESTUDO	Experimental não randomizado	
AMOSTRA	198 parturientes sem patologia associada e com baixo risco gravídico. Em que 100 adotaram uma posição de parto supina e 98 cuja posição de parto foi não supina (divididas em três posições: sentada, de cócoras ou quatro apoios)	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	A colheita dos dados a analisar foi realizada após o parto e incluiu parâmetros como: dados demográficos, perda de sangue estimada, integridade perineal, edema perineal, APGAR, peso do RN e posição de parto no segundo estágio	
RESULTADOS		
<p>No grupo que adotou posições não supinas verificou-se menor incidência de lacerações perineais e edema, uma duração do segundo estágio mais curta sem implicações negativas no RN. Verificou-se também uma menor perda de sangue estimada nas posições não supinas (<500ml).</p> <p>Assim, o incentivo ao uso de posições não supinas é uma mais valia nas implicações avaliadas no estudo.</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
O incentivo à adoção de posições não supinas durante o segundo estágio do trabalho de parto não aumenta o risco para a parturiente e RN.		

ARTIGO n.º 3: Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives

MAStARI critical appraisal tools Randomised Control/Pseudo-randomised Trial

MAStARI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Was the assignment to treatment groups truly random?		X		
2) Were participants blinded to treatment allocator?		X		
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?			X	
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?		X		
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?	X			
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	6	3	1	0

ARTIGO Nº 4		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial
	Autor	Ragnar, I., Altman, D., Tyden, T. & Olsson, S.
	Ano da publicação	2006
OBJETIVOS DO ESTUDO	Comparar duas posições de parto verticais (de joelhos e sentada) em primíparas, sem patologia associada, durante o segundo estágio do trabalho de parto relativamente à duração do mesmo, dor sentida pela parturiente e experiência materna	
TIPO DE ESTUDO	Estudo de controlo randomizado	
CONTEXTO DO ESTUDO	Bloco de partos de um hospital distrital na Suécia de abril de 1998 a setembro de 1999.	
PARTICIPANTES	Um total de 271 primíparas que adotaram a posição de joelhos (n = 138) ou sentadas (n = 133) durante o segundo estágio do trabalho de parto.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	Entregue questionário no pós-parto e 264 das 271 mulheres responderam e participaram no estudo.	
RESULTADOS		
<p>Ao comparar a posição de joelhos com a posição sentada, a primeira mostrou uma duração do segundo estágio do trabalho de parto média de 48,5 minutos e a segunda de 41 minutos, não sendo significativa para os autores.</p> <p>A aplicação dos questionários revelou que a posição sentada esteve associada a um nível de dor maior, uma perceção da duração do trabalho de parto maior, menos conforto no período expulsivo e um sentimento de vulnerabilidade e exposição.</p> <p>Não se verificou diferença significativa na incidência de lacerações perineais mas a posição sentada foi associada um aumento na dor perineal no pós-parto.</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
<p>A posição de joelhos foi associada uma experiência de parto mais positiva e a uma menos perceção de dor comparada com a posição sentada. Não foram verificadas implicações negativas para o feto em nenhuma das posições. O estudo revelou então que a posição de joelhos deve ser encorajada em primíparas sem patologia associada e com baixo risco obstétrico.</p>		

ARTIGO n.º 4: Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial

MAStARI critical appraisal tools Randomised Control/Pseudo-randomised Trial

MAStARI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Was the assignment to treatment groups truly random?	X			
2) Were participants blinded to treatment allocator?		X		
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	X			
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?		X		
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?	X			
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	8	2	0	0

ARTIGO Nº 5		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor
	Autor	Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I. & Lagro-Jansse, T.
	Ano da publicação	2012
OBJETIVOS DO ESTUDO	Avaliar qual a preferência das mulheres na escolha da posição de parto.	
TIPO DE ESTUDO	Qualitativo	
CONTEXTO DO ESTUDO	O estudo teve lugar na Holanda em 54 diferentes instituições.	
PARTICIPANTES	1154 puerperas cujo o parto tenha sido normal.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	<p>Questionário aplicado às parturientes e outro aplicado às enfermeiras parteiras que assistiram o parto.</p> <p>O primeiro incluía qual a escolha da posição de parto (supina, lateral, sentada (com elevação superior a 45° do plano horizontal), de cócoras, em pé, sentada em cadeira de parto, quatro apoios e na água) e qual a posição adotada no segundo estágio do TP (divididas em dois grupos: posições supinas e outras). Foram incluídos dados sociodemográficos de todas as participantes.</p> <p>O segundo questionário dirigido às enfermeiras incluía dados do parto, dados sociodemográficos das parturientes a fim de atestar a informação recolhida.</p> <p>Na análise dos dados recolhidos estes foram agrupados em posições supinas e outras</p>	
RESULTADOS		
<p>O estudo mostrou que 87% das mulheres inquiridas consideravam o uso de posições supinas. Aquelas que consideravam as outras posições, 39% considerava o uso da cadeira de parto, e esta foi a mais utilizada. Durante o segundo estágio do TP. Praticamente todas as mulheres demonstraram conhecimento sobre pelo menos uma posições de parto e adotaram a posição de eleição durante algum período do segundo estágio.</p> <p>Apenas 20% das participantes tinha preferência por uma posição não supina. Os autores aponta este fato à falta de conhecimento e das opções possíveis e aqui o papel da enfermeira é determinante.</p> <p>Verificou-se também um aumento da duração do segundo estágio do TP (superior a 60 minutos) aquando do uso de posições não supinas.</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
<p>A enfermeira parteira assume um papel importante na tomada de decisão informada por parte da mulher na escolha da posição de parir. Esta decisão deve ser partilhada, apoiada e incentivada, restituindo à mulher o poder no processo do parto. É importante que a enfermeira, devido ao processo dinâmico e por vezes imprevisível do parto, prepare a mulher não só para a posição escolhida como para a eventual necessidade de mudança de posições durante o processo.</p> <p>Ter opção de escolha na posição de parir e estar envolvida na tomada de decisão contribui para uma experiência de parto positiva.</p>		

