

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

Relatório de Estágio

**O cuidar especializado na promoção de posições
verticais durante o segundo estágio do trabalho de
parto**

Inês Maria Brito Ferreira

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

**O cuidar especializado na promoção de posições
verticais durante o segundo estágio do trabalho de
parto**


Inês Maria Brito Ferreira

|
Orientador: Alexandra Tereso

**Lisboa
2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





"Quando à tua frente se abrirem muitas estradas e não souberes a que hás-de escolher, não te metas por uma ao acaso, senta-te e espera. Respira com a mesma profundidade confiante com que respiraste no dia em que vieste ao mundo, e sem deixares que nada te distraia, espera e volta a esperar. Fica quieta, em silêncio, e ouve o teu coração. Quando ele te falar, levanta-te, e vai para onde ele te levar."

Susana Tamaro *in* *Vai Aonde te Leva o Coração* (2006)

AGRADECIMENTOS

À Professora Alexandra Tereso, pela disponibilidade e orientação;
Aos Enfermeiros Orientadores, pela paciência e dedicação ao meu Projeto e
pela preciosa transmissão de conhecimentos;
Aos Serviços que me acolheram, pela receptividade;
Às minhas colegas de trabalho, pela colaboração e inspiração;
À Joana, à Patrícia e à Catarina, pela amizade e companhia neste desafio;
À minha família e amigos, pela motivação e tolerância nas minhas ausências;
Ao Luís Maria e ao Luís Gomes, porque são a razão de tudo;

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
APDMGP	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
APEO	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
BP	Bloco de Partos
CE	Competência Específica
CEEEESMOG	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
CTG	Cardiotocografia
CPNP	Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade
DGS	Direção-Geral de Saúde
ESMOG	Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
EEESMOG	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
Enf.^a	Enfermeira
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
IA	Índice de Apgar
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
par.	Parágrafo
PBE	Prática Baseada na Evidência
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-nascido

- RB** Revisão Bibliográfica
- RCL** Revisão Crítica da Literatura
- RSL** Revisão Sistemática da Literatura
- SGO** Serviço de Ginecologia/Obstetrícia
- Sr.^a** Senhora
- TP** Trabalho de Parto
- UC** Unidade Curricular
- UCIPN** Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria e
Neonatologia
- UOG** Urgência Obstétrica/Ginecológica

RESUMO

No contexto do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sistematizamos neste documento a análise crítica do percurso de desenvolvimento de competências realizado no estágio com relatório.

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgou a importância da promoção de posições verticais durante o trabalho de parto (TP), considerando-as como “Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas” (OMS, 1996, p. 1).

Face ao distanciamento encontrado entre as considerações da OMS e a realidade portuguesa (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (APEO & FAME), 2009; Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), 2015b; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a), emergiu a reflexão sobre a prática generalizada do parto na posição de litotomia, que direcionou a eleição do foco especial de atenção para a nossa aprendizagem:

“A promoção de posições verticais durante o segundo estágio do trabalho de parto”.

Neste âmbito, para identificarmos e mobilizarmos a evidência científica sobre o tema, elegemos como ponto de partida uma questão segundo a mnemónica PICo (Joanna Briggs Institute (JBI), 2014): *“Quais as experiências das parturientes (P) na utilização de posições verticais (I) no segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar (Co)?”.*

Da análise dos achados, emergiram as seguintes experiências: “alívio da dor e conforto”, “menor duração do segundo estágio do TP”, “autonomia”, “bem-estar no pós-parto”, “concretização da informação recebida”, “desconforto em posições específicas” e “sensação de falta de apoio dos profissionais”.

Para fundamentarmos o desenvolvimento deste estágio e a reflexão sobre o mesmo, seleccionámos o referencial teórico de Betty Neuman. Este sustentou o planeamento e a implementação de estratégias (nomeadamente a verticalidade no parto) para a gestão dos stressores a que a parturiente/família

estão expostos durante o TP e para a promoção do equilíbrio no seu processo de homeostase (Alligood & Tomey, 2004).

Na consecução do percurso de desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (CEEEESMOG), evidenciamos a prestação de cuidados especializados à parturiente/família/casal/feto/recém-nascido (RN), bem como a prática reflexiva inerente a todo o processo como estratégias decisivas para no nosso percurso formativo.

Está prevista a discussão pública deste relatório para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Palavras-chave: parturiente; posições verticais; segundo estágio do trabalho de parto; cuidar especializado; enfermeiro obstetra

ABSTRACT

In the context of the 5th Master Course in Maternal Health and Obstetrics of the Nursing School of Lisbon, we systematize in this document a critical analysis of skills development performed on internship with report.

In 1996, the World Health Organization publicized the importance of promoting vertical positions during labor, considering them as "Practices which are demonstrably useful and should be encouraged " (OMS, 1996 p. 1).

Given the gap between the considerations of the WHO and the Portuguese reality (APEO & FAME, 2009; APDMGP, 2015b; OE, 2015a), emerged the reflection about the widespread practice of birth in the lithotomy position. In this scope we elected as a special focus of attention to our learning process:

"The promotion of vertical positions during the second stage of labor".

To identify and mobilize the scientific evidence on the subject, we elected as a starting point a question according to mnemonic PICo (JBI, 2014): *"What are the experiences of parturients (P) using vertical positions (I) in the second stage of labor in hospitals (Co)? "*

From the analysis of findings, emerged the following experiences: "pain relief and comfort", "shorter duration of the second stage of labor", "autonomy", "well-being in the postpartum", "delivery of information received", "discomfort at specific positions", "feeling of lack of professional support".

As a theoretical foundation to the development and reflection of this stage we selected the theoretical framework of Betty Neuman.

This framework supported the planning, implementation and evaluation of strategies (the verticality in delivery in particular) to manage the stressors to which the parturient/family are exposed during labor and promote balance in their homeostasis process (Allgood & Tomey, 2004).

In the achievement of the specific skills development as obstetric nurse, we highlight the provision of specialized care to laboring women / family / couple / fetus / newborn, and the reflective practice inherent in this process as decisive learning strategies.

It is planned the public discussion of this report to obtain the title of Clinical Nurse Specialist and the Master Degree in Maternal Health Nursing and Obstetrics.

Keywords: woman in labor; vertical positions; second stage of labor; specialized nursing care; obstetric nurse

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1.1. Parto Normal: conceitos, práticas e experiências	18
1.2. As posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto como estratégias promotoras do parto normal	24
1.3. Modelo Conceptual de Betty Neuman	29
2. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	33
2.1. Caracterização do local de estágio	33
2.2. Descrição e análise das atividades e das competências desenvolvidas.....	35
2.2.1. Identificação da evidência científica no âmbito das experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar, recorrendo a uma Revisão Crítica da Literatura.....	41
2.2.2. Mobilização da evidência científica encontrada no decurso do estágio	49
2.2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o trabalho de parto, com ênfase na promoção de posições verticais no segundo estágio	56
2.2.4. Desenvolvimento do pensamento e raciocínio crítico.....	73
2.3. Limitações do percurso de desenvolvimento de competências	75
3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	78
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES.....	
Apêndice 1: Tipos de posições verticais	
Apêndice 2: Vantagens e desvantagens das posições verticais	
Apêndice 3: Descritores para a Revisão Crítica da Literatura.....	
Apêndice 4: Critérios de inclusão/exclusão dos artigos da Revisão Crítica da Literatura.....	

Apêndice 5: Fluxograma de seleção dos artigos para a Revisão Crítica da Literatura	
Apêndice 6: Experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto	
Apêndice 7: Proposta de Procedimento: Posições Não Supina no Segundo Estádio do Trabalho de Parto	
ANEXOS	
Anexo 1: QARI critical appraisal tools	
Anexo 2: QARI data extraction tools	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Definição da questão de pesquisa pela mnemónica PICO	43
---	----

INTRODUÇÃO

A realização deste documento encontra-se contextualizada pela Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, incluída no plano de estudos do 2º ano, 2º semestre, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL.

De acordo com o mesmo plano de estudos, concretizámos um estágio, que decorreu no período de 03 de Março a 10 de Julho de 2015, em contexto de Bloco de Partos (BP) e que visou o desenvolvimento de competências gerais e específicas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Para a consecução desta UC foi determinante a orientação da Senhora Professora Alexandra Tereso e de uma Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) no local de estágio.

Para o desenvolvimento do nosso percurso de aprendizagem definimos como objetivo geral: Desenvolver competências (técnicas, científicas, relacionais e ético-morais) para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e conviventes significativos, tendo como foco principal de atenção a promoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP. Neste âmbito, considerámos como fio condutor o documento orientador da UC, bem como o nosso projeto individual de aprendizagem, no qual foram definidos como objetivos específicos:

- Identificar a evidência científica no âmbito das experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar, recorrendo a uma revisão sistemática da literatura (RSL);
- Mobilizar a evidência científica encontrada no decurso do estágio;
- Desenvolver competências na promoção da saúde e bem-estar da mulher e feto, durante o trabalho de parto, bem como na optimização da adaptação do RN à vida extra-uterina, com ênfase na promoção de posições verticais no segundo estágio;

- Desenvolver competências na realização do diagnóstico precoce e prevenção de complicações de saúde da mulher e feto/RN, durante o trabalho de parto;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher com patologia associada, durante o trabalho de parto;
- Desenvolver o pensamento e raciocínio crítico.

Para a concretização destes objetivos, instituímos como estratégias metodológicas: a reflexão e análise das atividades desenvolvidas e a realização de uma RSL, para identificação da evidência científica sobre o foco da nossa aprendizagem. Neste âmbito, planeámos atividades que dessem resposta aos objetivos traçados e que veiculassem o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do EEESMOG, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011), bem como das “Essencial competencies for basic midwifery practice”, da *International Confederation of Midwives* (ICM, 2013).

A OE e a APEO, no seu Documento de Consenso, distinguem parto eutócico (ou normal) de parto distócico, “aplicando-se o primeiro a nascimentos em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos e o segundo às restantes situações” (OE & APEO, 2012, p. 18).

O regulamento de CEEEESMOG nomeia o EEESMOG como o profissional, que por excelência, tem competências para prestar assistência durante o parto normal. Nesse regulamento, podemos ler que o EEESMOG “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8662). Assim, é fundamental que seja detentor da capacidade de, em conjunto com a parturiente/família, planear e desenvolver estratégias para a promoção do parto normal.

Neste contexto, realça-se ainda que a atuação destes enfermeiros tem comprovados benefícios na promoção do processo fisiológico do parto, com menores índices de cesarianas, da utilização de fórceps, de indução do parto, menor frequência da utilização de medicação, o que se reflete no nascimento de

bebés com melhores índices de Apgar (IA) (Merighi & Gualda, 2002; Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008).

A APEO e a Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) apontam diversos benefícios decorrentes do parto normal: adaptação facilitada do bebê à vida extra-uterina; interação mãe/bebê facilitada, com consequente influência no processo de vinculação; maior interação/participação com o companheiro/pai; recuperação materna muito mais rápida, podendo a mulher voltar rapidamente às suas funções; risco de hemorragia e infecção infinitamente menor, possibilitando menores custos sociais e de saúde (APEO & FAME, 2009).

De acordo com as declarações da OMS (OMS, 1996), vários países (entre eles, Portugal) desenvolveram estratégias para a promoção do parto normal como um evento fisiológico na vida da mulher, diminuindo a intervenção técnica ao máximo possível, promovendo a tomada de decisão informada, a participação da mulher/casal no processo de parto e garantindo o acesso com qualidade na assistência ao parto normal (*The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & National Childbirth Trust, 2007; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, Canadian Association of Midwives, College of Family Physicians of Canada & Society of Rural Physicians of Canada, 2008; APEO & FAME, 2009; OE & APEO, 2012;*).

“A posição afecta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 344). Amorim, Porto & Souza (2010), acrescentam ainda que é fundamental incentivar as mulheres a parirem na posição que lhes seja mais confortável (Amorim, Porto & Souza, 2010).

No âmbito da promoção do parto normal (ou eutócico), o contributo proporcionado pelas posições verticais é consensual para diversos autores, que enfatizam como benefícios o aumento da frequência das contrações e da sua eficácia, a diminuição do nível de dor e desconforto, a redução do número de partos instrumentados e o aumento do fluxo sanguíneo uteroplacentário (OMS, 1996; Enkin *et al*, 2005; FAME & APEO, 2009).

Neste contexto, enfatizamos o “Projecto Maternidade com Qualidade”, do qual se destaca o “Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto” (OE, 2013b, par. 3) como um dos seus cinco indicadores de evidência e de

medida. Este indicador aborda a influência da posição de parto na mãe e no RN, defendendo que o EEESMOG deve favorecer a autonomia da grávida/parturiente na escolha da posição a adotar, fornecendo-lhe informação adequada e empoderando-a para uma postura proativa em todo o processo.

Não obstante todos os benefícios comprovados da prática da verticalidade no parto, existe ainda um distanciamento entre esta conduta obstétrica recomendada e a realidade, o que parece comprometer a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015a). Como forma de compreender as razões desta dissonância, esta problemática mereceu a nossa atenção ao longo do percurso de desenvolvimento de competências, tendo sido alvo de reflexão neste relatório.

Neste sentido, é elementar que a prática não se fundamente no empirismo ou na comodidade dos profissionais. É imperativo que a tomada de decisão dos enfermeiros traduza a reflexão sobre as práticas instituídas, a atualização de conhecimentos e que o seu exercício profissional se sustente na evidência científica e em quadros conceptuais (Silva, 2007).

Neste âmbito, elegemos como referencial teórico norteador do nosso pensamento e da nossa prática clínica, o desenvolvido por Betty Neuman (que foi registado em 1972 e que viria a configurar mais tarde o Modelo de Sistemas).

A teoria da autora utiliza o conceito da homeostase para explicar as respostas do indivíduo aos stressores (inter, intra e extrapessoais) impressos pelo ambiente e que podem influenciar o seu equilíbrio (Alligood & Tomey, 2004). Isto confere-lhe aplicabilidade no contexto em que o estágio se inseriu, já que as parturientes/famílias podem estar expostos a inúmeros stressores durante o TP.

Para Neuman, o enfermeiro atua aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) em todas as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que afetam as respostas da pessoa aos fatores de *stress*, sendo o principal objetivo da enfermagem prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, conquistando um nível máximo de bem-estar (Alligood & Tomey, 2004). A valorização das diferentes dimensões do indivíduo e da sua implicação na resposta ao *stress*, confere um carácter holístico e abrangente a esta teoria, com grande aplicabilidade prática.

Enquanto futuros enfermeiros especialistas devemos ser capazes de desenvolver a capacidade de análise das práticas em relação aos seus resultados e avaliar o seu impacto para a qualidade dos nossos cuidados (Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Com base nesta premissa, elaborámos este relatório, com o qual pretendemos descrever as atividades realizadas e analisar o nosso percurso de desenvolvimento de competências, de forma a permitir que a excelência dos cuidados de enfermagem seja uma meta com maior alcance.

Este relatório está organizado em quatro capítulos: enquadramento teórico, no qual serão aprofundados os conceitos e teorias que permitiram emoldurar a temática; percurso formativo de aquisição de competências, que inclui a contextualização do local onde decorreu o estágio, a descrição e análise das atividades e das competências desenvolvidas, bem como as limitações encontradas; contribuições para a prática; e, considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Parto Normal: conceitos, práticas e experiências

Durante muitos anos o parto foi considerado como um momento de grande fragilidade familiar, dadas as taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis. Neste âmbito, o investimento da prática obstétrica numa corrente tecnicista e intervencionista veio amenizar essas taxas e trazer maior segurança ao nascimento (APEO & FAME, 2009).

Sob o lema da gestão do risco, tornou-se legitimada a medicalização do TP, que interferiu com a fisiologia do processo e imputou novos riscos para a parturiente/feto/RN (Tereso, 2005). Num cenário em que a tecnologia ganhou protagonismo, a parturiente foi remetida para um papel passivo (em prol da saúde da criança por nascer) (Romano & Lothian, 2008; APEO & FAME, 2009).

Em 1996, a OMS vem recomendar que se contrariasse a tendência para uma medicalização crescente e divulga um guia prático para a assistência ao parto, “Safe Motherhood – Care in normal birth: a practical guide”. Ainda com vista a minimizar os efeitos negativos do parto medicalizado, várias entidades internacionais (como a Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Canadian Association of Midwives, The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & National Childbirth Trust e a FAME), têm desenvolvido projetos para o apoio e valorização do parto normal.

Em Portugal, a partir de 2009, organismos como a OE, a Direção Geral de Saúde (DGS) e a APEO, elaboraram documentos no sentido de promover essas práticas, nomeadamente “Iniciativa Parto Normal” (APEO & FAME, 2009) e “Pelo Direito ao Parto Normal - uma Visão Partilhada” (OE & APEO, 2012). Estas obras que disponibilizam diretrizes de atuação para todas as fases do TP, orientam para a preservação da autonomia da mulher, para a sua segurança e do RN e promovem a qualidade e a equidade dos cuidados, bem como o exercício das CEEESMOG.

Numa sociedade globalizada, em constante mutação, o conceito de normalidade pode comportar grande relatividade (Granjo, 1999). Porém, assume-se que “normal” é o que segue a norma, ou seja, “é aquilo que está na média, o sumo da adaptação e da identidade” (Alves, 2003, par. 5).

No contexto obstétrico, este conceito de “normalidade” quando aplicado ao tipo de parto remete-nos para um parto vaginal, decorrente de uma gravidez de termo, com início e progressão espontâneos, sem instrumentalização e em que o nível de intervenção do EEESMOG será o indispensável para a manutenção do bem-estar materno fetal, permitindo que o TP e parto sejam eventos fisiológicos (ICM, 2011; OE & APEO, 2012). Realçamos que a atribuição da designação eutócico/distócico a um parto, é algo que acontece à *posteriori*, já que só podemos afirmar que um parto foi normal depois de todo o processo concluído.

“A mãe, ao longo da gravidez, sofreu várias adaptações fisiológicas que a preparam para o parto e para a maternidade” (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999, p. 2016). Não havendo patologia presente, o corpo feminino encontra-se preparado para experienciar o processo físico do TP, que consiste na “(1) progressão regular das contrações uterinas, (2) apagamento e dilatação progressivos do colo e (3) progressão na descida da apresentação. Estão estipulados quatro estádios de trabalho de parto.” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 346).

Os processos fisiológicos presentes durante e após o parto normal são favoráveis e facilitadores na transição para parentalidade e têm um importante significado emocional do ponto de vista da experiência da mulher que o vivencia (Kasai, Nomura, Benute, Lucia & Zugaib, 2010; Odent, 2005).

Em Portugal, a partir de 2009, sob influência das ações desenvolvidas pela Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, assistimos a uma diminuição do número deste tipo de partos (Ayres-de-Campos, Cruz, Medeiros-Borges, Costa-Santos & Vicente, 2015; PORDATA, 2015). Não obstante os benefícios considerados, existe ainda a necessidade de acompanhar esta evolução e perceber as implicações destas medidas. Nomeadamente, o impacto: na taxa de partos vaginais distócicos (que subiram de 14% em 2009 para 18% em 2014; PORDATA, 2015) na condução dos TP's (na promoção do parto seguro), nas experiências de parto das parturientes/casais (na promoção da sua saúde e bem-estar), a que tipo de parto deram lugar e que complicações daí advieram, bem como o impacto destas medidas na vida futura das mulheres/famílias e os custos implicados.

Neste contexto, tem emergido o questionamento acerca dos critérios adotados e das consequências da redução da taxa de cesarianas, bem como acerca dos problemas decorrentes dessa redução se ter tornado uma prioridade nos cuidados obstétricos (OMS, 2015; APDMGP, 2015b). Neste sentido, seria fundamental a realização de estudos correlacionais que englobassem vários indicadores e que medissem os *outcomes* relativos à saúde da mulher/família. Por exemplo, face ao argumento dos custos implicados na realização de cesarianas, seria interessante percebermos quais os custos implicados nos partos vaginais traumáticos (a curto e a longo prazo).

Apesar dos comprovados benefícios do parto normal, o reconhecimento da autonomia reprodutiva da mulher/casal implica o respeito pelo seu direito à autodeterminação e a salvaguarda da sua autonomia. Neste âmbito, o consentimento informado, livre e esclarecido acerca do tipo de parto é um imperativo ético e deontológico que deve ser respeitado (Associação Portuguesa de Bioética, 2008; Ferrari, 2012). Em Portugal, apesar do plano de nascimento englobar as expectativas das mulheres, o tipo de parto ainda continua a ser uma decisão dos profissionais de saúde.

A literatura refere que a escolha da via de parto por parte da mulher é influenciada por diversos fatores, como: a idade materna, as experiências de parto anteriores, o medo da imprevisibilidade do TP e parto, o medo da dor, a realização de Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP) e as influências familiares e culturais. Neste contexto, a intervenção do EEESMOG pode ter um impacto considerável no exercício do direito à autodeterminação, no apoio efetivo na tomada de decisão da grávida/casal e na promoção da humanização do parto (Weidle, Medeiros, Grave & Bosco, 2014; Moreira, 2014; Pimentel, 2015).

Atendendo a este papel privilegiado do EEESMOG e à sua esfera de competências específicas no que respeita à promoção do parto normal, salientamos ainda a importância da implementação de medidas governamentais e institucionais efetivas que estejam englobadas nas políticas de saúde e que sejam impulsionadoras de mudança. Nomeadamente, a promoção de:

- incentivos financeiros para o desenvolvimento de investigação no âmbito dos processos fisiológicos da gravidez, TP, nascimento e pós-parto (OE & APEO, 2012; APDMGP, 2015b);
- formação para os EEESMOG, através de planos curriculares que enfatizem as estratégias de promoção do parto normal (OE & APEO, 2012; APDMGP, 2015b);
- cuidados de saúde especializados aos três níveis de prevenção, investindo numa proximidade maior com a população e na facilitação do acesso à informação (divulgação alargada dos benefícios do parto normal) (APEO & FAME, 2009; OE & APEO, 2012; APDMGP, 2015b);
- formação contínua dos profissionais de Saúde Materna, a difusão de práticas e procedimentos para a promoção do parto normal e riscos do parto distócico (divulgação alargada de evidência científica e dados estatísticos referentes a cada instituição - *Benchmarking*) (OE & APEO, 2012; DGS, 2015; APDMGP, 2015b);
- partos em ambientes seguros, nomeadamente no que respeita à dotação de recursos humanos nas salas de partos (num rácio de 1:2 no 1º estágio e 1:1 no 2º estágio do TP) e disponibilização de treino para os profissionais (especialmente em situações de emergência) (OE & APEO, 2012; OE, 2014; DGS, 2015);
- normas e orientações clínicas para a promoção do parto normal e divulgação das já existentes (OE & APEO, 2012; DGS, 2015);
- formação aos profissionais de saúde sobre direitos humanos/ direitos das mulheres/famílias na gravidez e no parto, nomeadamente o exercício da autonomia reprodutiva (Ferrari, 2012; APDMGP, 2015b).

Apesar de existir ainda um caminho a percorrer, assistimos nos últimos anos a uma mudança do paradigma assistencial em obstetrícia, impulsionado pelo acesso facilitado à informação por parte da mulher/casal e pela procura da efetivação do seu desejo de ter um papel proactivo no TP e parto (Nogueira, 2012).

A liberdade de movimentos durante o TP (com ênfase na verticalidade), a ingestão de líquidos claros, a utilização de métodos não farmacológicos no controlo da dor, a realização seletiva da episiotomia, a presença da pessoa

significativa, a realização do contacto pele-a-pele imediato e prolongado, a amamentação na primeira hora de vida e a possibilidade de negociar um plano de parto no momento da admissão, fazem parte das alterações que ocorreram nalgumas instituições em Portugal e que caracterizam o novo modelo assistencial de parto normal (OE, 2015b). Neste âmbito, de forma a permitir que estas práticas sejam uma realidade, é fundamental que o EEESMOG desenvolva competências específicas, providencie recursos e se apetreche com a melhor evidência científica (Sullivan & McGuinness, 2015).

Sabe-se hoje que a liberdade de movimentos durante o TP, o torna mais fácil, mais seguro e contribui para: a diminuição da intensidade da dor (e menor necessidade de analgesia farmacológica), a redução do tempo de TP (por favorecer a dinâmica e mecânica do mesmo), a diminuição da necessidade de monitorização contínua e a redução do número de distócias (*Lamaze International, 2009*).

No âmbito da promoção do parto normal, apesar das técnicas de analgesia loco-regional serem hoje os “*gold standards*” no controlo da dor durante o TP, é fundamental que o EEESMOG (com base nas suas competências especializadas e incrementando a sua atuação autónoma) proporcione às parturientes abordagens não farmacológicas na gestão e no controlo da dor, como alternativas ou como coadjuvantes.

As massagens, os exercícios de respiração e de relaxamento, a acupuntura e acupressão, a estimulação nervosa elétrica transcutânea, as injeções de água estéril, a musicoterapia ou audioanalgesia, a hipnose, a aromaterapia, a cromoterapia e hidroterapia, são algumas das técnicas com *outcomes* comprovados no alívio da dor, na diminuição da ansiedade e no aumento do nível de satisfação durante o TP (Kashanian & Shahali, 2009; Smith, Collins, Crowther & Levett, 2011; Janssen, Shroff & Jaspar, 2012; Mortazavi, Khaki, Moradi, Heidar & Rahimparvar, 2012; Gallo *et al*, 2013; Simavli *et al*, 2013; Dabiri & Shahi, 2014; Kaviani, Azima, Alavi & Tabaei, 2014; Sousa, Gomes-Sponholz & Nakano, 2014; Sever & Akyüz, 2015).

Relativamente à ingestão oral de líquidos durante o TP, esta é uma prática cada vez mais aceite nas nossas salas de partos. No entanto, existem ainda instituições onde permanece a restrição de ingestão oral, que é substituída pela

administração de fluídos endovenosos. Esta prática, de forma rotineira pode causar efeitos adversos, tanto no bem-estar materno (hiperglicemia, sobrecarga hídrica, desconforto e restrição de movimentos), como no bem estar fetal/neonatal (diminuição do pH do sangue arterial umbilical, hiponatremia, hiperglicemia fetal e subsequente hipoglicemia neonatal) (Melo & Peraçoli, 2007; APEO & FAME, 2009).

Posto isto, e como forma de prevenção de desequilíbrios hidroeletrólíticos e metabólicos, é importante incentivar a parturiente para a ingestão de líquidos (chá, água, bebidas isotônicas e sumo de frutas sem polpa) por via oral, em doses moderadas (volumes não superiores a 100 ml de 15 em 15 minutos) (APEO & FAME, 2009; OE, 2013b).

A realização do contacto pele-a-pele logo após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida são também práticas com benefícios comprovados, que se influenciam mutuamente e têm como ponto comum a promoção da vinculação (APEO & FAME, 2009; Aghdas, Talat & Sepideh, 2013).

O aleitamento materno fornece uma combinação de fatores imunomoduladores e antimicrobianos ao RN. O microbioma do leite materno contribui para uma microflora saudável no intestino do neonato e ajuda a aprimorar o desenvolvimento do seu sistema imunológico, protegendo-o contra o crescimento excessivo de bactérias patogénicas (Hakansson, 2014).

Neste contexto realçamos ainda que a administração de ocitocina sintética intraparto poder inibir a expressão dos reflexos primitivos do RN associados à amamentação e com isto comprometer o sucesso desta imunomodelação (Gabriel *et al*, 2015). A sua utilização deve ser uma decisão ponderada e obedecer a critérios de elegibilidade, à semelhança de outro tipo de práticas e procedimentos que se tornaram rotineiros em algumas salas de partos; tais como: rotura artificial de membranas, exames vaginais repetidos, algaliação, esforços expulsivos dirigidos pelo profissional, episiotomia, aspiração orofaríngea do RN e separação da mãe e RN para prestar cuidados de rotina (Berghella, Baxter & Chauhan, 2008).

Em suma, a promoção do parto normal para além dos ganhos em saúde para a mulher e RN descritos pela divulgação científica (como a menor morbidade materna e perinatal), comporta benefícios tais como: a redução dos

tempos de internamento, menores custos de financiamento (inferiores a 1,51 milhões de euros anuais) e redução do número de camas necessárias (OE, 2013a).

Neste âmbito, é fundamental salvuardarmos o direito da mulher à autodeterminação. Ainda que a opção da mulher passe pelo parto normal, ela tem o direito de expressar a sua vontade relativamente às intervenções a desenvolver, ponderando os riscos e benefícios relativamente às suas necessidades específicas e tomando decisões livres e informadas (Humans Rights in Childbirth, 2012; OE, 2015a).

A elaboração de um plano de parto, escrito ou verbalizado pela parturiente/casal, prevê o direito à autodeterminação e está sustentado por um enquadramento legal, nos artigos: 38º, 39º 149º e 150º do Código Penal Português; 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos; e 5º, 8º e 9º da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (APDMGP, 2015a).

Quando a parturiente sente a sua vontade respeitada e se vê envolvida nas decisões acerca do seu processo de saúde há um efeito significativamente positivo na sua satisfação e no progresso do TP (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013). Neste âmbito realça-se que o apoio efetivo da grávida/casal por parte do EEESMOG (desde o período pré-natal), bem como o estabelecimento de uma relação de confiança são premissas essenciais para a construção do processo de tomada de decisão (APEO & FAME, 2009; OE, 2015a).

1.2. As posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto como estratégias promotoras do parto normal

No século XVIII, o parto foi remetido para o contexto hospitalar, a figura do médico impôs-se como interveniente privilegiado e assistiu-se à desvalorização do saber empírico das parteiras e à marginalização das suas práticas (Mamede, Mamede & Dotto, 2007).

Este novo modelo de assistência obstétrica, que se caracteriza por um alto grau de intervencionismo, direcionou o controlo de todo o processo para os profissionais de saúde e elegeu os médicos como protagonistas do parto. A parturiente foi destituída de autonomia e passou a ser considerada como objeto

de uma cascata de procedimentos tecnocráticos, que sob o lema da segurança, passou a introduzir novos riscos no processo do nascimento, com outcomes materno-fetais questionáveis (Seibert, Barbosa, Santos & Vargen, 2004; Mamede *et al*, 2007). Neste cenário, pautado pelo modelo biomédico, emergiu a restrição da liberdade de movimentos durante o TP e a imposição de posições supinas, fundamentadas pelas necessidades dos profissionais (e não das parturientes). O processo de horizontalização do parto, ocorreu em simultâneo com a sua medicalização e com a intervenção dos cirurgiões obstétricos, sob a influência da Escola Obstétrica Francesa. As posições horizontais a que as parturientes passaram a ser submetidas foram legitimadas pela facilidade de acesso para intervenções médicas (tais como o uso do fórceps e o estudo físico do mecanismo de parto) (Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007).

A tecnocracia implicou o menosprezo pelos mecanismos fisiológicos do parto e dificuldades no reconhecimento e no exercício do direito da parturiente à sua autodeterminação (OMS, 1996). Neste âmbito, torna-se imperativo o reconhecimento da parturiente como sujeito com direitos, capaz de tomar decisões sobre o seu processo de saúde. “Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios” (Seibert *et al*, 2004, p. 249).

Neste sentido, é fundamental o recurso à prática baseada na evidência (PBE), como veículo para o *empowerment* da parturiente/casal, através do acesso à melhor evidência que fundamente escolhas informadas (Arias, Nelas & Duarte, 2013). É igualmente importante que o EEESMOG detenha um conhecimento aprofundado sobre a mecânica e dinâmica do TP, que lhe permita intervir de forma adequada ao longo da evolução dos estádios do TP (OE, 2015a).

Na concretização da nossa temática elegemos o segundo estágio do TP para a contextualização da prática da verticalidade. A divisão do TP em fases não é consensual, havendo autores que consideram quatro fases (1º estágio: desde a instalação de contrações uterinas regulares até à dilatação completa; 2º estágio: desde a dilatação completa à expulsão do feto; 3º estágio: desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta; 4º estágio: homeostase), como

Lowdermilk & Perry (2008), e outros tais como Graça (2010) e Enkin *et al* (2005), que consideram três (1º estágio: apagamento e dilatação cervical; 2º estágio: período expulsivo; 3º estágio: dequitação).

No que concerne ao segundo estágio do TP (sendo ele coincidente, do ponto de vista conceptual, entre todos os autores), Graça (2010), considera que é caracterizado pelo período expulsivo e que “começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto” (Graça, 2010, p. 323); podendo durar 45-60 min, nas nulíparas e 15-20 min, nas múltíparas.

A nossa opção pelo segundo estágio do TP esteve relacionada com o facto de ser “difícil estabelecer com precisão o momento exato de início do trabalho de parto; a mulher pode ser admitida no serviço de obstetrícia imediatamente antes do nascimento” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 346) e pelo facto da verticalidade, deambulação e liberdade de movimentos no primeiro estágio do TP ser já uma realidade nalguns serviços e o mesmo não se verificar no segundo estágio.

A utilização de posições verticais no segundo estágio do TP está enquadrada na conceção de parto normal (OE & APEO, 2012; OMS, 1996). Neste âmbito, realça-se o contributo da verticalidade para o desenvolvimento fisiológico do TP através da promoção da retificação do canal de parto, uma vez que o “desenvolvimento do promontório sacral (...) tornou o canal de parto mais longo e curvo e fez com que o processo do nascimentos e se tornasse mais difícil” (Silva *et al*, 2007, p. 102).

A imobilidade pode contribuir para um aumento do risco de distócias por dificultar a descida do feto através do canal de parto (Zwelling, 2010). Quando se favorece o processo fisiológico, o parto segue o seu próprio ritmo e diminui de forma evidente as complicações associadas ao intervencionismo e melhora os *outcomes* obstétricos (Schneck & Riesco, 2006).

Segundo Silva *et al* (2007), há várias décadas que são descritos na literatura os benefícios da utilização de posições verticais no TP, por diversos autores, como: François Mauriceau, em 1668; Engelmann, em 1882; Caldeyro-Barcia *et al*, em 1960; Mendez-Bauer *et al*, em 1975; Read *et al*, em 1981; OMS, 1996; Michel *et al*, 2002.

Mamede, Almeida e Clapis (2004), afirmam que a posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade, para diminuir a dor durante o parto, diminuir a duração do mesmo, melhorar a contratilidade uterina, oferecer mais conforto às parturientes e assegurar os intercâmbios materno-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal.

Romano & Lothian (2008), nos estudos que desenvolveram, concluíram que, no que respeita ao RN, “o índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minutos foi muito mais frequente nos partos em posição vertical se comparados com os em posição horizontal” (Mouta, Pilotto, Vargens & Progiant, 2008, p. 476).

No que diz respeito às desvantagens, Mouta *et al* (2008) asseguram que “a ocorrência de lacerações perineais foi, em sua maioria, de primeiro grau. A adoção da posição vertical evidenciou que (...) não aconteceram lacerações perineais que exigissem sutura ou reconstituição.” (Mouta *et al*, 2008, p. 476). No que se refere ao risco de hemorragia, De Jonge, Diem, Scheepers, Bruin & Lagro-Janssen (2007), referem que a perda de sangue total média superior a 500 ml só ocorre na posição de semi-sentada e sentada quando existe laceração perineal.