ARTIGO N° 5: Factors influencing the fulfillment of women’s preferences for birthing positions during second stage of labor

JBI Qari – Qualitative Assessment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
Total	8	2	0

ARTIGO Nº 6		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives
	Autor	de Jonge, A., Teunissen, D., van Diem, M., Scheepers, P. & Lagro-Janssen, A.
	Ano da publicação	2008
OBJETIVOS DO ESTUDO	Compreender a perspectiva das enfermeiras parteiras sobre a posição da mulher durante o segundo estágio do TP	
TIPO DE ESTUDO	Qualitativo	
CONTEXTO DO ESTUDO	Partos assistidos por Enfermeiras Parteiras em contexto institucional.	
PARTICIPANTES	Estudo realizado com 6 grupos de enfermeiras parteiras, cada um deles com 4 a 6 elementos, num total de 31 participantes, entre maio de 2006 e março de 2007, na Holanda.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	Feito o levantamento da posição de parto nos últimos 10 partos a que assistiram sob a forma de uma entrevista estruturada onde eram abordados tópicos como a sua experiência na assistência ao parto com a mulher em várias posições, a informação que forneciam às suas parturientes sobre o tema, os fatores que influenciavam a adoção de cada posição. Estas foram transcritas e submetidas a instrumentos de avaliação.	
RESULTADOS		
<p>O estudo revelou que a informação sobre as posições de parto é fornecida às parturientes por praticamente todas as participantes, contudo a abordagem assume um papel de consentimento informado e não de escolha informada. Todas as participantes têm uma posição de parto preferida, seja ela supina ou não supina. Aquelas que preferem as posições verticais optam pela cadeira de parto na sua maioria. Esta preferência acaba por influenciar a parturiente. Outro fator condicionante da escolha da posição de parto é o próprio conforto da profissional.</p> <p>Nas situações em que foram dados a conhecer os diferentes posicionamentos, a escolha da mulher prevaleceu, pois foi encorajada a confiar no seu próprio corpo e nas suas capacidades.</p> <p>Noutros casos, onde a mulher foi informada e encorajada para a escolha, verificou-se insegurança na escolha da posição de parto</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
<p>A escolha da posição de parto é muitas vezes influenciada pela preferência da enfermeira que o assiste em vez de ser uma escolha livre e informada da mulher.</p> <p>Esta escolha por parte do profissional está relacionada com a sua experiência, treino e à vontade com uma determinada posição o que pode velar a condicionar a escolha da mulher.</p> <p>É necessário capacitar os profissionais para que a escolha da posição de parto seja feita pela mulher, emergindo assim o seu papel ativo em todo o processo do nascimento.</p>		

ARTIGO N° 6: Women’s positions during the second stage of labour: views of primary care midwives

JBI Qari – Qualitative Assesment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
Total	8	2	0