Do que foi exposto, tornam-se inequívocas as vantagens na adoção de posições verticais durante o segundo estágio do TP, promovendo a diminuição de intervenções clínicas e indo ao encontro do sustentado pela definição de parto normal.

A APEO & FAME (2009) referem que o EEESMOG deve contribuir para que a mulher adote a posição que melhor responde ao que lhe é solicitado pelo seu corpo durante o período expulsivo. De Jonge *et al* (2007) e Nieuwenhuijze, De Jonge, Korstjens, Budé & Lagro-Janssen (2013) realizaram estudos que concluíram que quando as parturientes podem escolher, utilizam várias posições e evidenciam maior satisfação com o TP.

Segundo a OMS (1996), a promoção de posições verticais durante o parto depende da experiência dos EEESMOG. Nos seus percursos formativos e na sua prática profissional, estes profissionais precisam de desenvolver saberes teóricos e práticos para ajudar a parir em posições não supinas (De Jonge,

Teunissen, Diem, Scheepers & Lagro-Janssen, 2008; Mwanzia, 2014); o que confere pertinência a esta temática no nosso percurso formativo.

Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist (2013) identificaram que as parteiras estão conscientes do impacto que as posições de parto têm na maneira como as mulheres experienciam o parto e nos seus *outcomes*.

Também a OE, afirma que devem fomentar-se “práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, nascimento e pós-parto, incluindo: (...) Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (OE & APEO, 2012, p. 23).

Podem encontrar-se descritas na literatura quatro tipos de posições verticais, a adotar no segundo estágio do TP: de cócoras, de joelhos, sentada e em pé (Lowdermilk & Perry, 2008; Calais-Germain & Parés, 2007; Silva *et al*, 2007; FAME & APEO, 2009; OE, 2013b). Cada uma delas pode sofrer variações, em função do conforto da parturiente, das implicações (sensitivas e/ou motoras) da utilização de analgesia loco regional, da experiência do profissional que acompanha o parto e das alterações na dinâmica do TP (nomeadamente, planos da apresentação e variedade fetal) (Apêndice 1).

Para proporcionar às parturientes uma escolha informada sobre as posições do parto, é fundamental que os EEESMOG forneçam informações durante a gravidez (De Jonge *et al*, 2008; Nieuwenhuijze, De Jonge, Korstjens & Lagro-Janssen, 2012), que incluam as vantagens e as desvantagens de cada posicionamento e os discutam com cada mulher/casal durante a gravidez (Apêndice 2).

A tomada de decisão partilhada entre parturientes e os prestadores de cuidados pode ter um efeito positivo sobre a perceção da experiência do parto e pode melhorar os resultados de saúde relacionados com a segunda fase do TP (Nieuwenhuijze, Low, Korstjens & Lagro-Janssen, 2014).

Com base nestas premissas, uma das estratégias metodológicas eleitas foi a realização de uma Revisão Crítica da Literatura (RCL), com recurso à mnemónica PICo (JBI, 2014), subordinada à questão: “*Quais as experiências das parturientes (P) na utilização de posições verticais (I) no segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar (Co)?*”.

Através da utilização desta metodologia pretendíamos analisar e sintetizar a informação disponibilizada por todos os estudos relevantes publicados sobre a temática eleita, estabelecendo relações com outras produções científicas, apontando novas perspetivas e consolidando o conhecimento nesta área (Mancini & Sampaio, 2006; Vosgerau & Romanowsk, 2014).

1.3. Modelo Conceptual de Betty Neuman

Nunes (2003) afirma que: “Hoje, o suporte científico, técnico e tecnológico dos cuidados é considerável. Os conceitos transformaram-se e as teorias de Enfermagem desenvolveram-se.” (Nunes, 2003, p. 351). Assim, se pode perceber a evolução e complexificação da prática.

Só através de uma conduta refletida e fundamentada pela investigação e pela conceptualização faz sentido falar em Enfermagem Avançada. É com esta convicção que afirmamos que as intervenções de um enfermeiro especialista devem ser baseadas num modelo teórico, reforçando uma lógica conceptual com a utilização de conhecimentos da disciplina a partir da utilização de teorias da Enfermagem e da própria investigação dos enfermeiros (Silva, 2007).

O quadro conceptual escolhido para nortear o desenvolvimento do nosso percurso de aquisição de competências, foi desenvolvido por Betty Neuman e designado por Modelo de Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011).

A teoria de Neuman reforça a visão holística da **pessoa**, perspetivando-a como um ser multidimensional (fazendo referência aos fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), em constante interação com o ambiente, influenciando-o e deixando-se influenciar por ele. Nesta interação estão subjacentes o *stress* e a reação do organismo ao mesmo como componentes decisivos para o resultado desta relação (Neuman, 1995; Allgood & Tome, 2004). A teórica (2011) refere que “enquanto sistema, o cliente pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou um assunto.” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 15) e considera os indivíduos como sistemas abertos, em constante homeostase.

O conceito de homeostasia prevê a regulação do seu processo de **saúde**, recorrendo à manutenção do equilíbrio do sistema e com isto a preservação do

seu bem-estar, através da satisfação das suas necessidades (processo de adaptação) e capacidade de negentropia. Uma vez quebrado o equilíbrio deste processo pode haver perturbação da harmonia do mesmo, geradora de entropia, que conduz à doença e, eventualmente, à morte (Neuman & Fawcett, 2011).

Para esta teórica “o ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo [...], sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O **ambiente** é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente.” (Allgood & Tomey, 2004, p. 340). Esta homeostase, considerada dinâmica e contínua, encontra-se sujeita a stressores (inter, intra e extrapessoais), que podem alterar o equilíbrio do processo e fazê-lo oscilar entre o estado de bem-estar e de doença (Allgood & Tomey, 2004). Este *stress surge* na teoria de Neuman como uma resposta não específica do organismo a qualquer pedido que lhe seja feito, aumentando a necessidade de reajustamento (Neuman & Fawcett, 2011).

Isto confere-lhe aplicabilidade no contexto em que o estágio se inseriu, já que a parturiente pode estar exposta a inúmeros stressores durante o TP. É fundamental que o EEESMOG os identifique para poder atuar sobre eles. Esta identificação é tanto mais válida e adequada, quanto maior o envolvimento da pessoa (neste caso, da parturiente/família) no seu processo (Neuman & Fawcett, 2011).

De forma a minimizar o *stress* nas parturientes, o ambiente físico e psicológico constituiu-se como um elemento ao qual deve ser dado especial destaque nas salas de partos promovendo um processo de nascimento mais satisfatório e seguro (Foureur *et al*, 2010; Humans Rights in Childbirth, 2012; Aune *et al*, 2015). No que diz respeito à segurança no nascimento, a utilização de posições verticais é facilitadora da mecânica e da dinâmica do TP e é considerada como um contributo importante para a sua evolução saudável (APEO & FAME, 2009).

A promoção de um ambiente favorável e facilitador de todo o processo fisiológico passa igualmente por permitir e fomentar o apoio contínuo e efetivo pelos EEESMOG (OE & APEO, 2012).

O respeito pela privacidade e o apoio da parturiente/casal são recursos essenciais na promoção de posições verticais no TP. Nieuwenhuijze *et al* (2012)

afirmam que o ambiente tem um grande impacto na opção da parturiente pela prática da verticalidade.

Por outro lado, a utilização de posições verticais no TP visa também ela conferir segurança ao ambiente de nascimento, uma vez que promove a mecânica e dinâmica do mesmo, assumindo-se como um elemento facilitador na sua evolução saudável (APEO & FAME, 2009).

Para Neuman, o enfermeiro atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de *stress*, sendo o principal objetivo da **enfermagem** prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, conquistando um nível máximo de bem-estar (Allgood & Tomey, 2004).

Para Lowdermilk & Perry

a forma como a mulher e a sua família abordam o trabalho de parto está relacionada com a forma como foram socializados para o processo de maternidade. As suas reações refletem as suas experiências de vida relacionadas com o parto – em termos físicos, sociais, culturais e religiosos. Os sentimentos da mulher em relação à sua gravidez e os seus receios relativamente ao parto devem ser discutidos. (...) Os medos não ultrapassados aumentam o stresse da mulher e podem inibir o processo do trabalho de parto como resultado do efeito inibidor das catecolaminas associado com a resposta ao stresse das contrações uterinas (Lowdermilk & Perry, 2008, p.422).

Atualmente, a farmacologização e a medicalização do TP, a insegurança das parturientes, bem como o desrespeito pelas suas opções, podem constituir stressores, capazes de interferir de forma negativa na progressão do TP, contribuindo para um parto potencialmente distócico, afetando a vivência saudável do processo. Neste contexto, as intervenções do EEESMOG podem ser decisivas para minimizar o impacto negativo de alguns fatores e promover um equilíbrio, que privilegie o bem-estar em detrimento da doença.

Neste sentido é fundamental a promoção da autonomia das mulheres, o investimento em educação para a saúde e a facilitação do acesso das mulheres a informação credível e válida desde o período pré-concepcional (facultada por profissionais especializados na área da saúde materna) (OE & APEO, 2012).

A promoção do processo fisiológico do TP, com recurso a práticas específicas, apoiadas na evidência científica (como o respeito pelo ritmo do TP, uso do partograma, liberdade de movimentos, promoção de posições verticais,

contacto pele-a-pele imediato e prolongado e amamentação precoce) conduz à redução da exposição a agentes stressores, bem como à diminuição de eventuais efeitos negativos decorrentes de práticas e procedimentos que colocam em risco a saúde da mãe e do feto/RN e cujo benefício não se encontra demonstrado (OE & APEO, 2012).

Neste contexto, Neuman faz referência à atuação do enfermeiro nos três níveis de prevenção: primária (envolve a redução da possibilidade do organismo enfrentar o stressor), secundária (quando surgem os primeiros sinais de stress, pretende-se minimizar o efeito do mesmo através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença) e terciária (visa a redução dos seus efeitos residuais depois do tratamento instituído, fortalecendo as linhas de resistência). O principal objetivo das intervenções de enfermagem será o retorno à estabilidade do sistema, atuando nestes três níveis (Alligood & Tomey, 2004).

O cuidar especializado englobando a promoção dos posicionamentos verticais no segundo estágio do TP pode ser utilizado para favorecer o fortalecimento das linhas internas de resistência da parturiente, protegendo a sua estrutura básica de sintomas de *stress*.

A flexibilidade e abrangência deste modelo confere-lhe adaptabilidade a diversos contextos da enfermagem (prática, investigação e ensino).

2. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Caracterização do local de estágio

O desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes: os atores, os saberes e o contexto, que tem um papel preponderante, sendo a cultura dos serviços, nas suas diferentes dimensões, um elemento a valorizar (Serrano, Costa & Costa, 2011). Isto vem corroborar a importância que Neuman dá à interação entre o ambiente (e os stressores impressos pelo mesmo) e a pessoa, na obtenção do seu equilíbrio. No nosso caso específico, esta influência reporta-se ao processo formativo de desenvolvimento de competências. Neste sentido, é apresentada uma breve descrição do contexto em que este se realizou.

Este estágio decorreu no BP de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Destacamos ainda o facto deste BP se ter candidatado ao “Projecto Maternidade com Qualidade” da OE.

Este BP encontra-se inserido no Departamento da Mulher e Criança, do qual também fazem parte os serviços de: Ginecologia/Obstetrícia (SGO), Pediatria, Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria e Neonatologia (UCIPN).

O referido serviço integra uma área de ambulatório, composta pela Urgência Obstétrica/Ginecológica (UOG), e uma área de internamento.

A área de ambulatório é constituída por:

- uma sala de triagem onde é efetuada a triagem por um EEESMOG (aplicando o Modelo de Manchester) de todas as clientes com processos de saúde/doença obstétrica ou ginecológica que recorrem à UOG;
- gabinetes para observação médica;
- um gabinete para realização de ecografias;
- uma sala de observação, com macas, onde permanecem as clientes que necessitam de vigilância, mas que não têm critérios para internamento de longa duração;
- uma sala para realização de monitorização com cardiotocografia (CTG).

No que respeita à área de internamento, é constituída por:

- sete quartos individuais com casa de banho, onde as parturientes e os acompanhantes permanecem desde a admissão até à transferência para o SGO, (no caso dos partos vaginais). Em cada um existe um sistema de CTG (externa e interna) e alguns deles têm tecnologia wireless;
- duas salas de bloco operatório, onde podem ser realizadas cesarianas (com caráter eletivo ou de urgência) ou curetagens;
- uma sala de cuidados pós-anestésicos, onde permanecem as utentes submetidas a procedimentos cirúrgicos ou as utentes com necessidade de vigilância hemodinâmica prolongada devido a situações obstétricas ou ginecológicas instáveis.

As clientes podem ser internadas no BP, provenientes da urgência, consulta externa ou transferidas do SGO (que contempla a Medicina Materno-fetal), por: aborto, início de TP espontâneo, rotura espontânea de bolsa de água, cesariana eletiva, ameaça de parto pré-termo, hemorragia da gravidez ou complicações inerentes a patologia obstétrica.

A equipa de profissionais deste serviço é constituída por médicos especialistas em Obstetrícia/Ginecologia e Anestesia, médicos internos da especialidade de Obstetrícia/Ginecologia, EEESMOG, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e um administrativo.

A equipa de enfermagem é comum às duas áreas, permanecendo em cada turno:

- na área de ambulatório: um EEESMOG e um enfermeiro generalista;
- na área de internamento: dois EEESMOG e dois enfermeiros generalistas.

Os acompanhantes das grávidas podem permanecer no serviço durante as 24 horas. Nas situações em que é necessário recorrer à aplicação de fórceps ou ventosa é imposta a saída no momento da extração e permitida a entrada logo a seguir. Nos casos das cesarianas só é permitida a entrada de acompanhantes no final, aquando da transferência da puérpera para a sala de recobro.

No que respeita ao RN, permanece junto da mãe (sendo promovido o alojamento conjunto), salvo exceções em que é necessário a sua transferência para a Neonatologia (por instabilidade neonatal ou materna).

Apesar do BP ter sido o local privilegiado na abordagem da nossa temática, não podemos descurar o contributo de outros contextos de Ensino Clínico para o percurso de desenvolvimento de competências e aos quais farei referência no subcapítulo que se segue.

2.2. Descrição e análise das atividades e das competências desenvolvidas

Sob o lema da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, afirmamos que a prática reflexiva estruturada e metódica deve constituir um dos veículos para a nossa intervenção e para alicerçar o processo de tomada de decisão. Só através da análise dos nossos cuidados, é possível reformular práticas que demonstraram não ser benéficas e dar lugar à evolução da disciplina (OE, 2001).

Assim, o presente subcapítulo pretende dar visibilidade a essa mesma análise através de uma descrição sintética e refletida das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como dos objetivos alcançados e das competências desenvolvidas.

Em qualquer contexto de ação a conduta dos enfermeiros deve assentar em pilares que a fundamentem e lhe confirmem significado, são eles: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. Só através desta premissa faz sentido falar de enfermagem avançada, onde o desenvolvimento de competências e a sua operacionalização no cuidar à pessoa estão implicados.

Inerente ao conceito de competência está uma correta mobilização de recursos, nomeadamente de conhecimentos, raciocínio, interpretação, iniciativa, criatividade, experiências anteriores e valores pessoais e profissionais. Assim, um profissional competente perante uma situação singular e nova deve ser

capaz de identificar os conhecimentos necessários, selecioná-los, combiná-los e mobilizá-los adequadamente (Pacheco, 2011).

No percurso de desenvolvimento de competências é necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos; bem como fazer a sua reintegração no seio da competência profissional, recrutar a flexibilidade cognitiva e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende (Serrano, Costa & Costa, 2011).

A OE entende, no seu Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que o enfermeiro especialista “é o enfermeiro habilitado (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar (...) cuidados de enfermagem especializados” (OE, 1998), competindo-lhe “prestar os cuidados de Enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do cliente (indivíduo, família ou grupos)...no âmbito da especialidade que possui” (Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro de 1991, p. 5725).

É sobre os pilares das Competências Comuns e Específicas do EEESMOG que assenta a reflexão do presente subcapítulo, sem descurar, obviamente, a preponderância que todos os outros têm sobre ele.

Relativamente às competências comuns, são quatro os domínios em que se categorizam: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, que as devem desenvolver e demonstrar através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de desenvolver cada um destes domínios através das atividades desenvolvidas e da análise efetuada acerca das mesmas. Do ponto de vista da análise agora apresentada, e atendendo ao seu carácter geral, optámos por não os incluir em nenhum objetivo especificamente e refletir sobre eles de uma forma particularizada.

Neste contexto, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal consideramos fundamental mencionar o respeito pelos princípios éticos e pela deontologia profissional que se impuseram na realização do estágio, que envolveu os clientes/famílias a quem prestámos cuidados e os profissionais da instituição em questão.

Na seleção dos artigos para a RCL tivemos a preocupação de assegurar o respeito pelas questões éticas (considerando este um dos critérios dos artigos a incluir), nomeadamente percebendo se a posição do investigador relativamente aos participantes era clara, se existia permissão da comissão de ética e se tinha sido obtido o consentimento informado.

Quaisquer que sejam os aspetos a serem estudados, a investigação, mesmo que secundária e com índole agregativa, deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa. Assim, questões como: a vulnerabilidade humana, os valores e expectativas dos clientes/famílias, a responsabilidade profissional e o impacto de cada estudo para cuidados individualizados versus standardizados, devem ser ponderadas por quem o desenvolve, bem como na sua mobilização na prática (Fortin, 2009). Todavia, julgamos que procurar a melhor evidência pode conduzir à melhor prática e constitui um imperativo ético.