ARTIGO Nº 7		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour
	Autor	Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T.
	Ano da publicação	2012
OBJETIVOS DO ESTUDO	Compreender de que forma a escolha da posição de parto influencia a sensação de controlo da mulher durante o segundo estágio do TP.	
TIPO DE ESTUDO	Qualitativo	
CONTEXTO DO ESTUDO	Estudo aplicado entre outubro de 2005 e dezembro de 2007 conduzido por 57 enfermeiras parteiras na Holanda às suas parturientes.	
PARTICIPANTES	Composto por 1030 parturientes sem patologia associada, cujo o parto ocorreu sem analgesia epidural e instrumentalização.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	Aplicado um questionário às parturientes onde eram apurados dados sociodemográficos e aplicada Labour Agency Scale (LAS) com objetivo de avaliar a sensação de autocontrolo durante o segundo estágio do trabalho de parto. A estes dados foram associados a posição de parto adotada no Segundo estágio (divididas em: supina, lateral, sentada >45°, cócoras, de pé, cadeira de parto, quarto apoios e na água). Destas, 240 optaram por posições não supinas	
RESULTADOS		
<p>Os resultados revelaram que a escolha da posição de parto, as aulas de preparação para o nascimento, as expectativas em relação ao parto formuladas durante a gravidez e a dor durante o segundo estágio do trabalho de parto influenciaram a experiência de parto das puérperas. A posição de parto influencia a sensação de autocontrolo da parturiente e, naquelas cuja escolha foi uma posição não supina, os resultados indicam que é uma mais valia para o sentimento de autoconfiança e poder, pois estimulam a sua autoestima enquanto intervenientes principais no processo. Esta influência é mais vincada quando esta decisão é partilhada e apoiada por outro (na maioria das situações este outro é a enfermeira parteira). Mesmo quando não é possível seguir a escolha da mulher/casal (por condicionalismos decorrentes do trabalho de parto e parto), a sensação de autocontrolo não mostra alterações significativas quando este reajuste é feito de forma informada e partilhada.</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
<p>A experiência de parto tem implicações profundas na realização pessoal de uma mulher, na sua autoestima, no seu bem-estar e sentimento de competência enquanto mulher e mãe.</p> <p>Um dos fatores que contribui para que os <i>outcomes</i> desta experiência sejam positivos e enriquecedores é o poder de decisão da escolha de parto, seja ela a posição eleita ou, por condicionalismos decorrentes do trabalho de parto e parto, a posição proposta por quem acompanha o parto, mas sempre de forma informada e partilhada.</p>		

ARTIGO N° 7: Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour

JBI Qari – Qualitative Assessment and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
Total	8	2	0

APÊNDICE II

Quadro das Tarefas e Resultados Esperados

Resultados esperados	Tarefas	Atividades
Desenvolver processos de cuidar à mulher/casal para a tomada de decisão fundamentada na escolha da posição de parto	<p>Pesquisar a evidência científica para fundamentar a prática;</p> <p>Mobilizar os processos de cuidar e a evidência na prestação de cuidados à grávida /casal</p>	<p>Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura;</p> <p>Conhecer a grávida/casal e compreender as suas expetativas relativamente ao parto;</p> <p>Participar ativamente em sessões de preparação para o nascimento, consultas de vigilância pré-natal, durante o internamento da grávida na Unidade de MMF e no BP, dando a conhecer e exemplificando as posições de parto possíveis, privilegiando as verticais;</p> <p>Conhecer a grávida/casal, os seus desejos e expetativas sobre as posições de parto e empoderar-los com conhecimento sobre o tema e treinar com eles;</p> <p>Possibilitar, à mulher/casal, a escolha de uma posição de parto vertical no segundo estágio do TP;</p> <p>Estar com a mulher/casal durante o TP;</p> <p>Manter a crença nas suas capacidades e no seu poder de decisão.</p>
Promover uma experiência positiva de parto à mulher/casal através da posição de parto	<p>Desenvolver competências que me permitam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilitar a adoção de posições de parto adequadas à condição física e expetativas de cada mulher; - Possibilitar a adoção de posições de parto verticais ou as mais favoráveis ao parto normal em detrimento da posição de litotomia; <p>Conhecer a opinião de cada mulher face à adoção de posições verticais no segundo estágio do TP.</p>	<p>Mobilizar continuamente a evidência científica mais atual;</p> <p>Realizar visita de seguimento à díade internada na Unidade de Puerpério para conhecer a sua experiência de parto e concretização da expetativa face aos processos de cuidar implementados.</p>
Sensibilizar os profissionais para as vantagens de posições verticais no segundo estágio do TP.	<p>Apresentar o projeto nos serviços onde decorrerão os EC;</p> <p>Realizar diagnóstico de situação do serviço (levantamento dos instrumentos de registo existentes, qual a realidade atual);</p> <p>Motivar os profissionais apresentando a evidência científica existente.</p> <p>Produção de material promotor da adoção de posições verticais nos serviços onde decorrerão os EC sempre que pertinente para a gestão e organização dos mesmos. Dar a conhecer o resultado do meu projeto no BP.</p>	<p>Realizar reuniões com a direção de enfermagem do hospital, chefia do serviço e enfermeiros orientadores para apresentar o projeto e validar a sua pertinência;</p> <p>Fazer um levantamento dos instrumentos de registo existentes no serviço, qual a realidade atual no mesmo;</p> <p>Aplicar um questionário aos profissionais para validar os seus conhecimentos sobre o tema e a sua motivação;</p> <p>Realizar sessões de formação sobre as vantagens das posições alternativas de parto para os enfermeiros no serviço;</p> <p>Elaborar um folheto informativo com as vantagens da verticalização do parto;</p> <p>Elaborar um poster subordinado ao tema das vantagens da verticalização do parto. Apresentar os resultados do trabalho realizado.</p>
Contribuir para a concretização do projeto Maternidade com Qualidade no BP	<p>Conhecer o projeto (Maternidade com Qualidade) e a sua operacionalização no BP</p> <p>Prestar cuidados à parturiente fundamentados na evidência científica e norteados pelos indicadores de medida do projeto.</p>	<p>Realizar reuniões com a direção de enfermagem do hospital, chefia do serviço e enfermeiros orientadores para identificar o meu potencial de intervenção no âmbito do projeto;</p> <p>Conhecer as normas e protocolos do serviço;</p> <p>Conhecer os indicadores de medida do projeto e como está a ser implementado no BP;</p> <p>Mobilizar os processos de cuidar e a evidência na prestação de cuidados à grávida /casal promovendo as posições não supinas no 2º estágio do TP.</p>
Desenvolver competências comuns e específicas do EESMO	<p>Refletir sobre a prestação de cuidados especializados e fundamentados à mulher/casal</p>	<p>Participar em partos eutócicos com a parturiente em posição vertical;</p> <p>Análise das práticas clínicas;</p> <p>Elaborar diários de aprendizagem;</p> <p>Elaborar um artigo e publicá-lo.</p>