A integração da evidência científica no contexto, aliada à experiência do profissional e do cliente constituem as fundações necessárias para a tomada de decisão (Rycroft-Malone, Harvey & Seers, 2004). Não há dúvida de que o Código Deontológico, como pilar jurisdicional, contempla a capacidade de nos guiar na prática e nos confere alicerces para este processo de tomada de decisão (OE, 2015a). Ao longo do estágio, e no decurso dos vários momentos em que a nossa capacidade de tomar decisões foi colocada à prova, estiveram subjacentes o desenvolvimento da autonomia, iniciativa e responsabilidade profissional, que implicaram o exercício do processo de enfermagem, como forma de “evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2003).

Vieira (2009) diz-nos que “o compromisso profissional do enfermeiro é muito concreto; ele implica acções que se expressam em circunstâncias particulares, mas que se relacionam com o fim, embora este nem sempre seja evidente – a defesa da liberdade e da dignidade das pessoas envolvidas na

relação de parceria estabelecida: paciente e o enfermeiro”. Mais, a mesma autora afirma que a ética vem trazer uma dimensão exigente à enfermagem já que: “lidar diariamente com problemas éticos requer de quem toma a decisão sensibilidade moral acentuada, saber ético, imaginação, experiência de vida, virtudes (...) informação (...) e um profundo compromisso pessoal para fazer ‘o que está certo’” (Vieira, 2009). Consideramos que o respeito pelos princípios éticos e deontológicos estiveram sempre presentes no desenvolvimento do nosso percurso contribuindo para uma prática avançada, de forma a que os padrões de qualidade na área da ESMOG sejam uma meta com maior alcance.

No respeito pelos princípios éticos e deontológicos, atendendo ao campo específico de atuação do EEESMOG, consideramos ainda relevante mencionar a integração dos *Humans Rights in Childbirth* (2012) na nossa prática especializada, como salvaguarda da dignidade das mulheres/casais/fetos/RN de quem cuidamos, bem como garante da sua autonomia no seu processo de saúde (*Humans Rights in Childbirth*, 2012).

O exercício da nossa profissão encontra-se legalmente enquadrado pelo REPE (OE, 1998). Neste sentido a nossa atuação durante o percurso de especialização, teve igualmente por base este quadro legal.

Não podemos ainda descurar a importância que o pensamento e o raciocínio crítico tiveram sobre o desenvolvimento das nossas responsabilidades morais, éticas e legais ao longo de todo o processo. Os momentos de prática reflexiva, quer individuais (nomeadamente, através da elaboração de reflexões escritas e diários de aprendizagem), quer em equipa, revelaram-se como uma mais-valia para desenvolvimento deste domínio das competências comuns.

Neste sentido, consideramos pertinente refletir sobre o contributo do nosso estágio para a melhoria contínua da qualidade. A OE associa os conceitos de competência e qualidade, afirmando que “só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade” (OE, 2011). Assim, se percebe o impacto que todo o nosso percurso de desenvolvimento de competências teve e continuará a ter neste domínio.

De forma mais específica, consideramos que a aposta na realização de uma RCL, bem como a mobilização da evidência encontrada, constituiu um importante veículo para esta melhoria dos cuidados de enfermagem. Esta, aliada

à ambição de maximizar os resultados em saúde e o custo-efetividade das intervenções dos enfermeiros enfatizaram a importância da PBE (OE, 2012). Sendo a integração da evidência na prática um mecanismo reconhecido de promoção da qualidade e da excelência dos cuidados de enfermagem, salientamos as seguintes atividades (orientadas pelas respectivas Sr.^{as} Enf.^{as} e Docentes Orientadoras), como veículos fulcrais da mesma:

- uma proposta de procedimento, subordinada ao tema “Contributos das estratégias não supinas na evolução do segundo estágio do trabalho de parto” (realizada no BP onde decorreu o estágio);
- um póster (intitulado “Verticalidade no Parto”) e a inclusão de informações acerca das posições de parto num “Guia da Gravidez” (realizados no Ensino Clínico de Cuidados de Saúde Primários).

O desenvolvimento deste domínio passou igualmente pelo investimento numa prestação de cuidados de qualidade, ao longo do estágio no qual desenvolvemos a competência específica H3, nomeadamente no que respeita: à promoção da saúde e bem-estar da mulher e feto, durante o TP e otimização da adaptação do RN à vida extrauterina; ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações de saúde da mulher e feto/RN, durante o TP; e, à prestação de cuidados especializados à mulher com patologia associada, durante o TP.

A OE (2011) advoga que subjacente à melhoria contínua da qualidade está a visão e missão do EEESMOG. Neste contexto, e enquanto futuros EEESMOG, o contributo destas para a qualidade dos cuidados passa sobretudo por sermos profissionais de referência na nossa área, produzindo ganhos em saúde e assegurando a acessibilidade a cuidados especializados, que contribuam para a manutenção/melhoria da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, em qualquer contexto de trabalho ou nível de cuidados (OE, 2011 e 2015).

No que respeita à gestão dos cuidados, é expectável que o enfermeiro especialista optimize todos os processos, gerindo os diferentes recursos, de forma a potenciá-los e garantir a qualidade dos cuidados. Esta otimização passa igualmente pela articulação com outros profissionais de saúde, a delegação de tarefas e a sua supervisão (OE, 2011).

Consideramos que no decurso do estágio conseguimos desenvolver esta competência através da participação nos processos de tomada de decisão em equipa, bem como na gestão dos recursos a mobilizar para a resolução de complicações (nomeadamente, a articulação da equipa multidisciplinar).

Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais julgamos que a nossa capacidade de atuar, mesmo em situações de pressão, de resolver problemas e de gerir situações críticas, foi sendo desenvolvida e melhorada e isso deveu-se não só ao facto dos conhecimentos teóricos e práticos terem sido aprofundados, mas também, e sobretudo, ao crescendo de autoconfiança, autodomínio e autocontrolo que se verificou. Também a nossa motivação e o facto de esta ser uma área de cuidados que sempre nos fascinou e na qual pretendemos investir em termos formativos, foram fatores determinantes para a nossa iniciativa acrescida.

A nossa capacidade de integração e adaptabilidade à equipa multidisciplinar permitiu ainda o exercício da assertividade nas relações interpessoais. O desenvolvimento desta assertividade foi fundamental na forma como conseguimos promover a reflexão sobre as práticas adotadas e negociar a introdução de novas práticas na equipa, nomeadamente na aplicabilidade da nossa área temática. Relacionamos esta capacidade, com a nossa preocupação em desenvolver uma prática baseada em padrões de conhecimento sólidos e válidos cientificamente, com reconhecido benefício para os clientes. Neste contexto, a RCL e todos os documentos produzidos constituíram recursos importantes para este processo, pois além de fundamentarem a nossa atuação, acrescentaram mudanças e novas informações aos cuidados prestados até então.

No que respeita ao papel do EEESMOG e às suas competências específicas no acompanhamento da mulher ao longo do seu ciclo vital, estas encontram-se devidamente regulamentados pela OE (tendo sido publicada em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011) e prevêm as seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade.

Também a nível internacional as *Competências Essenciais para a Prática Básica da Profissão de Parteira* se encontram regulamentadas pela ICM (2013),

que assume como competência das parteiras a combinação de qualificações e competências profissionais específicas que são demonstradas num determinado nível de proficiência no contexto da educação e prática, não apenas para as mulheres, como para a família e comunidade. Este documento uniformiza o papel das parteiras, em contexto hospitalar e comunitário, constituindo uma ferramenta de trabalho, bem como um veículo para a visibilidade internacional da identidade da profissão.

A lei n.º 9/2009 de 4 de Março, transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, de 7 de Setembro, prevendo a atribuição do título de EEESMOG pela OE mediante o cumprimento de determinados requisitos formativos (aos quais demos resposta ao longo do nosso percurso de desenvolvimento de competências), bem como o reconhecimento internacional das qualificações profissionais da parteira e as atividades para as quais estão habilitadas.

Com vista ao desenvolvimento de competências, traçámos no nosso projeto objetivos e atividades, que analisaremos de seguida.

2.2.1. Identificação da evidência científica no âmbito das experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar, recorrendo a uma Revisão Crítica da Literatura

A PBE resulta da incorporação da melhor evidência científica, conjugada com a experiência, com a opinião de especialistas/peritos e os valores e preferências do cliente, no contexto dos recursos disponíveis. Isto leva a que esta prática seja a mais amplamente aceite e, por isso, deva ser realmente aplicada (OE, 2015a). Como ponto de partida para o exposto, desenvolvemos uma RCL que permitisse a identificação da evidência científica.

A nossa opção temática foi facilitada por este ser um assunto que já nos tinha despertado interesse durante o percurso académico.

Neste contexto, iniciámos uma pesquisa livre no motor de busca Google, bem como em livros, periódicos, publicações académicas e institucionais subordinadas ao tema. Em Abril de 2014, deu-se início a uma Revisão Bibliográfica (RB), que permitiu confirmar a pertinência da problemática, realizar

a sua contextualização, bem como uma primeira validação do quadro teórico a ser utilizado na investigação. Tal como nos sugere Vosgerau & Romanowski (2014), a RB permite-nos mapear determinada temática, identificar o estado da arte acerca da mesma, constituindo uma base conceptual para estudos de avaliação e síntese.

Com a realização desta RB percebemos que a prática da verticalidade no parto está amplamente fundamentada do ponto de vista científico e multidisciplinar, com benefícios descritos. No entanto, face à constatação de resistência, por parte dos profissionais, na aplicabilidade de posições verticais no segundo estágio do TP, emergiu o questionamento sobre o distanciamento entre as práticas desenvolvidas e as vantagens que os resultados da investigação realçaram. Com base neste questionamento e procurando conhecer a melhor evidência científica sobre o tema englobámos no plano de trabalho a realização de uma RSL como metodologia.

A RSL emerge da necessidade de fundamentar a tomada de decisão em saúde, com base na melhor evidência científica (Joanna Briggs Institute (JBI), 2014). Tem vindo a ser definida como uma metodologia científica clara e reproduzível de sistematização analítica de estudos primários com objetivos, materiais e métodos claramente explicitados, cujos seus resultados permitem a tomada de decisão na área da saúde (Lopes e Fracolli, 2008).

Apesar do nosso objetivo inicial de realizar uma RSL, tal não foi possível por constrangimentos de ordem temporal e metodológica (que aprofundamos no sub-capítulo 2.3.). Assim, o que realizámos foi uma RCL, que integrou alguns passos da RSL, que lhe conferiram maior rigor e consistência. As RCL são estudos nos quais é possível resumir, analisar e sintetizar as informações disponibilizadas na literatura, mas não seguem necessariamente uma metodologia pré-definida (Mancini & Sampaio, 2006).

Mediante a RB optámos por uma RCL norteada pela metodologia qualitativa do Reviewers' Manual do JBI (2014), como forma de descrever as experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do TP.

A metodologia qualitativa baseia-se em perspetivas filosóficas que se adequam às necessidades e expectativas de evidência científica para alicerçar

a tomada de decisão nos cuidados de saúde. Esta abordagem tem a capacidade de explorar e explicar a eficácia das intervenções dos profissionais a partir de uma perspectiva centrada na pessoa, permitindo maior adequação, adaptabilidade, personalização e fiabilidade na prestação de cuidados (JBI, 2014).

O JBI (2014) afirma que está a aumentar o reconhecimento da contribuição e preponderância dos resultados da pesquisa qualitativa na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Neste contexto, foi definida a questão de pesquisa para a RCL segundo a mnemónica PICO (JBI, 2014):

“Quais as experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar?”.

Quadro 1. Definição da questão de pesquisa através da mnemónica PICO

P (População)	Parturientes
I (Fenómeno de Interesse)	Utilização de posições verticais
Co (Contexto)	Segundo estágio do trabalho de parto, em meio hospitalar

Com base nos componentes da mnemónica PICO iniciámos o nosso processo de pesquisa, cujo percurso elencamos seguidamente.

A pesquisa teve início durante o mês de Maio de 2014. Recorremos às bases de dados: CINAHLplus with Full Text e MEDLINEplus with Full Text (através do motor de busca EBSCOhost), com recurso a descritores em linguagem natural, seguidos de descritores indexados retirados da questão PICO, que foram conjugados com os operadores booleanos OR e AND e que contribuíram para a elaboração da expressão de pesquisa (Apêndice 3).

Foram ainda consultadas outras bases de dados (b-on; ScienceDirect; The Joanna Briggs Institute, EBP Database; Google Scholar) com recurso a descritores em linguagem natural. Também aqui, foram elaboradas as expressões de pesquisa conjugando os operadores booleanos AND e OR (Apêndice 3).

No percurso de pesquisa obtivemos uma amostra inicial de 316 artigos.

A amostra potencial foi selecionada através da leitura do título, do resumo, e sempre que suscitava dúvidas do texto integral, sendo submetida a um escrutínio com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão (Apêndice 4). Mediante a aplicação do fluxograma de seleção de artigos (Apêndice 5) obtivemos um total de 3 artigos a analisar.

Após a análise do texto integral, os artigos selecionados foram submetidos a uma avaliação crítica através dos instrumentos de apreciação da JBI para estudos qualitativos, o QARI critical appraisal tools (Anexo 1), e foram utilizados por atingirem um score superior ou igual a 6.

Neste contexto, procedemos à extração de dados de cada artigo, recorrendo aos QARI data extraction tools (Anexo 2).

Na síntese dos resultados, optámos pela agregação mediante a categorização dos achados: “alívio da dor e conforto”, “menor duração do segundo estágio do TP”, “autonomia”, bem-estar no pós-parto”, “concretização da informação recebida”, “desconforto em posições específicas” e “sensação de falta de apoio dos profissionais”. Em função desta agregação, dividimos e classificámos as experiências resultantes da utilização de posições verticais no segundo estágio do TP em satisfatórias e insatisfatórias (Apêndice 6).

Desta categorização emergiu a necessidade de análise e discussão dos resultados.

No que respeita ao alívio da dor através da utilização de posições verticais no segundo estágio do TP, destacamos a sua referência pelas parturientes nos três artigos, sendo que em dois foi evidenciada a influência do tipo, intensidade e localização da dor na escolha da posição de parto (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Gayeski & Brüggemann, 2009). A maioria referiu este efeito sobretudo na região lombar (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Gayeski & Brüggemann, 2009). Quando comparadas as diversas posições verticais, houve referência de uma parturiente a uma maior intensidade de dor na região abdominal na posição sentada e na região dorsal na posição de pé (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

Mesmo quando experimentavam maior intensidade de dor, a utilização de posições verticais demonstrou-se vantajosa na maneira como geriam e lidavam com essa dor (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

Estas descrições vão ao encontro dos resultados da evidência quantitativa, nomeadamente nos estudos realizados por: De Jonge, Teunissen & Lagro-Janssen (2004), Calderón *et al* (2008), Gayeski & Bruggemann (2009), De Jong *et al* (1997) e Miquelutti, Cecatti, Morais & Makuch (2008) (sendo estes dois últimos estudos randomizados).

A sensação de maior conforto referida pelas mulheres também nos três estudos primários da nossa RCL, está associada à maior liberdade de movimento e mobilidade pélvica, com conseqüente relaxamento dos ligamentos. A prática da promoção da liberdade de movimento é recomendada na promoção da fisiologia do trabalho de parto (*Lamaze International*, 2009; OE, 2012) e comprovada no estudo de Romano & Lothian (2008). Esta sensação de liberdade resultante da prática da verticalidade no segundo estágio do TP, associada à experiência de autonomia no TP, foi igualmente enfatizada pelas parturientes do estudo de De Jonge & Lagro-Janssen (2004), como significativamente satisfatória.

No entanto, destacamos a menção de algumas mulheres à sensação de desconforto na manutenção da posição de cócoras no estudo de De Jonge & Lagro-Janssen (2004). Os autores apresentam como possível justificação o facto da mulher ocidental não ter a musculatura apropriada para suporte desta posição por prolongado período de tempo, o que coincide com as conclusões da RSL realizada por Gupta & Nikodem (2000).

A menor duração do segundo estágio, foi relatada pela maioria das mulheres como sendo uma vantagem da utilização de posições verticais (com maior ênfase nas participantes do estudo de De Jonge & Lagro-Janssen (2004) e Miquelutti, Cecatti & Makuch (2013). Estes achados são condizentes com os da meta análise de Roberts, Algert, Cameron & Torvaldsen (2005), bem como com os dos estudos de Calderón *et al* (2008) e Aguilar, Romero & García (2013).

O papel ativo no processo de nascimento experienciado pelas parturientes na utilização de posições verticais foi profusamente valorizado nos três estudos da nossa revisão e categorizado por nós como uma experiência de autonomia. As participantes focaram alguns aspetos com maior impacto na sensação de controlo e envolvimento no seu TP, tais como: a maior liberdade de movimento, a melhor progressão do TP, o melhor direcionamento da força e

redução do esforço, a diminuição da necessidade de intervenção técnica, a participação mais ativa no parto e a maior participação no momento da primeira visualização e recepção do recém-nascido. Estes achados são também comprovados pelos estudos de Nieuwenhuijze *et al* (2012) e de Thies-Lagergren *et al* (2013).

A maior autonomia na vivência do processo está associado à satisfação das mulheres com a sua experiência de parto e que foi evidenciada pelas participantes dos estudos de De Jonge & Lagro-Janssen (2004) e Gayeski & Brüggemann (2009). Podemos encontrar na literatura vários outros estudos que comprovam o aumento do nível de satisfação e o relato de experiências de parto positivas, mediante a utilização de posições verticais, tais como: De Jonge *et al* (2007), Calderón *et al* (2008), Miquelutti *et al* (2008) e Thies-Lagergren *et al* (2013). Alguns destes autores associam a sensação de autonomia e o seu impacto na experiência de parto, com a possibilidade das parturientes serem envolvidas na tomada de decisão.

Em relação à necessidade de intervenção técnica da parteira no processo, a maioria das mulheres que utilizaram posições verticais no segundo estágio afirmam que a sua redução é um aspeto positivo (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Gayeski & Brüggemann, 2009). A diminuição da intervenção associada a esta prática foi estudada por outros autores e é comprovadamente benéfica (Mouta *et al*, 2008; Walker *et al*, 2012; Aguilar *et al* 2013).

No entanto, algumas participantes do artigo nº 2 associaram a utilização destas posições à diminuição do intervencionismo dos profissionais), atribuindo-lhe uma conotação negativa (sobretudo na ausência de realização de episiotomia). Estas parturientes relacionaram esta postura mais expectante de quem assiste ao parto, com sensação de falta de apoio e ajuda. Associamos este achado com a corrente de medicalização do parto, ao qual as mulheres do mundo ocidental se habituaram e que algumas têm como referência na qualidade da prestação de cuidados obstétricos, desconhecendo as alternativas aos cuidados oferecidos pelo modelo biomédico (Mamede *et al*, 2007; Silva *et al*, 2007).

A diminuição da realização e necessidade de episiotomia nos partos verticais é comprovada por outros estudos (Schirmer, Fustinoni & Basile, 2011;

Aguilar *et al*, 2013). Todavia, estes autores fazem referência ao maior risco de lacerações, (sobretudo de grau II), destacando a sua incidência na posição sentada. Não obstante a este facto, De Jonge *et al* (2010) afirmam que não há razão para desencorajar as parturientes na utilização destas posições.

A referência à ocorrência de lacerações e às suas implicações futuras foi relatada apenas por uma parturiente do artigo nº 1, como aspeto negativo decorrente da utilização do banco de parto. No mesmo artigo, outra participante associa a sua utilização à ocorrência de edema vulvar no pós-parto, o que é corroborado por outros estudos que abordam a posição sentada (Schirmer *et al*, 2011).

No que se refere a este período, a maioria das participantes relataram uma recuperação pós-parto mais rápida (Gayeski & Brüggemann, 2009) e maior sensação de bem-estar emocional (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004) quando tinham utilização posições verticais no parto. Associavam estas experiências ao facto do nível de intervenção no parto ser menor e portanto ter menos repercussões físicas e psicológicas.

A utilização de posições verticais no parto é grandemente influenciada pela transmissão de informação pelas parteiras, tanto o período pré-natal como durante o TP. Isto é referido pelas participantes dos três estudos, no entanto adquire maior expressão e significado no artigo nº3 (dado ser esse o foco de atenção do mesmo).

As parturientes sentiram que era importante para as parteiras dar informações sobre as posições de parto e algumas comentaram que elas esperavam que as parteiras o fizessem. A informação que a parturiente obtém durante a gravidez (através da enfermeira parteira, dos média ou da experiência de outras mulheres) influencia a sua decisão sobre a posição a adotar durante o trabalho de parto. Estas preferem que a informação lhes chegue de forma exata e prática, sugerindo mesmo a utilização de panfletos com imagens ilustrativas a explicar as diferentes posições e mecanismos do trabalho de parto (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

As participantes do artigo nº3 que tinham frequentado o CPNP sentiram-se à vontade para assumir diferentes posições verticais e mesmo as que não tinham realizado o curso relataram que depois de receber a orientação dos

profissionais da sala de partos, começaram a usar algumas posições verticais durante o parto (Miquelutti *et al*, 2013).

Vários estudos demonstram a importância do papel da parteira na utilização de posições verticais no parto como forma de promover a fisiologia do mesmo (Romano & Lothian, 2008; De Jonge *et al*, 2008; Thies-Lagergren *et al*, 2013).

Estes resultados contribuem para uma melhor compreensão das necessidades das mulheres em trabalho de parto.

Neste âmbito concluímos que nos estudos selecionados, a maioria das participantes associam as posições verticais a experiências positivas ou claramente mais satisfatórias durante o segundo estágio do TP.

Constatámos ainda que a consideração das experiências decorrentes da adoção de posições verticais no segundo estágio do TP como satisfatórias pela maioria das parturientes parece evidenciar o seu reconhecimento como uma prática obstétrica benéfica.

É notória a influência da atividade do EEESMOG no que respeita à promoção deste tipo de posições, sobretudo através da promoção de uma decisão informada. Assim, a aposta na transmissão de conhecimentos deve ser uma prioridade (através da estruturação adequada de CPNP e do apoio efetivo desde o período pré-natal), de forma a capacitar as mulheres para encontrarem as posições que são mais adequadas para elas, orientando-as e apoiando-as durante a gravidez e o parto.

Na prática obstétrica contemporânea, a posição supina sempre esteve associada à comodidade e visibilidade dos profissionais que cuidam da mulher em trabalho de parto e no parto, facilitando o “trabalho” do profissional quando ele tem uma postura intervencionista. A consciencialização dos profissionais de que a mulher é a protagonista do parto é a melhor forma de garantir que a dignidade, individualidade e valores das mulheres serão respeitados. Assim, cabe aos EEESMOG alargar o leque de escolhas das mulheres, envolvê-las no processo de tomada de decisão acerca do seu TP e respeitar o seu direito à autodeterminação.

2.2.2. Mobilização da evidência científica encontrada no decurso do estágio

No que respeita à mobilização da evidência, “uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização contínua de conhecimentos” (OE, 2015a, p. 23).

O recurso à evidência científica constitui um alicerce fundamental para a prestação de cuidados centrados na mulher e para a alteração de condutas enraizadas (que muitas vezes provém do modelo biomédico) (OE, 2015a).

Consideramos que este foi um dos grandes desafios do estágio. A nossa perceção é que de facto a utilização de posições verticais no segundo estágio do TP ainda não é uma realidade com consistência.

Julgamos que são vários os motivos para esta resistência (APEO & FAME, 2009; Santos, Matias & Silva, 2010; Souza, Gaíva & Modes, 2011; OE, 2013b):

- desconhecimento dos benefícios desta prática, por parte das parturientes/casais e dos profissionais;
- desconhecimento, por parte dos profissionais, dos critérios de elegibilidade para a sua aplicação prática;
- desconhecimento, por parte dos profissionais, dos fundamentos e princípios técnicos para a realização das diferentes posições verticais;
- falta de motivação para a mudança de práticas;
- défice do rácio de enfermeiros vs grande afluência de parturientes;
- sobrevalorização das desvantagens inerentes à prática.

Entre outras, uma das estratégias que utilizámos para a sensibilização dos enfermeiros do serviço para este tema e integração da evidência científica no decorrer do estágio, foi a promoção de momentos de partilha e de reflexão, de carácter informal, com a equipa de enfermagem, nomeadamente com a Sr.^a Enf.^a Orientadora.

Para que esta reflexão se desenvolvesse, foi fundamental utilizarmos uma comunicação assertiva, na qual as nossas capacidades de persuasão, perseverança, negociação e flexibilização das práticas instituídas foram exercitadas. Foi igualmente importante termos mantido a iniciativa e a motivação para ultrapassarmos obstáculos e resistências que se foram interpondo à consecução das atividades planeadas.

Não menos importante foi a nossa capacidade de adaptação à equipa como forma de adequar as atividades previstas e avaliar a eficácia das nossas intervenções. Esta estratégia revelou-se ainda essencial para identificar quais os elementos da equipa que poderiam também contribuir para o meu desenvolvimento de competências no âmbito do tema proposto; já que existiam enfermeiros que, com maior frequência, promoviam o uso de posicionamentos verticais no segundo estágio do TP.

Uma das atividades que tínhamos delineado para dar resposta a este objetivo era a realização de uma ou mais sessões de sensibilização aos enfermeiros para divulgação da evidência acerca da temática. No entanto, durante o período do estágio um EEESMOG pertencente ao serviço desenvolveu uma formação neste âmbito. Tivemos oportunidade de assistir, tendo isso constituído uma mais-valia para o nosso processo de aprendizagem, nomeadamente para fortalecimento dos alicerces da nossa prática no que respeita à promoção de posições verticais no segundo estágio do TP.

Neste contexto, considerámos que não faria sentido concretizar esta atividade, pelo que realizámos uma reunião com a chefe do serviço, com o intuito de perceber de que forma poderíamos contribuir para a prática dos EEESMOG do serviço com ênfase na temática desenvolvida. Surgiu então a ideia de realizar um Procedimento, destinado aos EEESMOG daquele serviço, com o objetivo de “promover a prática baseada na evidência científica no âmbito da utilização de estratégias não supinas no segundo estágio do trabalho de parto”.

Concretizámos então uma proposta de Procedimento (Apêndice 16), que designámos: “Contributos das estratégias não supinas na evolução do segundo estágio do trabalho de parto”. Este documento contemplou os critérios de elegibilidade para a utilização de posições não supinas, os princípios técnicos para sua aplicação, indicações específicas sobre a sua adequação para a promoção de uma evolução favorável no segundo estágio do TP, contra-indicações e sequência do procedimento. Em anexo, surgem as vantagens e desvantagens da utilização de cada posição e a adequação das estratégias não supina em situações específicas que podem alterar a evolução do segundo estágio do TP. O objetivo deste segundo anexo é funcionar como

memorando e auxiliar da prática para os EEESMOG, devendo estar na posse de cada um destes profissionais, em formato de cartão de bolso.

Não se pretende que este seja um guião rígido de atuação, mas que respeite a vontade da parturiente, preservando o seu direito à autonomia e garantindo os princípios de beneficência e não-maleficência.

Ainda no que respeita à mobilização da evidência científica na prática, outra atividade projetada previa o fornecimento de informação à parturiente/casal acerca das posições verticais possíveis de adotar durante o segundo estágio.

A promoção da partilha de informação credível, objetiva e personalizada com a mulher/casal, conduz à otimização da sua condição cognitiva e capacitação de forma a facilitar a tomada de decisão e ação devidamente esclarecida. Só assim é possível reconhecer-lhe um papel ativo no processo de saúde, estabelecendo uma parceria de cuidados efetiva (OE, 2015a). A maioria das mulheres consideram importante ser a enfermeira obstetra a fornecer-lhes informações acerca das posições possíveis e adotar, como forma de se prepararem para o momento do parto (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004).

O acesso à informação específica desta temática foi proporcionado à maioria das parturientes/casais em TP, sempre que considerávamos oportuno. Porém, houve algumas situações em que achámos que não traria benefício a abordagem da temática, ou em que este tópico não foi aprofundado:

- parturientes com défices cognitivos ou parturientes em que a capacidade de assimilação da informação (nomeadamente, por dor/desconforto) não permitia garantir a segurança na aplicação destes posicionamentos;
- parturientes admitidas no serviço em período expulsivo;
- parturientes que demonstraram não ser do seu interesse;
- parturientes que indicaram expressamente que não pretendiam adotar posições verticais no TP;
- parturientes em que não se verificassem os critérios de elegibilidade para aplicação dos posicionamentos verticais, nomeadamente: nas situações em que a gravidez não era de termo; patologia associada que contra-indicasse a sua utilização; alterações do bem-estar materno-fetal..

A abordagem das parturientes relativamente ao nosso tema era realizada avaliando os conhecimentos prévios e os sinais de interesse pelo mesmo. Com base neste ponto de partida, desenvolvíamos a colheita de informações consideradas como pontos-chave para planearmos as nossas intervenções:

- a realização de preparação para o nascimento;
- a existência de plano de parto;
- que posições de parto conheciam;
- que posição(ões) gostariam de adotar durante o TP, nomeadamente no período expulsivo;
- se tivessem filhos anteriores, em que posição tinham parido e como avaliavam essa experiência.

Da nossa perceção do contexto onde decorreu o estágio, existe já um grande conhecimento do tema por parte das parturientes/casais. O acesso à informação, sobretudo em plataformas virtuais, encontra-se facilitado e em grande quantidade. Também, o número considerável de grávidas/casais que tinham frequentado o CPNP, parecia indiciar que o mesmo constituía um veículo importante para a divulgação de informação. Contudo, foi interessante perceber que eram raras as parturientes que mencionavam ter conhecimento de parturientes que tivessem adoptado posições verticais no segundo estágio do TP.

Outro aspeto que percecionámos é que muitas vezes a informação prévia acerca das posições de parto se encontra em “bruto”, no sentido em que está lá, mas não foi trabalhada de forma personalizada. E apesar de muitas parturientes dizerem especificamente a posição vertical em que gostariam de parir, não é a que verificavam ser a mais adequada para si quando experimentada.

Verificámos que existem algumas discrepâncias na forma como o tema é abordado nos CPNP e que a acessibilidade à informação e preparação adequada para este momento crucial da vida da mulher/casal, não é igual para toda a população, tal como demonstram os estudos de De Jonge & Lagro-Janssen (2004) e de Vicente (2009). Este dado é importante, não só na forma como são pensados e estruturados os CPNP e no papel do enfermeiro que realiza a vigilância pré-natal, bem como na maneira como o EEESMOG que acompanha a parturiente ao longo do TP trabalha essa informação e adequa as

suas intervenções. É importante que a grávida possa experimentar todas as posições de parto no período do pré-natal (Mamede *et al*, 2004).

A informação que procurávamos transmitir era adequada a cada situação e respeitava três aspetos principais: tipos de posições verticais, vantagens e desvantagens de cada posição e a forma de as executar.

Percecionámos vários tipos de reação a esta informação:

- parturientes que desconheciam, mas que se mostravam interessadas e manifestavam vontade para experimentar;
- parturientes que, sem conhecimento prévio, mesmo depois de lhes ser proporcionada informação preferiam posicionamentos horizontais;
- parturientes que tinham alguma informação sobre o tema e que se mostravam surpreendidas por efetivamente lhes ser dada a oportunidade de adotar este tipo de posições;
- parturientes que já tinham o domínio da informação e que sentiram em nós o apoio necessário para a utilizar.

Uma das atividades previstas que visava complementar a transmissão deste conhecimento à parturiente/casal, era a elaboração de um folheto informativo a facultar no decorrer TP. Esta atividade não foi realizada por termos considerado que poderia criar uma falsa expectativa às parturientes e ser um fator de *stress*. Assim, preferimos ser nós a gerir a quantidade, forma e momento para o fornecimento das informações.

Percebemos também que a transmissão deste tipo de conhecimentos no decorrer do TP tem que ter em conta as características individuais da parturiente/casal, nomeadamente o seu *background* e a sua capacidade de não se sentir frustrada se não for possível a sua aplicação prática.

A realização da RCL, bem como a mobilização da evidência no decurso do estágio (mediante as estratégias que relatámos) constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento da competência específica (CE) H3. – “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*” (Regulamento n.º 127/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18). A concretização deste objetivo permitiu não só a capacitação dos EEESMOG’s do serviço para o desenvolvimento de práticas recomendadas (através da promoção de momentos de partilha e reflexão sobre a evidência científica, bem como da elaboração da

proposta de procedimento), mas também o empoderamento das mulheres/casais em TP para o exercício da sua autonomia e direito à escolha informada.

Assim, salientamos as unidades de competência para as quais estas atividades cooperaram: “H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina” (em que destacamos os critérios de avaliação: H3.1.1., H3.1.2., H.1.3 e H3.1.6.) e “H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (evidenciando-se o critério de avaliação H3.2.5.).

Esta competência relaciona-se com a quarta competência da ICM (2013), que prevê a alta qualidade das intervenções das parteiras, através de cuidados culturalmente sensíveis e promoção da segurança durante o TP.

Ainda no que respeita à transmissão de informação à mulher/casal, bem como à promoção da tomada de decisão, julgamos importante salientar outras duas atividades, que (apesar de não terem sido realizadas neste estágio) tiveram impacto na consecução deste objetivo e no nosso percurso de desenvolvimento de competências. Estas atividades foram realizadas no Ensino Clínico de Cuidados de Saúde Primários e surgiram após um diagnóstico das necessidades, realizado em conjunto com a equipa de enfermagem, tendo sido apresentados e discutidos *à posteriori* com a referida equipa. Mediante a sua realização, o nosso objetivo foi colmatar a lacuna existente na transmissão de informação acerca das posições de parto e com isto contribuir para a promoção do parto normal.

Na Unidade de Saúde Familiar em questão existe um “Guia da Gravidez” que é fornecido à grávida/casal na primeira consulta de vigilância. Este documento encontra-se dividido em três capítulos, que correspondem aos três trimestres da gravidez, contendo em cada um as informações relevantes acerca do mesmo. A atividade que realizámos visou colmatar a lacuna existente neste documento, no que respeita à transmissão de informação acerca das posições de parto. Neste contexto foi incluído no capítulo do terceiro trimestre, informações acerca das diferentes posições possíveis de adotar no segundo estágio do TP (com ênfase no período expulsivo). Esta informação continha a descrição de todas as posições, bem como as vantagens e desvantagens de

cada uma. Optámos por não circunscrever a informação fornecida aos posicionamentos verticais, já que sendo um guia, pretende-se que dê a conhecer as diferentes alternativas, bem como as potencialidades e inconvenientes de cada posição, para uma escolha livre e informada da grávida/casal.

Outra atividade desenvolvida foi a realização de um póster, que foi exposto na sala de espera, intitulado “Verticalidade no Parto”, destinado à grávida/casal acompanhados nesta Unidade, com o intuito de os despertar para a temática e promover a discussão da mesma no período de consulta. Neste suporte de comunicação optámos por colocar imagens alusivas a cada posição vertical, com as vantagens da sua utilização.