APÊNDICE III

Posições Verticais durante o segundo estágio do Trabalho de Parto

	Vantagens		Desvantagens		Em suma...
	Gerais	Específicas	Gerais	Específicas	
Sentada ou Semi sentada		<p>Esforços expulsivos são mais eficazes</p>		<p>Aumento do risco de edema vulvar</p>	<p>A mulher deve escolher a sua posição de parto de forma livre e informada</p> <p>Esta escolha deve ser respeitada</p> <p>Os profissionais devem estar treinados e capacitados para proporcionar uma assistência ao parto verticalizado</p>
Cócoras	<p>Maiores diâmetros pélvicos Redução dos partos instrumentados Menos episiotomias Diminuição da dor no período expulsivo Redução de padrões anormais na FCF Ajuda da gravidade Contrações uterinas de maior intensidade Promove a perfusão útero-placentária Promove a descida de uma apresentação alta</p>	<p>Aumenta em 28% a área do plano de saída da pélvis Aumenta em 1,0 a 1,5 cm os diâmetros do estreito inferior da bacia Rectificação da curvatura lombossagrada e rotação superior da sínfise púbica (efeito da Manobra de McRoberts sobre a distócia de ombros)</p>	<p>Risco de lacerações perineais Edema vulvar Sobrestimação da hemorragia</p>	<p>Postura desconfortável para as mulheres ocidentais Pode provocar câibras e dores musculares Dificulta a realização de manobras de extração ou episiotomia quando necessário Aumento do risco de trauma e lacerações de 3º grau</p>	
Em pé		<p>Total liberdade de movimentos</p>		<p>Aumento do risco de hemorragia</p>	

Adaptado de: Calais-Germain & Parés, 2009; FAME e APEO, 2009; Lowdermilk, 2008; OE, 2013; Romano & Lothian, 2008; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007. Imagens: Calais-Germain & Parés, 2007; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007.

APÊNDICE IV

		Vigilância da gravidez	Preparação para o parto?	Processos de cuidar	Analgesia Sim/Não Tipo	Posições durante o 2º estágio Sugerido (S) Voluntário (V)	Posição no período expulsivo	Intercorrências durante o 2º estágio	Períneo	RN	Opinião da mulher sobre a posição de parto.
Identificação											
1	Idade: 36 IG: 40s+0d IO: 2002 Nacionalidade: Portuguesa	Privado	Não Tinha conhecimentos sobre posições de parto	Conhecer: 2 partos eutócicos anteriores. Posição de litotomia em ambos. Estar com: Parto precipitado. Posição de conforto (semi sentada) quando iniciou esforços expulsivos. Fazer por: Assegurado o seu conforto e controlo da dor com analgesia EV e controlo da respiração. Possibilitar: Adequar a posição da cama de parto à posição escolhida. Manter a crença: Incentivar e promover o seu auto controlo no controlo da dor	Não foi possível realizar analgesia locoregional como era sua vontade	Semi sentada (V)	Semi sentada	Admitida com 5 cm dilatação. Após duche apresenta dilatação completa a apresentação no plano III. Inicia esforços expulsivos.	Integro	Peso: 3765g Sexo: masculino APGAR 9/10/10	Entrou em pânico (SIC) quando percebeu que não havia tempo para analgesia epidural. Seguiu o seu instinto ao adotar a posição semi sentada. Sentiu-se confortável. Atribui dor 6/7. Referiu ter sido muito mais rápido que os anteriores
2	Idade: 32 IG: 40s+5d IO: 0000 Nacionalidade: Portuguesa	C. S. Sintra	Sim Tinha conhecimento sobre posições de parto	Conhecer: Imagina o seu parto sem dor. Quer deambular, fazer exercícios de báscula na bola de bobath, experimentar posições verticais durante o período expulsivo. Estar com: Experimentou as posições que pensava serem mais confortáveis (cócoras e sentada) Referiu não se sentir confortável (aumento de peso ponderal 21Kg durante a gravidez) Fazer por: Assegurado o seu conforto e auto cuidado (higiene, eliminação) Possibilitar: Treino dos esforços expulsivos. Adequar a posição da cama de parto à posição escolhida. Manter a crença: Incentivar e promover o seu auto controlo no controlo da dor	Sim Epidural	Sentada (V) Cócoras (V) Semi-sentada (S)	Semi-sentada	Apresentação no plano III aquando da dilatação completa, direta. Inicia esforços expulsivos na posição sentada e de cócoras, devido ao aumento de peso. Foi sugerida a posição semi sentada.	Laceração grau II suturada	Peso: 3195g Sexo: feminino APGAR 9/10/10	Sentiu que os esforços expulsivos eram mais eficazes na posição sentada contudo não se sentia confortável. A posição semi sentada revelou ser uma boa alternativa por embora os esforço não fosse tão eficaz (SIC) sentiu-se mais confortável e um maior autocontrolo na respiração. Atribui dor 4/6.
3	Idade: 39 IG: 40s+6d IO: 2012 Nacionalidade: Portuguesa	C. S. Parede	Não Tinha conhecimentos sobre posições de parto	Conhecer: 2 partos eutócicos anteriores. Posição de litotomia no primeiro e semi sentada no segundo Estar com: Foram treinadas as posições de parto. Escolheu a posição de cócoras para iniciar esforços expulsivos Fazer por: Assegurado o seu conforto e auto cuidado (higiene, eliminação). Possibilitar: Adequar a posição da cama de parto à posição escolhida. Manter a crença: Incentivar e promover o seu auto controlo no controlo da dor e durante os esforços expulsivos.	Sim Epidural	Cócoras (V) Semi sentada (S)	Semi sentada	Apresentação no plano II aquando da dilatação completa. Esforços expulsivos pouco eficazes na posição de cócoras por cansaço materno. Apresentou edema perineal.	Laceração grau I (fúrcula) suturada	Peso: 3120g Sexo: masculino APGAR: 9/10/10	Referir ter sentido a posição de cócoras como a mais cansativa. Sentiu-se confortável na posição semi sentada. Atribuiu dor 3/5.