Julgamos importante referir que esta temática era igualmente abordada e discutida nas consultas de vigilância pré-natal, o que permitia maior adequação da informação à realidade de cada mulher/casal. Estas atividades adquirem sentido através do estudo realizado por De Jonge *et al* (2008), que afirma que para proporcionar às mulheres uma escolha informada sobre as posições do parto, os EEESMOG devem fornecer informações durante a gravidez, nomeadamente acerca das vantagens e desvantagens de cada posicionamento e discutir as suas preferências.

Consideramos que a realização destas atividades e a consequente concretização dos objetivos contribuíram ainda para o desenvolvimento da CE H2. – *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”* (Regulamento n.º 127/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18) – na medida em que ambas visaram a transmissão objetiva, clara e concisa de informação credível e adequada a esta fase do ciclo vital da mulher/casal, com vista à sua satisfação, à promoção da saúde e prevenção de complicações.

Enfatizamos igualmente o contributo destas atividades para a elaboração de um plano de parto, com especial cuidado para a sua exequibilidade e adequação à realidade de cada sala de partos, como forma de ajustar as expectativas da mulher/casal face à temática.

Apesar de não termos tido a possibilidade de colaborar ou planear/implementar CPNP, consideramos que estas são intervenções também com grande contributo neste campo de ação. As intervenções de preparação

para o parto visam ajudar os pais a prepararem-se para uma ótima experiência de nascimento e capacitá-los para o bem-estar ao longo da vida (Nichols, 2000).

Neste contexto, realçamos mais especificamente as unidades de competência em que estas atividades incidiram: “H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (com destaque para os critérios de avaliação H2.1.1., H2.1.5 e H2.1.9.) e “H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (em que se evidenciam o critério de avaliação H2.2.8.).

Esta competência relaciona-se com a primeira competência da ICM (2013), que associa os cuidados de alta qualidade prestados pela parteira, aos seus conhecimentos e habilidades em obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética, como forma de os adequar culturalmente. Sendo a verticalidade no parto, uma temática tão específica e com contornos culturais característicos foi fundamental conseguirmos realizar esta adequação ao contexto de cada mulher/casal, de forma estes conhecimentos lhes fossem úteis e não uma fonte de *stress* no momento do parto.

A competência H2. relaciona-se ainda com a terceira competência da ICM (2013), que refere que o EEESMOG deve prestar assistência pré-natal de alta qualidade para maximizar a saúde durante a gravidez. Assim, consideramos que o facto destas atividades se terem situado no contexto da vigilância pré-natal veio permitir o desenvolvimento desta competência, sobretudo com o intuito de potenciar a saúde da grávida/feto/RN, através da promoção da tomada de decisão esclarecida.

2.2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o trabalho de parto, com ênfase na promoção de posições verticais no segundo estágio

Neste contexto realçamos a CE H3 “*Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*” e o Descritivo “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-

nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.” (Regulamento n.º 127/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18). Neste âmbito, salientamos que a parturiente/casal “tem direito a vivenciar o parto como momento único, individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de forma a fortalecer os aspectos do processo fisiológico normal do nascimento.” (OE & APEO, 2012, p. 12). Acrescentamos ainda que é fundamental respeitar as opções e expectativas de cada parturiente face ao parto, contribuindo para que se sintam seguras e cuidadas.

Esta competência relaciona-se com a quarta competência da ICM (2013) e foi, sem dúvida, o maior e melhor desafio deste percurso de aprendizagem, na medida em que nos possibilitou aprofundar conhecimentos, desenvolver destrezas e praticar diversas intervenções completamente novas para nós e que permitiram dar resposta à Diretiva n.º 2005/36/CE, de 7 de Setembro (nomeadamente, a realização de, pelo menos, 40 partos).

No que respeita à concretização dos objetivos, tivemos oportunidade de prestar cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante os quatro estádios do TP, procurando estabelecer relações de confiança e proximidade, encarando cada cliente como ser singular sem nunca esquecer o seu todo e adequando o acompanhamento especializado. A esta perspectiva da nossa prática encontra-se subjacente a teoria de Neuman, já que procurámos sempre assegurar identificar stressores, com influência no equilíbrio e bem-estar da parturiente e família enquanto sistema.

Ainda no que concerne aos objetivos a que nos propusemos, e atendendo à sua relação direta com as unidades de competência previstas pela OE na CE H3, optámos por refletir sobre cada uma individualmente, analisando as atividades que deram resposta aos seus critérios de avaliação.

H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina

A dimensão da segurança é um componente essencial à promoção de cuidados de qualidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (ESMOG) (OE, 2015a; Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim, no acompanhamento da mulher/casal/feto/RN em TP este

elemento foi garantido e transversal a todas as atividades desenvolvidas. A promoção da segurança do ambiente, alicerçado no Modelo dos Sistemas, constituiu um importante veículo para a redução e eliminação de eventuais fatores de *stress*, permitindo uma assistência com qualidade no nascimento, influenciando positivamente a transição para a parentalidade e valorizando todas as dimensões da parturiente/ casal/feto/RN enquanto sistema.

O apoio à parturiente/casal em TP, nas dimensões informativa, física, emocional/psicológica e de representação/defesa, foi uma preocupação nossa ao longo de todo o estágio; privilegiando a escuta ativa como estratégia operativa (APEO & FAME, 2009).

Um dos fatores que influenciou a nossa gestão da transmissão de informação, bem como no planeamento e prestação dos nossos cuidados, foi o acompanhamento de parturientes/casais com plano de parto escrito, no qual a posição para o parto está englobada.

Na instituição onde decorreu o estágio, foi-nos transmitido que o plano de parto só era considerado válido, quando submetido previamente à aprovação da Direção. Na nossa opinião, este conceito de validade é questionável, uma vez que está previsto no RCEEEESMOG a nossa atuação de acordo com este documento. Apesar de um plano de parto, ser isso mesmo, um plano, e ter um carácter flexível (sendo passível de eventuais ajustes, alterações e adequações), expressa uma vontade, que deverá ser respeitada ou, no mínimo, discutida.

A OE (2015a) afirma ainda que mesmo quando a parturiente não apresenta plano de parto, “deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas” (OE, 2015a, p. 40), conferindo a mesma licitude a esta expressão verbal das suas intenções e expectativas. À luz do modelo de Neuman, o reconhecimento da importância destas preferências tornou possível a adequação dos nossos cuidados e a redução de stressores associados, por exemplo, a intervenções não desejadas por parte da parturiente/casal. Para obter a harmonia, o equilíbrio e o bem-estar que Betty Neuman advoga, é fundamental a inclusão da parturiente/casal no processo de tomada de decisão, abrindo lugar à negociação no decurso do TP.

Ao longo do estágio acompanhámos apenas 4 parturientes/casais com plano de parto escrito. Na nossa opinião, o plano de parto constituiu um aliado

para a prestação especializada de cuidados e uma ferramenta na assistência personalizada, fornecendo um importante contributo no envolvimento do acompanhante (OE, 2015a). Um dos nossos focos de atenção foi o reconhecimento da importância do papel do acompanhante ao longo das diferentes fases do TP, sendo reconhecido como um parceiro de cuidados.

Da nossa experiência intuímos que as parturientes valorizavam bastante a presença da pessoa significativa e percebíamos evidentes benefícios desse apoio no decurso do TP. Isto vai ao encontro do está descrito na literatura, que agrega como vantagens deste acompanhamento: diminuição do tempo de TP, sentimentos de confiança e controle, comunicação mais positiva, melhor percepção do parto, menor necessidade de medicação e analgesia, maior satisfação da mulher, melhores índices de amamentação e maior duração da mesma, menos relatos de cansaço durante e após o parto (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007; Gungor & Beji, 2007; Nakano, Silva, Beleza, Stefanello & Gomes, 2007).

Neste contexto, e mediante a linguagem de Neuman, a perspectiva da parturiente/casal enquanto sistema recetor de cuidados faz ainda mais sentido. Em todas as situações, o acompanhante foi considerado por nós também como alvo de cuidados; não só a nível emocional, como físico, através da promoção do seu conforto.

Da totalidade de parturientes que acompanhámos no primeiro estágio do TP apenas uma não quis ter acompanhante. Na grande maioria o acompanhante escolhido era o pai do bebé, porém também houve parturientes que optaram pela companhia da mãe (nomeadamente, no caso das adolescentes).

Já no que respeita ao segundo estágio do TP, o acompanhante apenas podia permanecer nas situações de parto eutócico, segundo regras institucionais. Ainda assim, da totalidade de partos que acompanhámos em 3 situações o pai optou por sair no período expulsivo. A este respeito, o estudo de Janeiro (2013) alerta para a problemática da presença do homem durante o parto e para o número significativo de mulheres que opta pela sua ausência neste período, fazendo referência aos efeitos sobre a sexualidade do casal nos meses imediatos (Janeiro, 2013).

Estes dados despertam-nos para a importância do apoio do EEESMOG, durante a vigilância pré-natal (abordando estas temáticas), e, mais concretamente, ao longo do TP; daí que, como já referimos, o acompanhante tenha constituído para nós também um alvo de cuidados.

Durante o acompanhamento da parturiente/casal ao longo do primeiro estágio do TP, implementámos intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher, sustentadas pela literatura (APEO & FAME, 2009; OE & APEO, 2012; OE, 2015a), como: a ingestão de líquidos claros e, em fases mais precoces do TP, de alimentos; liberdade de movimento e posicionamentos de conforto, com recurso à bola de nascimento em algumas situações; estimulação da eliminação vesical espontânea; fornecimento de medidas farmacológicas (endovenosas e loco-regionais) e não farmacológicas de alívio da dor (como a hidroterapia, o uso da música, massagem e exercícios de respiração e relaxamento). Conforme referimos no sub-capítulo 1.2., estas são intervenções que visam a promoção do parto normal, constituindo práticas com reconhecidos benefícios pela evidência científica.

A grande maioria das mulheres mostrou-se muito recetiva à utilização da liberdade de movimentos e à adoção de posições verticais durante este estágio. Também o uso da bola de nascimento foi um fator contributivo para a satisfação das parturientes, tanto no alívio da dor, como na promoção da evolução positiva do TP. Isto vai ao encontro do que está descrito na literatura (Hodnett, Stremler, Weston & McKeever, 2009).

O uso de medicação endovenosa, bem como a implementação de estratégias não farmacológicas (como a liberdade de movimento, a hidroterapia e os exercícios de respiração e relaxamento) foram privilegiados pelas parturientes na fase latente do trabalho de parto. Já na fase ativa, a grande maioria optou por realizar analgesia loco-regional. Nesta situação, e mediante a nossa avaliação, a maioria conseguiu manter a liberdade de movimento. Nas situações em que isso não foi possível, por diminuição da sensibilidade, foi aconselhada a posição sentada ou semi-sentada na cama.

No BP em questão, a técnica analgésica loco-regional mais utilizada (à data do estágio) era a epidural. Da nossa perceção existe ainda a crença, em alguns profissionais, de que este tipo de analgesia só está indicada após os 3

cm de dilatação (sob pena de prolongar o TP), apesar de atualmente a evidência demonstrar que a administração de analgesia epidural não provoca este efeito (Rodrigues, 2003; Santos, Palma & Roncon, 2004; Pereira, Fernandes, Tavares & Cotrim, 2014). A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), já em 2002, recomendava a sua administração assim que a parturiente o desejasse, independente do estágio do TP (Cockey, 2002).

Ainda no que respeita à utilização de analgesia farmacológica, das parturientes que acompanhámos:

- no primeiro estágio, apenas duas não fizeram qualquer tipo de medicação, por opção;
- no segundo estágio, duas fizeram apenas analgesia endovenosa (uma por opção e a outra por evolução rápida do TP), uma fez bloqueio do nervo pudendo (por contra-indicação para outras vias de analgesia) e duas não fizeram nenhum tipo de fármaco analgésico (uma por opção e outra por ter sido admitidas no serviço já em período expulsivo).

Independentemente da opção da parturiente, relativamente à gestão do controlo da dor, a nossa posição foi sempre de suporte e esclarecimento de todos os métodos disponíveis na instituição. Sendo a dor um importante fator de *stress* durante o trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008), de acordo com Neuman é fundamental que o EEESMOG, conheça o seu significado para cada parturiente, bem como respeite e apoie as suas opções na gestão da mesma.

No que respeita à promoção da vinculação da tríade, na grande maioria das situações foi possível promover o contacto pele-a-pele imediato e prolongado com a mãe, à exceção de 17 situações no universo total dos RN que assistimos (5 por IA \leq 7 ao primeiro minuto; 5 por gemido transitório, 3 por instabilidade materna, 3 por transferência para a UCIPN e 1 por opção da mãe). Esta prática tinha como principais objetivos, não só a promoção da vinculação da tríade, mas também a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Cruz, Sumam & Spíndola, 2007; Matos *et al*, 2010).

No entanto, salientamos o facto de estas intervenções terem sido trabalhadas desde o primeiro estágio, na maioria das parturientes cujo TP acompanhámos; como forma de promover a tomada de decisão entre o casal. Para isso utilizámos algumas estratégias, como: a avaliação dos conhecimentos

e experiências prévias nestas áreas; desejos da parturiente/casal relativamente a estes itens; o fornecimento de informação como forma de promover o envolvimento com as temáticas, desmitificar conceitos e esclarecer incertezas.

Ainda com o intuito de promover a vinculação, implementámos intervenções como: o diálogo com o feto durante o TP, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante ou pela mãe e a prestação de cuidados ao bebé pelo acompanhante (sempre que possível e se fosse esse o seu desejo).

Relativamente à amamentação, verificámos que todas as mulheres pretendiam amamentar, embora tenhamos identificado algumas lacunas nos conhecimentos a este respeito, nomeadamente na técnica de amamentação e nos sinais de boa pega (Vieira, Tonhá, Martins, Ferraresi & Bachion, 2011). Do universo total dos RN's que referenciámos, a maioria das situações iniciou o aleitamento materno na primeira hora de vida, à exceção de 16 situações (que coincidem com as primeiras referidas no contacto pele-a-pele).

H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido

No âmbito da monitorização do TP, destacamos a utilização do partograma como instrumento essencial para o registo do progresso do mesmo (APEO & FAME, 2009; OE, 2015a), mas também como uma ferramenta de aprendizagem para nós. Assim, consideramos que este documento nos permitiu ter uma maior consciência da mecânica e dinâmica do TP e facilitou o desenvolvimento da nossa capacidade de avaliação da evolução do mesmo.

O preenchimento criterioso do partograma permite uma interpretação rápida do bem-estar materno-fetal e contextualização da fase do TP, através do registo periódico de vários fatores que influenciam o seu decurso, como: sinais vitais maternos, estática fetal, estado das membranas, características do líquido amniótico, dilatação cervical, frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina (APEO & FAME, 2009). A avaliação a que nos referimos foi sendo por nós aperfeiçoada ao longo do estágio, nomeadamente: no que respeita à observação obstétrica interna (com destaque para a avaliação do colo uterino, estrutura da bacia óssea materna e estática fetal) e externa (em que evidenciamos as manobras de Leopold, auscultação do foco fetal, alteração do padrão respiratório e

comportamental da parturiente e padrão contrátil uterino); bem como a monitorização e interpretação de CTG. Relativamente a esta última, utilizámos a classificação da ACOG.

O facto de termos dado primazia à utilização do partograma permitiu igualmente desenvolver nossa conduta e capacidade de gestão de cuidados no primeiro estágio do TP (OE, 2015a). Através do seu preenchimento rigoroso, foi possível aumentar a destreza com que implementávamos o processo de enfermagem, na medida em que permitia uma maior rapidez no diagnóstico de alterações, maior eficiência e eficácia no planeamento de cuidados e tomada de decisão, bem como melhor capacidade de avaliação das intervenções efetuadas.

Este aspeto revelou-se um importante contributo para o desenvolvimento da nossa competência de diagnosticar e prevenir complicações durante o TP. Sempre que diagnosticámos algum risco materno-fetal, validámo-lo com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, e referenciámos as situações para além da nossa área de atuação. As situações mais frequentes foram as de CTG da categoria II e III, presença de líquido amniótico meconial, hipertonia uterina, estrutura pélvica materna desadequada em relação ao feto e paragem de progressão do TP.

No caso do documento de registo que utilizámos na instituição onde estagiámos, era ainda possível registar algumas intervenções realizadas, como: amniotomia, amnioinfusão, monitorização interna, posicionamentos maternos facilitadores da mecânica do TP (nomeadamente correção de variedades atípicas), métodos de alívio da dor, administração de medicação, líquidos fornecidos à parturiente e eliminações vesicais da mesma.

Relativamente às intervenções descritas, realizámos 14 amniotomias, 4 amnioinfusões e colocámos 5 monitorizações internas. A evolução do TP, na maioria das situações ocorreu com recurso a perfusão ocitócica, no entanto em 5 situações não se administrou qualquer medicação. No que respeita a administração de líquidos endovenosos na maior parte das parturientes, foi canalizado um acesso venoso periférico e mantida a administração de fluídos (nomeadamente, Lactato de Ringer ou uma Solução Polieletrólítica com Glucose). Em relação à promoção da eliminação vesical espontânea, ela foi

respeitada; no entanto, em situações esporádicas (influenciadas pelo efeito da analgesia loco-regional) houve necessidade de realizar esvaziamento vesical.

Embora a OE e a APEO (2012) reconheçam que estas intervenções podem ser incluídas na classificação de Parto Normal, “com o fim de facilitar a progressão do TP e parto vaginal” (OE & APEO, 2012, p. 18), ressalvam a importância de serem suportadas na evidência, evitando o seu carácter rotineiro. Neste contexto, reconhecemos que em algumas situações, e por motivos de força institucional, desenvolvemos algumas práticas rotineiras, que apesar de manterem o respeito pelos princípios éticos, poderiam ter sido evitadas.

No primeiro estágio do TP acompanhámos 89 parturientes/casais. Nesta fase do TP, admitimos e/ou acompanhámos parturientes admitidas: para indução de TP com patologia que exigia maior vigilância; que se encontravam em indução de TP no SGO e por alteração do bem-estar materno-fetal foram transferidas para o BP; em TP espontâneo (fase latente ou fase ativa); e, com rotura de membranas.

Apesar de termos tido oportunidade de prestar cuidados a 5 grávidas/casais em situações de cesariana eletiva, na grande maioria das situações acompanhámos grávidas/casais em TP.

No que respeita ao segundo estágio do TP, tivemos oportunidade de acompanhar e colaborar no parto de 52 grávidas/casais. Relativamente às parturientes, a sua idade variou entre os 17 e 43 anos e idade gestacional entre as 35 semanas e 3 dias e as 41 semanas e 1 dias.

Destacamos a oportunidade de acompanhar dois trabalhos de parto de gravidezes pré-termo (35s+3d e 36s+1d) e num a assistência durante o parto. Não estava previsto que assim fosse, no entanto foi um TP precipitado. Aquando da constatação da dilatação completa, foi contactada a equipa médica, que veio e sugeriu que fizéssemos o parto na sua presença, já que a parturiente se encontrava em período expulsivo.

No que respeita a este estágio do TP, na maioria das situações a nossa conduta passou por permitir a descida da apresentação fetal e consequente estímulo do reflexo de Ferguson (APEO & FAME, 2009). No entanto, em algumas situações tivemos necessidade de dirigir os esforços expulsivos, em virtude do efeito da analgesia epidural (OE, 2015a).

A utilização de posições verticais no segundo estágio do TP, verificou-se em 31 parturientes no período de decorre da dilatação completa ao momento da expulsão. Neste intervalo de tempo, estes posicionamentos foram utilizados, fundamentalmente, com o objetivo de promover: o respeito pela vontade da parturiente, a mecânica do TP (nomeadamente, o encravamento e descida da apresentação), a dinâmica do TP (através do estímulo da contratilidade) e o conforto e alívio da dor da parturiente.

A expulsão do feto neste tipo de posições ocorreu apenas em 10 situações (2 na posição sentada e 8 de cócoras).

As parturientes que demonstraram mais conhecimento e disponibilidade para a utilização destas posições, foram as que realizaram CPNP, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Miquelutti *et al* (2013).

Da nossa perceção, as parturientes que utilizaram posições verticais no segundo estágio do TP, experimentaram uma evolução mais rápida desta fase e menores níveis de dor. A nível fetal percecionámos influência nos padrões cardíacos, com registo de menos anomalias. O que é corroborado pela literatura (Lowdermilk & Perry, 2008; Romano & Lothian, 2008).

Em nenhuma das parturientes que utilizaram estas posições no período expulsivo foi necessário recorrer à episiotomia, tendo ocorrido lacerações de grau I em 5 situações, de grau II em 2 e 3 períneos íntegros (em conformidade com o demonstrado por Baracho *et al*, 2009 e Mouta *et al*, 2008).

Apesar da literatura destacar o constrangimento de algumas mulheres na utilização destas posições (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004), não observámos este tipo de comportamento em nenhuma situação. Evidenciamos apenas um acompanhante/marido que demonstrou, de forma verbal e não-verbal, incómodo pela posição de cócoras adotada pela parturiente. No entanto, esta situação foi trabalhada por nós (recorrendo a estratégias do foro informativo) e ultrapassada pelo casal.

O facto da proporção de partos realizados nestas posições ser tão reduzida face o número total, sendo esta a minha temática e o grande enfoque das atividades projetadas, esteve sobretudo relacionado com a realidade da instituição onde estagiámos. Como relatámos na secção 2.2.2., a promoção de posições verticais no período expulsivo não era uma prática regular naquele

contexto e neste processo de aprendizagem (tal como na maioria) é importante a existência de EEESMOG com conhecimento e competência, que funcionem como modelos (Mwanzia, 2014).

Assim, sentimos inicialmente grande dificuldade na execução desta prática, já que nunca tínhamos observado nenhum parto nesta posição. Do ponto de vista teórico sentíamos-nos preparados para este acompanhamento; no entanto, aspetos, como a colocação dos campos estéreis, a necessidade e a forma como devíamos apoiar a grávida, quando e como nos devíamos colocar perante este tipo nascimento eram dúvidas que tínhamos e que vimos inteiramente esclarecidas à medida que fomos praticando, com a colaboração da Sr.^a Enf.^a Orientadora. Julgamos importante salientar que sentimos uma grande realização, do ponto de vista académico, profissional e até pessoal, por termos podido assistir estas parturientes; sobretudo, por ter significado uma conquista na mudança de atitude dos enfermeiros e na promoção de práticas promotoras da saúde e bem-estar das parturientes/casais/fetos/RN.

Destacamos ainda o facto de em 8 situações o recurso à posição de litotomia ter sido uma opção da parturiente. Apesar do crescente aumento da popularidade das posições alternativas à posição de litotomia, um grande número de mulheres, no mundo ocidental, ainda prefere esta posição (De Jonge & Lagro-janssen, 2004). Isto deve-se essencialmente à falta de orientação no período pré-natal, bem como ao impacto da aculturação na tomada de decisão (Mamede *et al*, 2004).

Dos 52 partos realizados, todos os fetos se encontravam em apresentação cefálica, 3 em variedade posterior e 2 com laterocidênci da mão.

Em 16 partos verificámos a presença de circulares (em 12 deles, uma circular cervical; em 2, de duas circulares cervicais; num de uma circular ao ombro; e noutro de uma circular ao tronco e tornozelo). Na maioria das situações foi possível a redução da circular através da sua passagem além da apresentação; no entanto, em 4 situações foi necessário a clampagem e corte do cordão. Infelizmente não pudemos observar, nem praticar a manobra de Somersault, que apesar dos seus evidentes *outcomes* fetais, ainda não é uma prática corrente (OE, 2015a).

Sempre que possível foi realizada a clampagem tardia do cordão umbilical. As únicas situações que inviabilizaram esta prática foram as 4 supracitadas, 2 situações em que foi realizada colheita de sangue para criopreservação de células estaminais e 3 situações em que a instabilidade do RN não permitiu.

Constatámos 4 situações de distócia de ombros. Em 2 foi possível a resolução através da manobra de *McRoberts* e nas outras 2 foi necessário recorrer à pressão supra-púbica.

Nos 52 partos em que prestámos assistência os RN's apresentaram pesos entre 2530 gr e 4380 gr, 22 eram do sexo masculino e 30 do sexo feminino. O valor mais baixo de IA ao primeiro minuto foi de 4, seguido de um de 6, e verificaram-se nas situações em que verificámos a existência de duas circulares cervicais. Apenas um RN foi transferido para a UCIPN devido à prematuridade.

Tivemos ainda a oportunidade de prestar cuidados imediatos, bem como otimizar a sua adaptação à vida extrauterina, a 29 RN de partos realizados por outros profissionais (incluindo os nascidos por cesariana). Neste âmbito, destacamos a receção de um RN pré-termo (29 semanas 6 dias), nascido de cesariana por alteração dos fluxos cerebrais, que pesava 865g, tendo exigido cuidados especiais e que foi necessário transferido para a UCIPN. Evidenciamos ainda a prestação de cuidados a um RN de termo, nascido por parto distócico com recurso a ventosa e fórceps e cujo IA ao primeiro minuto foi de 1 (apresentava uma circular cervical apertada, líquido meconial espesso e tinha sido um TP prolongado). Nesta situação houve necessidade de realizar manobras de reanimação e transferência para a UCIPN.

No que concerne à nossa prestação de cuidados à mulher/casal no quarto estágio do TP (apesar da clara associação à competência H3.), é fundamental a sua relação à partida com o nosso desenvolvimento da CE H4. "*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*". Neste sentido, o amago da nossa prestação de cuidados foi a promoção da saúde e bem-estar da puérpera e RN (não descurando a importância do acompanhante) e o apoio no processo de transição e adaptação à parentalidade. Neste contexto, esta CE relaciona-se com a quinta competência da ICM (2013) que visa a prestação de cuidados de qualidade à mulher no período pós-natal, bem como com a sexta

competência deste mesmo regulamento, que prevê a assistência especializada ao RN desde o nascimento até aos dois meses de idade (competência esta que por sua vez também está associada à H3.).

Neste estágio mantivemos o nível vigilância adequado, como forma de prevenir e diagnosticar precocemente eventuais complicações. Parte integrante desta vigilância foi a avaliação criteriosa, física e psicológica/emocional, da mãe e RN às duas horas de pós-parto.

Relativamente a alterações detetadas, tivemos apenas uma situação de hipotonia uterina, com perdas hemáticas aumentadas, que referenciámos à equipa médica e resolvida com administração suplementar de ocitocina, após confirmação ecográfica de ausência restos placentares e/ou membranares.

H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto

Tendo por base o Modelo de Sistemas, enfatizamos a nossa preocupação na identificação das forças intra, inter e extra pessoais da parturiente/casal, desenvolvendo estratégias de intervenção na equipa multidisciplinar, como forma de assegurar a homeostase do sistema. Neste contexto, ao longo do estágio, procurámos sempre que as parturientes/casais se sentissem suportadas e apoiadas, de forma a aumentar a sua confiança, levando a uma maior satisfação com o parto (Kennedy, Grant, Walton, Shaw-Battista & Sandall, 2010; Marshall & Raynor, 2014). Neste sentido, destacamos os cuidados a nossa preocupação na promoção do conforto físico e psicológico da tríade, com a eleição de um ambiente tranquilo, com privacidade, o mais isento de estímulos sonoros e luminosos e com o menor número de intervenções técnicas.

Outro dos nossos focos de atenção, no que respeita ao suporte da parturiente/casal, foi a utilização de uma comunicação e linguagem adequadas, como forma de coadjuvar a vivência saudável do TP. Por exemplo, tentámos nunca utilizar expressões vagas como “está no início do TP” ou “o TP está muito atrasado”, substituindo-as por uma contextualização temporal e caracterização da fase específica do TP em que a parturientes se encontravam, dando a conhecer as estratégias que poderiam utilizar para uma evolução positiva do mesmo. Tal como nos diz a OE (2015a), “as palavras selecionadas para abordar

uma Mulher em trabalho de parto podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo” (OE, 2015a, p. 40).

Relativamente ao desenvolvimento da capacidade de comunicação destacamos o acompanhamento do TP de 3 adolescentes. A vivência da gravidez na adolescência acarreta determinadas tarefas e papéis, para os quais, muitas vezes, estas jovens não estão preparadas do ponto de vista cognitivo, emocional, social e desenvolvimental (Figueiredo, 2001). Isto implica para os profissionais um desafio acrescido, na promoção da sua capacitação e na forma como as ajudam a lidar concomitantemente com as tarefas desenvolvimentais da adolescência e com os acontecimentos indutores de *stress* associados à gravidez e à maternidade (Soares *et al*, 2001).

Consideramos assim, que a nossa capacidade de adequar a linguagem, personalizar os cuidados e enquadrá-los noutra contexto (como seja a filosofia de cuidados pediátricos) foi posta à prova e conseguimos desenvolver uma resposta adequada. Consideramos que fomos um elemento facilitador da transição para a parentalidade nestas situações, na medida em que não só nos centrámos nas preocupações destas jovens (que são muitas vezes egocêntricas, em virtude do estágio de desenvolvimento em que se encontram), mas também procurámos “trazê-las” para a nova realidade contribuindo para o desenvolvimento da sua adaptação. Nestas situações a aplicação prática da teoria de Neuman constituiu não só um importante veículo para a nossa compreensão dos fatores stressores presentes inerentes à faixa etária da grávida, bem como para a nossa atuação aos diferentes níveis de prevenção.

No primeiro estágio do TP procurámos, sempre que possível, fazer um diagnóstico dos conhecimentos prévios e contexto cultural de cada parturiente/casal, como forma de clarificar dúvidas, desmitificar conceitos e gerir eventuais focos de ansiedade/*stress* relativamente ao todo o processo (tal como nos sugere a teoria de Betty Neuman). Em casos em que já não era o primeiro filho, tentámos mobilizar as experiências anteriores, de forma a gerir os aspetos positivos e menos positivos e permitir que a sua influência no atual TP constituísse uma fonte de resiliência.

Relativamente ao *background* teórico destas parturientes/casais, como referido anteriormente, a nossa perceção é a de que os casais que realizam o

CPNP e tiveram maior acesso a informação útil para o TP, se encontram com maior fortalecimento das suas linhas internas de resistência e isso permite-lhes uma vivência mais saudável de todo o processo. A frequência destes cursos influencia, tanto a antecipação que a grávida faz do parto, como o nível de satisfação que obtém com o mesmo. Mais, a sua realização tem influência no tipo de parto; como demonstra um estudo realizado em 2009, onde a maioria das grávidas que efetuaram o curso, passaram pela experiência de um parto eutócico e se sentiram adequadamente preparadas durante o seu decurso (Vicente, 2009). Tivemos oportunidade de acompanhar 28 parturientes/casais que tinham realizado CPNP, alguns em gravidezes anteriores.

Na grande maioria das situações, este diagnóstico de conhecimentos, aliado ao reconhecimento de outras características (como a idade materna, o índice obstétrico, o grau de escolaridade/profissão, o tipo de vigilância da gravidez, a existência de patologia, a expectativa da parturiente/casal e fatores de ordem cultural) constituíram o ponto de partida para a gestão do fornecimento de informação. Para algumas mulheres a experiência de parto traduz-se essencialmente por fatores adversos, como a falta de informação que gera medo e insegurança, acarretando menor colaboração materna no parto (Vicente, 2009). Estes sentimentos funcionam igualmente como bloqueadores, pelo efeito das catecolaminas, constituindo fatores de risco para a ocorrência de anomalias no decurso normal do TP (APEO & FAME, 2009). De acordo com a teoria de Betty Neuman, a ausência de informação pode constituir um stressor que importa contornar.

Se no contexto de cuidados de um BP a exigência face à nossa capacidade de atuação é grande, quando se verifica uma alteração ao que é fisiológico esta condição acresce e muito. Assim, o acompanhamento do TP, bem como a prestação de cuidados a grávidas com patologia associada constituiu para nós também um grande desafio. Mais do que mobilizar os conhecimentos teóricos acerca de cada patologia e da evolução do TP, impôs-se a compreensão do impacto destas alterações no decurso normal do mesmo (não descurando as características pessoais de cada grávida/casal), com tudo o que isso pode ter de patológico e perturbador para a tríade.

Distinguimos dois grupos de situações patológicas com as quais contactámos: alterações fetais, nomeadamente, crescimento fetal discordante na gravidez gemelar, restrição de crescimento intrauterino, alterações dos fluxos cerebrais e disritmias fetais; e, alterações maternas, como a patologia hipertensiva (hipertensão crónica, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia), patologia diabética (diabetes *mellitus* tipo I e diabetes gestacional), patologia médica prévia (cardíaca e pulmonar), patologia cirúrgica (apendicite) e patologia psiquiátrica.

Em situações como a pré-eclâmpsia e a diabetes existem protocolos no serviço para orientação da conduta terapêutica.

Destacamos ainda uma situação de crescimento fetal discordante relativa a uma gravidez gemelar, como marcante para a nossa aprendizagem. A grávida tinha 32 anos, um índice obstétrico de 1001 e uma idade gestacional de 29 semanas e 6 dias). Por alterações graves da biometria e fluxometria de um dos fetos foi proposta cesariana. Nesta situação, tivemos oportunidade de seguir a grávida/casal durante parte do período em que esteve a cumprir o protocolo de neuroprotecção fetal, posteriormente na cesariana (onde recebemos um dos RN) e no puerpério imediato, o que permitiu que fizéssemos o acompanhamento de todo o processo.

Ainda no que respeita a alterações ao padrão fisiológico (apesar de não consituir uma patologia), consideramos pertinente mencionar a especificidade de atuação na presença de uma análise com exsudado vaginal positivo para estreptococos do grupo B, em que seguimos o protocolo existente no serviço, que prevê a administração de Ampicilina (ou antibioterapia alternativa em casos de sensibilidade à penicilina). À semelhança desta situação, este protocolo era ainda utilizado em situações de risco infeccioso acrescido, como a prematuridade e roturas de bolsa de águas superiores a 12 horas.

No que respeita ao terceiro estágio do TP a maioria das mulheres apresentaram dequitações naturais, tendo sido possível identificar os dois mecanismos de descolamento placentar (Duncan e Schultz). Evidenciamos três situações, em que a dequitação foi além dos 30 minutos, tendo havido necessidade de realizar tração controlada do cordão.

Após a dequitação tivemos sempre o cuidado de avaliar a involução uterina e inspecionar as membranas, a placenta e o cordão umbilical.

Não observámos nenhuma situação de alteração da involução uterina. Todavia, em todas as situações foi administrada ocitocina em perfusão como método profilático da hemorragia pós-parto.

Relativamente à integridade membranar, destacamos: uma puérpera, em que tivemos dúvida acerca da integridade das membranas e por isso referenciámos a situação à equipa médica que realizou ecografia de controlo que não confirmou as suspeitas; e outra, em que constatámos a ocorrência de membranas fragmentadas, tendo havido necessidade de realizar revisão manual da cavidade uterina e referenciação à equipa médica, que após ecografia de controlo confirmou a resolução da situação.