08/05/2015	Idade: 26 IG: 40s+6d IO: 1011 Nacionalidade: Portuguesa	C.S. Cascais	Não Não tinha conhecimentos prévios sobre posições de parto	Conhecer: Parto eutócico anterior no H. Cascais. Posição de litotomia. Imagina o parto atual rápido e sem dor Estar com: Foram dadas a conhecer as posições de parto possíveis. Deambulou e esteve na bola de bobath durante o 1º estágio e foi ao duche. Fazer por: Assegurar o seu conforto e auto cuidado (eliminação). Possibilitar: Treino dos esforços expulsivos. Adequar a cama de parto à posição escolhida. Manter a crença: Incentivar a sua participação respeitando a sua opinião.	Sim Epidural	Semi sentada (S) Cócóras (S)	Semi sentada	Apresentação no plano II, ainda deflectida. Esforços expulsivos eficazes na posição de cócoras.	Episiotomia /episiotomia	Peso: 3660g Sexo: masculino APGAR: 9/10/10	Referiu ter sido mais rápido que o anterior. A posição de cócoras foi a mais cansativa embora tenha sentido que conseguia controlar melhor a força exercida. Atribui dor 6/7.
10/05/2015	Idade: 26 IG: 39s+1d IO: 0000 Nacionalidade: Portuguesa	C. S. Algueirão/Mem -Martins	Sim Tinha conhecimento sobre posições de parto	Conhecer: Imagina o seu parto rápido e sem dor. Quer deambular, fazer exercícios de báscula na bola de bobath. Estar com: Foram treinadas as posições de parto durante o 1º estágio. Fazer por: Assegurado o seu conforto e auto cuidado (higiene, eliminação) Possibilitar: Treino dos esforços expulsivos. Adequar a posição da cama de parto à posição escolhida. Manter a crença: Incentivar e promover o seu auto controlo no controlo da dor e durante os esforços expulsivos.	Sim Epidural	Litotomia (V) Semi sentada (S)	Semi sentada				
03/06/2015	Idade: 23 IG: 38s+0d IO: 0111 Nacionalidade/etnia: Guineense	C.S. Tapada das Mercês	Não Não tinha conhecimentos prévios sobre posições de parto	Conhecer: Parto eutócico pré-termo anterior em Espanha. Posição de litotomia. Imagina o parto atual rápido e sem dor Estar com: Foram dadas a conhecer as posições de parto possíveis. Deambulou e esteve na bola de bobath durante o 1º estágio. Fazer por: Assegurar o seu conforto e auto cuidado (eliminação). Possibilitar: Treino dos esforços expulsivos. Adequar a cama de parto à posição escolhida. Manter a crença: Incentivar a sua participação respeitando a sua opinião.	Sim Epidural	Litotomia (V) Semi sentada (S) Cócóras (S)	Cócóras	Apresentação no plano II aquando da dilatação completa. Esforços expulsivos pouco eficazes na posição de litotomia.	Laceração grau I (pequeno lábio direito) suturada	Peso: 2965g Sexo: masculino APGAR: 10/10/10	Referiu ter sido mais rápido que o anterior contudo não sentiu qualquer diferença relativamente à posição. Atribui dor 4/5.

03/06/2015	Idade: 38 IG: 39s+2d IO:1011 Nacionalidade/etnia: Portuguesa	C.S. Carnaxide	Não Não tinha conhecimentos prévios sobre posições de parto	<p>Conhecer: Parto eutócico anterior no Hospital de Cascais. Posição de litotomia. Imagina o parto atual o menos instrumentalizado possível, sem dor, na companhia do marido (acompanhante significativo)</p> <p>Estar com: Foram dadas a conhecer as posições de parto possíveis. Deambulou, foi ao duche acompanhada pelo marido.</p> <p>Fazer por: Assegurar o seu conforto e auto cuidado (eliminação).</p> <p>Possibilitar: Treino dos esforços expulsivos. Adequar a cama de parto à posição escolhida.</p> <p>Manter a crença: Incentivar a sua participação respeitando a sua opinião.</p>	Sim Epidural	Bola de Bobath (S) Cócoras (S) Semi sentada (V) Cócoras (V)	Cócoras	Apresentação no plano II aquando da dilatação completa. Sensação de cansaço após os primeiros 10 minutos na posição de cócoras.	Laceração grau II (furcula) e grau I (pequeno lábio esquerdo) ambas suturadas	Peso: 3640g Sexo: Feminino APGAR: 10/10/10	Referiu ter sentido os esforços expulsivos serem mais eficazes na posição de cócoras e um maior controlo relativamente à experiência anterior. Atribui dor 2/3
------------	---	----------------	--	---	--------------	---	---------	---	---	--	--

APÊNDICE V

Diário de Aprendizagem II

Este documento tem como principal finalidade contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional através de uma narrativa escrita, organizadora do discurso, construindo assim um registo reflexivo e estruturado sobre momentos significativos vividos em contexto clínico, realizado à luz do ciclo reflexivo de Gibbs. Desta forma, procuro encontrar um significado para as minhas experiências, vivê-las em profundidade e construir conhecimento, isto é, produzir aprendizagem experiencial.

O que aconteceu?

Chegava ao serviço para mais um turno com o meu entusiasmo habitual, apesar da dinâmica no Bloco de Partos ser sempre imprevisível, saí de casa com o sentimento de que algo especial iria acontecer.

Era o turno da noite e, após receber o turno com a OL, dirigi-me imediatamente para uma das salas onde se encontrava uma das grávidas que ficaria a nosso cuidado.

Os colegas tinham passado em ocorrências que a Sr^a X, 36 anos, grávida de 39 semanas e 2 dias, com um IO de 1011 (parto eutócico em 2009, no Hospital de Cascais e nasceu uma menina com 3500g e um aborto espontâneo às 8 semanas em 2012), grupo sanguíneo A Rh +, uma gravidez planeada, vigiada e sem intercorrências, recorreu ao serviço de urgência de Ginecologia e Obstetrícia já no fim do turno da tarde por suspeita de rotura espontânea de bolsa amniótica (REBA) e contractilidade dolorosa irregular. A rotura foi confirmada na Triagem, com visualização de saída de líquido amniótico claro. Segundo a EEESMO que a avaliou apresentava um colo em posição intermédia, permeável a 3 dedos e aproximadamente 1 centímetro (cm) de trajeto, apresentação cefálica. Realizou CTG que revelou boa variabilidade, com uma linha basal de 135 batimentos por minuto, a dinâmica uterina era irregular, com contrações de média e grande intensidade, com a duração de 45 segundos e frequência de 4 em 4 minutos aproximadamente. Neste contexto é admitida no Bloco de Partos por início de trabalho de parto.

Ao chegar à sala, onde a Sr.^a X se encontrava acompanhada pelo companheiro, apresentei-me a ambos, como sempre faço, e expliquei o contexto em que ali me encontrava. A minha presença e os cuidados que me propus prestar, sob a orientação da OL, foram prontamente

aceites por ambos. A Sr.^a X encontrava-se progressivamente mais queixosa, classificava a sua dor como 7/8 durante as contrações pelo que voltei a avaliar, neste momento o colo já estava centrado, era fino e com aproximadamente 5 cm de dilatação, a apresentação encontrava-se fixa (IIº plano de Hodge). Comuniquei a minha avaliação à OL, foi contactado o médico Anestésista e solicitada analgesia pois a Sr.^a X já havia manifestado interesse. Foi então realizada analgesia epidural, procedimento no qual colaborei, com efeito.

Após a analgesia começar a surtir efeito o seu fâcies mudou completamente, apesar de até então estar a conseguir controlar e gerir a dor, o seu cansaço já era notório, pelo que me pareceu ser um alívio não só físico (inicialmente classificava a sua dor como 8 na escala numérica da dor e posteriormente 1), como também psicológico. Comecei a construir a minha relação com o casal desde o primeiro minuto, contudo, o período em que foi necessário cumprir o repouso no leito após a analgesia foi o momento que considerei perfeito para começar a *conhecer* o casal pois, sem dor, a sua disponibilidade era agora total.

Este casal não tinha feito preparação para o nascimento, não por não quererem, mas por indisponibilidade devido a questões laborais, pelo que era notória a sua “sede” por informações. Comecei por perguntar como tinha sido o parto anterior (parto eutócico, segundo a Sr.^a demorado mas não sabe precisar tempo, sob analgesia epidural, o pai esteve presente mas não cortou o cordão umbilical pois não foi dada essa possibilidade), de seguida perguntei como imaginaram este parto (surgiram algumas repostas soltas, o menos instrumentalizado possível, sem dor, o pai presente e que cortasse o cordão), e por fim perguntei em que posição imaginou parir. A sua cara de espanto revelou que era um assunto sobre o qual não tinham pensado e a sua resposta foi pronta: “então... deitada, como no outro..!”. Continuamos a nossa “conversa” e percebi que quer socialmente, quer na experiência de parto anterior nunca lhes foram dadas a conhecer outras posições de parto.

Este foi o mote para apresentar o tema do meu Projeto (Processos de cuidar na promoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto) e o seu interesse foi imediato. *Estar com* aquele casal permitiu-me empoderá-los com conhecimento e capacitá-los, demonstrando e treinando com eles, as posições de parto, segundo a evidência, mais indicadas para aquela situação, sem nunca esquecer que a mulher deve parir na posição que lhe for mais confortável.

Tinham passados aproximadamente 40 minutos desde a analgesia, o bloqueio sensitivo permitia que a Sr.^a X tivesse controlo sobre os seus movimentos, ainda assim sem dor. Neste momento já tínhamos 8 cm de dilatação contudo a apresentação ainda se encontrava no plano II. Fizemos levante progressivo sem intercorrências, a Sr.^a X mantinha força nos membros inferiores e providenciei a bola de Bobath. O objetivo era, pela força da gravidade e com os movimentos de báscula, conseguir a descida da apresentação. O companheiro foi incluído em todo este processo e nele participou ativamente.

Após sensivelmente 30 min começou a referir uma pressão sacrococcígea e “vontade de fazer força”. Voltei a avaliar e apresentava dilatação completa com a apresentação ainda no plano II. Foi sugerida e treinamos a posição de cócoras, na qual a Sr.^a X referiu sentir-se bastante confortável. Os seus esforços expulsivos revelaram-se mais eficazes nesta posição e sensivelmente 15 minutos após o seu início a apresentação começou a coroar. Controlámos os esforços expulsivos neste momento com objetivo que a dilatação do períneo acontecesse de forma gradual a fim de evitar o estiramento dos tecidos e possíveis lacerações pois a manobra modificada de Ritgen é mais difícil ser feita com a mulher nesta posição.

Após a exteriorização do polo cefálico verifiquei a existência de circulares cervicais, respirei fundo quando percebi a sua ausência e bastou mais um esforço expulsivo incontrolável da Sr.^a X para que o desencravamento dos ombros acontecesse de forma espontânea e exteriorização do corpo e membros do recém nascido o qual apoiei.

Foi com a Sr.^a X nesta posição que nasceu a Sara com 3640g, APAGAR 10/10/10. O pai assistiu, colaborou em todo o processo, apoiando e incentivando a Sr.^a X, cortou o cordão umbilical e a Sara foi colocada em contacto pele a pele com a mãe como era a vontade de ambos.

A escolha da posição de cócoras prendeu-se com dois fatores determinantes, o primeiro relacionado com o fato da apresentação ainda se encontrar no IIº plano aquando da dilatação completa, logo iria beneficiar da força da gravidade para promover a descida, o segundo relacionado com os esforços expulsivos se terem mostrado mais eficazes nesta posição, fator também favorecedor da descida da apresentação. Apesar da avaliação feita indicar que esta situação beneficiava com o uso da posição de cócoras isto só foi possível devido ao fato da Sr.^a X ter compreendido a sua importância e se sentir confortável. A

mulher deve escolher a sua posição de parto de forma livre e informada e a sua escolha deve ser respeitada (FAME & APEO, 2009)¹

O que estou a pensar e a sentir?

Ao longo de todo o processo de condução do trabalho de parto senti que consegui, através dos processos de cuidar defendidos por Swanson e sobre os quais guio o meu cuidar, que a minha intervenção junto daquele casal contribuiu para que eles, enquanto seres únicos e com capacidade/liberdade para decidir o seu percurso ao longo deste processo, o vivessem da forma que queriam.

Sei que o facto de estar acompanhada por uma OL que tinha experiência em assistir partos com a mulher em posição de cócoras teve um efeito propulsor na minha intervenção com o casal, pois até então ainda não tinha tido este tipo de experiência.

Ter desenvolvido o meu projeto no âmbito dos partos verticalizados capacitou-me do conhecimento necessário para intervir com segurança neste processo, contudo a experiência prática que me faltava trazia-me um sentimento de insegurança para o pôr em prática. A abertura deste casal para experimentar várias posições ao longo do segundo estágio e o apoio incondicional por parte da OL foram os pontos chave para ter conseguido ir ao encontro das minhas próprias expectativas.

O que foi bom e mau na experiência?

Confesso que esta dualidade de sentimentos (insegurança/segurança) me provocaram algum receio ao início. Este medo prendia-se com o facto de duvidar das minhas capacidades e fizeram-me levantar questões como “será que vou ser capaz de capacitar este casal?” ou “será que vou conseguir proporcionar a experiência de parto que eles idealizaram?”. Foram questões momentâneas e que depressa se dissiparam à medida que fui conhecendo o casal. Talvez pelo facto da minha disponibilidade e entrega ter sido total, sinto que consegui estabelecer uma relação de confiança e de partilha.

A este facto também se associou o incondicional apoio da OL, o seu conhecimento e experiência transmitiram-me confiança para continuar, afinal todo o meu investimento no âmbito do projeto para este Estágio com Relatório estava, de certa forma, a ser testado.

¹ APEO & FAME (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusociência.

Senti que se falhasse, se não fosse capaz de atingir os objetivos a que me propus com aquele casal, estaria a desiludir-me a mim própria profundamente.

Que sentido podemos encontrar na situação?

Ao mobilizar os conhecimentos baseados na evidência e perante a avaliação feita ao longo da condução do trabalho de parto percebi que o uso das posições verticais seria uma mais valia. A evidência mostra que as posições verticais promovem a descida de uma apresentação alta, proporcionam maiores diâmetros pélvicos, há uma redução da incidência dos partos instrumentados, verificam-se menos episiotomias, estão relacionados com a diminuição da dor no período expulsivo, há uma redução de padrões anormais na FCF, têm a ajuda da gravidade, promovem contrações uterinas de maior intensidade e a perfusão útero-placentária. (Calais-Germain & Parés, 2007; FAME e APEO, 2009; Lowdermilk, 2008; Romano & Lothian, 2008; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007).²

Em particular na posição de cócoras conseguiria um aumento em cerca de 28% a área do plano de saída da pélvis, assim como um aumento de cerca de 1,0 a 1,5 cm os diâmetros do estreito inferior da bacia, e conseguiria uma rectificação da curvatura lombossagrada e rotação superior da sínfise púbica (efeito da Manobra de McRoberts sobre a distância de ombros).²

Tudo isto era claro na minha cabeça, sabia que tinha sempre como alternativa a posição semi sentada ou sentada embora os esforços expulsivos, com esta grávida, não se terem mostrado tão eficazes nesta posição.

Para além do efeito pretendido que teve no decorrer daquele parto, a situação vivida teve em mim um efeito extremamente positivo em termos de confiança e uma profunda satisfação profissional e pessoal.

O feedback positivo dado pelo casal posteriormente só veio reforçar este meu sentimento. A idealização do seu parto, embora timidamente construída, existia e foi não só respeitada, como também incentivada, pois passaram a acreditar nas suas capacidades sem nunca, ao longo deste processo, duvidarem delas.

Este sempre foi, desde o primeiro dia de ensino clínico o meu principal objetivo e foi extremamente gratificante vê-lo atingido com este casal.

² Calais-Germain, B. & Parés, N. (2009). *Parir en Movimiento. La liebre de marzo*: Barcelona; APEO & FAME (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusociência; Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed). Loures: Lusodidacta; Romano, A. M. & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 94- 105; Silva, L., Silva, M., Soares, P. & Ferreira Q. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *FEMINA* 35 (2), 101-106.

Que mais poderia ter feito?

Ao olhar retrospectivamente para a situação vivida penso que reuni todas as competências necessárias e que me são diariamente exigidas para dar resposta às necessidades daquele casal.

Vivi esta experiência em profundidade, refleti sobre ela, revi os passos que dei e partilhei com a OL o que sentia e todas as minhas dúvidas. O seu feedback, encorajador e motivador, fizeram-me questionar o porquê de não o ter já feito. Talvez por medo do desconhecido, pois nunca tinha assistido um parto com a mulher na posição de cócoras.

Questões como “e se é necessário um episiotomia?” ou “e se existirem circulares cervicais?” ou ainda “e se se verificar uma distócia?” eram os meus fantasmas que, de certa forma, consegui rapidamente responder a todas elas quando a posição foi escolhida pela Sr.^a X. No fundo concluí que podia ter feito tudo aquilo que fiz há mais tempo pois já estava preparada.

Como irei agir numa situação futura?

A aprendizagem reflexiva que retirei desta experiência permitiu-me dissipar muitos dos meus medos e inseguranças. As oportunidades não só se procuram, também as temos que construir.

Penso que numa situação futura, em que durante a condução do trabalho de parto a grávida manifeste essa vontade e/ou exista evidência dos seus benefícios, conseguirei capacitar o casal para que a sua experiência de parto vá ao encontro das suas expectativas pois os meus receios relacionados com a não visualização do períneo foram, de certa forma, desmistificados com esta experiência.

Ao conhecimento teórico associei o conhecimento prático, que deve ser treinado e praticado para que assim consiga desenvolver as competências a que me propus desde o primeiro dia. Sinto que esta experiência foi um marco muito importante para a construção da minha “personalidade” enquanto futura EESMO.

Joana Álvaro

9 de junho de 2015