No que respeita a alterações placentares, tivemos oportunidade de observar duas placentas sucenturiadas. E em relação à avaliação do cordão umbilical, observámos: 1 nó verdadeiro, 1 inserção marginal e 2 inserções velamentosas.

Posteriormente a estas apreciações, procedemos sempre à avaliação da integridade do canal de parto e períneo. Esta era uma das intervenções em que apresentávamos mais dificuldade nas primeiras semanas de estágio e consideramos que foi uma das capacidades em registámos maior evolução.

No início a aplicação das técnicas de reparação era uma atividade que nos causava alguma ansiedade e até medo, pelas repercussões físicas, sexuais e psicológicas que este procedimento pode acarretar não só no pós parto imediato (Lopes, Bonfim, Sousa, Reis & Santos, 2012). Uma das estratégias que desenvolvemos para colmatar esta situação (para além da observação da Sr.^a Enf.^a Orientadora, da prática simulada fora do campo de estágio e da pesquisa bibliográfica), foi a visita às puérperas (no SGO) a quem tínhamos realizado este tipo de intervenção. Pudemos assim perceber (ainda que apenas no contexto do puerpério precoce) o impacto dos nossos cuidados. Outra forma de ultrapassar esta nossa *handicap* foi promover o conforto da puérpera, recorrendo em algumas situações à inoculação de anestesia perineal.

O *feedback* positivo das puérperas e da Sr.^a Enf.^a Orientadora, aliado aumento da nossa autoconfiança, fez com que esta intervenção passasse mais

tarde a ser uma das práticas em que nos sentíamos mais à vontade e que exercitávamos com maior destreza. Por esta razão, e por considerarmos que a realização da técnica dos pontos simples/separados já se encontrava bem sedimentada do ponto de vista teórico e prático, tivemos oportunidade de aprender e praticar outros tipos de sutura cutânea; nomeadamente, suturas subcuticulares contínuas. Até porque, este tipo de suturas parece trazer benefícios na diminuição do desconforto à posteriori (Graça, 2010).

Das 52 parturientes que acompanhámos no segundo estágio do TP, em 31 houve necessidade de recorrer à episiotomia e episiorrafia. Em 2 destas ocorreram lacerações para além da episiotomia e tivemos necessidade de referenciar à equipa médica para a realização da reparação.

Em 8 partos ocorreram lacerações de grau I, em 5 lacerações de grau II e em 1 uma laceração de grau III a (na qual foi solicitada a intervenção médica para reparação). Apenas em 2 lacerações de grau I não foi necessário correção, tendo as restantes sido suturadas.

Em 7 partos foi possível preservar a integridade do períneo.

2.2.4. Desenvolvimento do pensamento e raciocínio crítico

A consecução deste objetivo foi possível através da concretização de todas as atividades planeadas, nomeadamente mediante a finalização deste relatório.

Refletimos sobre a essência e pertinência dos nossos cuidados é diferente enquanto enfermeiro de cuidados gerais e agora, enquanto futuros EEESMOG. Existe um crescimento, pessoal e profissional, inerente a esse pensar que o influencia e é influenciado por ele, conferindo-lhe uma outra consistência. Esperamos que este crescimento se traduza na manutenção do desenvolvimento de competências ao longo do nosso exercício profissional enquanto especialistas; reabilitado pela capacidade da reflexão crítica, e que o elo de ligação entre a teoria e a prática esteja reforçado e se traduza numa melhoria para a melhoria contínua da qualidade (OE, 2011, 2015a).

Só a reflexão utilizada como instrumento é capaz de nos ajudar a olhar, descrever, interpretar e analisar os fenómenos e conceitos, promovendo o conhecimento e facilitando a mudança; referimo-nos a prática reflexiva.

Esta prática é consensual para diversos autores como sendo: uma reflexão sobre a ação, uma atividade que visa explorar as experiências de modo a atingir uma nova compreensão, uma análise consciente através de uma retrospectiva intencional, uma potencial situação de aprendizagem, que tem como objetivo refletir sobre as práticas, com vista a aumentar a confiança no desempenho, melhorar a aptidão para o que é correto, abordar a anfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais (Santos & Fernandes, 2004). Neste contexto, e à luz da teoria de Neuman, inferimos que o exercício da reflexão permite ainda eliminar possíveis stressores na praxis diária do EEESMOG, reforçando as suas linhas internas de resistência.

Esta prática reflexiva esteve inerente a todas as reuniões realizadas ao longo do estágio com os orientadores, tendo consituido uma mais-valia não só no reconhecimento do nosso posicionamento no processo formativo de desenvolvimento de competências, mas também na avaliação da qualidade dos cuidados por nós prestados.

Porém, esta reflexão só adquire sentido se for metódica, na sua frequência e no seu processo. Foi com base nesta necessidade de desenvolver um processo reflexivo estruturado que adotámos a metodologia elaborada por Santos & Fernandes (2004) e que tem por base o Modelo de Desenvolvimento de Emancipação Profissional de Kim (1999) e os pressupostos de Goodman (1994) e Boud *et al* (1995). Esta metodologia inclui no seu processo a perceção de uma inquietação, a descrição da mesma, a análise crítica e a síntese/avaliação. Elegi este método por ser de fácil compreensão e aplicabilidade, e assim garantir eficácia e eficiência na sua utilização, com vista a veicular agilmente a minha tomada de decisão.

A aplicação desta metodologia reflexiva esteve subjacente a todo o processo formativo, porém esteve patente na elaboração dos diários de aprendizagem; o que permitiu, de forma mais específica, a mobilização de conhecimentos, integrando e interligando a teoria e a prática.

2.3. Limitações do percurso de desenvolvimento de competências

Ao longo do nosso percurso de desenvolvimento de competências (que culmina com a consecução deste relatório) deparámo-nos com algumas barreiras, internas e externas, que exigiram uma adaptação do projeto inicial, nomeadamente no que respeita a algumas estratégias metodológicas.

De uma forma global fomos mencionando as principais limitações ao longo da análise dos objetivos. Contudo, consideramos importante destacar algumas das barreiras experienciadas, como forma de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos processos de saúde.

Do ponto de vista metodológico, sentimos limitações tanto na realização da RCL, bem como no contexto prático do estágio.

No que respeita à realização da RCL, destacamos:

- o tempo disponível para a sua concretização;
- o reduzido número de estudos qualitativos na temática em questão;
- o limite de tempo dos estudos pesquisados;
- a seleção exclusiva de artigos publicados em idioma inglês, português.

Apesar da intenção inicial de realizarmos uma RSL com meta síntese, dada a limitação temporal, não foi possível cumprir todos os passos desta metodologia (nomeadamente, uma pesquisa abrangente que nos permita afirmar que esgotámos todas as bases de dados, bem como o incumprimento de todos critérios na agregação dos resultados). Esta limitação temporal foi agudizada pela nossa parca experiência na metodologia de RSL com meta síntese, nomeadamente no que respeita à meta agregação.

No entanto, destacamos que utilizámos o protocolo da RSL para a nossa pesquisa. Neste contexto, constatámos a existência de poucos estudos qualitativos sobre a utilização de posições verticais no segundo estágio do TP, quando comparados à amostra de estudos quantitativos.

A nossa primeira escolha foi a abordagem da experiência e opinião dos enfermeiros face a esta prática; já que, de uma forma mais direta, iria dar resposta à nossa inquietação da não aplicação desta prática nas salas de parto. No entanto, percebemos que é uma vertente ainda pouco explorada da temática e não obtivemos artigos suficientes para realizar a RSL. Assim, decidimos

enveredar pela experiência da parturiente na utilização de posições verticais no segundo estágio do TP.

Para colmatar a escassez de artigos, tivemos necessidade de aumentar o intervalo temporal da pesquisa para os últimos 11 anos. O que apesar de ter sido vantajoso na obtenção de estudos, pode ser considerado uma limitação, já que limitando o espaço de tempo em 4 ou 5 anos, possuiríamos estudos e evidência mais recente. Apesar deste limite temporal, considerámos que a evidência obtida era pertinente para responder à nossa questão (JBI, 2014).

A restrição dos artigos a dois idiomas pode ter desperdiçado valiosas contribuições publicadas em outras línguas.

Segundo Hungler, Tatano & Denise (2004) os estudos nunca são concretizados de forma perfeita e completa. Todavia, apesar destas limitações, consideramos que a consecução desta RCL permitiu a nossa compreensão das experiências das parturientes inerentes à utilização de posições verticais no segundo estágio do TP. Esperamos igualmente ter contribuído para estimular outros enfermeiros a investirem nesta área, uma vez que a saúde materna é uma componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever profissional.

Relativamente às limitações no período de estágio, evidenciamos:

- a minha atividade profissional em simultâneo;
- o desconhecimento do local de estágio aquando da realização do projeto;
- o reduzido número de partos realizados em posições verticais.

No que concerne à primeira limitação, ressalta o extenso período de estágio e a carga horária do mesmo. Assim, consideramos que a nossa gestão do tempo teve que ser rigorosa, já que obrigou a conciliar esta atividade curricular com a minha atividade profissional, o que em alguns momentos pode ter constituído uma barreira à realização de mais atividades pedagógicas. Porém, a exigência física e psicológica, (de carácter temporal, cognitivo-comportamental e até emocional) do desenvolvimento de competências em estágio implicou um grande esforço pessoal e profissional.

O desconhecimento do contexto onde iríamos aplicar o nosso relatório constituiu uma barreira primeiramente à elaboração do mesmo e posteriormente à aplicação da temática.

Em relação à aplicabilidade da temática, gostaríamos de ter tido a possibilidade de acompanhar mais parturientes/casais no segundo estágio do TP com recurso a posições verticais. No entanto, esta circunstância adveio do facto desta não ser uma prática exercida (ou valorizada) pela maioria dos profissionais no contexto onde o estágio decorreu e por isso não permitir a nossa capacitação prática numa fase inicial. Como estratégias para ultrapassar esta limitação, recorreremos: à divulgação da evidência e promoção de momentos de reflexão; à utilização destas posições até ao período expulsivo (altura em que a parturiente assumia uma posição horizontal); à elaboração de documentos; e, à nossa capacidade de negociação.

Não podemos deixar de mencionar (embora com pouco impacto na nossa prática), a vontade das parturientes de não utilizarem este tipo de posições e a sua preferência pela posição de litotomia. Da nossa perceção, as questões culturais ainda se encontram muito associadas a esta eleição, tendo o EEESMOG um papel fundamental na divulgação dos benefícios da utilização de posições verticais no segundo estágio do TP.

Também na elaboração do presente documento constatámos algumas limitações:

- a nossa capacidade de síntese, que consideramos ter que ser trabalhada e melhorada;
- a limitação temporal. Já que, por razões pessoais, a redação do relatório decorreu num espaço temporal superior ao previsto e com alguns interregnos, o que influenciou a nossa capacidade de mobilização e descrição das situações vivenciadas em estágio.

3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

A transição para a parentalidade por si só é uma fase sensível do ciclo vital (Silva & Carneiro, 2014). A experiência de parto pode condicionar a vivência saudável deste processo e submete-lo a várias vulnerabilidades (Henriques, Santos, Caceiro & Ramalho, 2015). A atuação dos enfermeiros no parto é determinante na forma como a parturiente/casal o experienciam. Para uma percepção positiva das mulheres face ao seu parto é fundamental que os EEESMOG compreendam as expectativas das mulheres e os seus mecanismos de *coping*, conheçam as suas intenções, permitam a sua envolvência na tomada de decisão, diligenciem um ambiente de parto seguro, com apoio contínuo e promovam o parto normal e humanizado (Carvalho, 2014; Aune *et al*, 2015).

Neste contexto, consideramos que este trabalho vem dar o seu contributo no sentido de promover práticas que permitem veicular a fisiologia do TP, promover o respeito pelo direito da mulher/casal à decisão livre e esclarecida, bem como ao exercício da sua autonomia, nomeadamente através a realização de um plano de parto.

Já “Florence Nightingale estava convencida de que, a maior parte das vezes, os maus cuidados de Enfermagem eram muito mais o resultado de uma falta de reflexão do que uma falta de atenção aos outros...” (Collière, 1999). Importa por isso refletir sobre as nossas práticas, fomentar a discussão e incorporar a relação entre a teoria e a prática. A nossa percepção é a de que conseguimos contribuir para alterar alguns comportamentos e até mesmo a atitude face à temática. Isto veio efetivar evidentes benefícios para a parturiente/casal, nomeadamente no respeito pela sua vontade e na concretização das suas expectativas face ao parto.

Estamos igualmente convictos que o percurso percorrido, espelhado agora neste documento, representa um importante contributo para a sensibilização e estímulo à reflexão sobre a pertinência da promoção de posições verticais no segundo estágio do TP, bem como para a desenvolvimento de competências específicas com vista à promoção desta prática. Neste âmbito, destacamos a da proposta de Procedimento (Apêndice 7). A elaboração de

procedimentos visa a normalização de práticas e padronização da atuação dos profissionais, como forma de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Pretende-se que através da aplicação crítica, individualizada e refletida destas diretrizes os EEESMOG garantam respostas seguras, flexíveis, equitativas e com elevado nível de qualidade às parturientes/casais/fetos que acompanham.

Todavia, ambicionamos com este trabalho, contribuir para o desenvolvimento de outras abordagens a este tema, que de forma complementar, ajudem a conhecer e compreender melhor esta prática e a realidade portuguesa de aplicabilidade da mesma. Sugerimos para isso a elaboração de mais investigações dirigidas aos enfermeiros, nomeadamente à sua opinião e experiência na promoção de intervenções nesta área. Consideramos que este tipo de estratégia conduz, de forma mais direta, ao estímulo do pensamento crítico.

Cerullo & Cruz (2010) mencionam a necessidade de formação dos enfermeiros na elaboração do pensamento e raciocínio crítico, e da avaliação dessa formação, especialmente a avaliação das “transformações nos processos cognitivos e as propostas de mudanças das práticas assistenciais”.

É ao desenvolvimento deste espírito crítico que este trabalho se propôs, como forma de despertar nos enfermeiros a necessidade de análise sobre a aplicabilidade e benefício da evidência nas suas práticas. Esta capacidade de discernimento sobre o que é evidentemente operacionalizável integra-se como um dos fundamentos da PBE, que atinge o seu expoente máximo na tomada de decisão no processo de prestação de cuidados (OE, 2012).

Neste aspeto, realçamos o grande contributo da RCL como forma de fundamentação das nossas práticas e como veículo intervencionista para a mudança. A mobilização da evidência no contexto da prática e o estímulo ao pensamento crítico dos profissionais, constitui na nossa opinião, uma das melhores formas de promover a alteração de condutas. Já que, o pensamento crítico implica habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual assenta ainda nos conhecimentos existentes e no contexto. O raciocínio clínico é fundamental para reformar métodos e técnicas que mostraram não beneficiar determinado indivíduo, família ou comunidade,

através da reflexão sobre a prática, para definir os objetivos dos cuidados a prestar e delinear estratégias para os atingir (Cerullo e Cruz, 2010).

Deste modo, conhecer e compreender as experiências das parturientes na utilização de posições verticais no segundo estágio do TP permitiu-nos entender os riscos, as dificuldades e os aspetos positivos que podem estar associados à sua promoção pelo EEESMOG. Os resultados encontrados nesta RCL não permitem uma generalização, pelo que a interpretação desta informação é alusiva aos contextos e características específicas dos estudos analisados. No entanto, são relevantes para o conhecimento das particularidades e características das vivências destas mulheres.

Neste âmbito, realça-se a importância da divulgação e partilha dos resultados da RCL para a PBE; já que os mesmos “são de pouca utilidade (...) se não foram comunicados a outros investigadores ou eventuais utilizadores” (Fortin, 2009, p. 58). A difusão e a mobilização da evidência científica encontrada com os pares é também um importante contributo deste trabalho para a intervenção dos EEESMOG, fomentando um olhar especializado para as experiências das parturientes.

O EEESMOG, através das suas competências específicas na área do acompanhamento do TP, pode promover a saúde da parturiente e feto/RN, bem como detetar atempadamente os riscos e dificuldades que podem estar associadas ao decurso do TP, através da promoção das posições verticais.

O contributo deste trabalho vai além do contexto do TP, uma vez que esta prática deve ser estimulada através de programas de preparação e apoio para o nascimento/parentalidade no período da gravidez, nas consultas de vigilância pré-natal, bem como na divulgação de informação credível através de plataformas virtuais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o percurso trilhado, e que culmina com a concretização deste relatório, foi marcado por um grande progresso no nosso desempenho acadêmico, profissional e até mesmo pessoal. À luz do modelo de Betty Neuman, esta evolução poderá traduzir-se por um aumento da capacidade de resposta aos stressores, reforço das nossas linhas de defesa e aumento da autonomia por fortalecimento do nosso *core*.

Através das nossas opções metodológicas, conseguimos responder a dois desafios paralelos: o desenvolvimento de competências avançadas e especializadas no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica; e, a promoção da utilização de posições verticais no segundo estágio do TP, como forma de prevenir complicações e promover uma prática de segurança e qualidade.

É fundamental que o EEESMOG desenvolva um conjunto de competências que dignifiquem e fundamentem a sua prática, enriquecida por condutas úteis que se inserem na “Categoria A” das recomendações da OMS (1996). As referidas recomendações, que privilegiam o parto normal, englobam a promoção das posições verticais no segundo estágio do TP. Existem diversos estudos que revelam que as posturas verticais durante o parto apresentam vantagens quando comparadas à litotomia dorsal, o que leva a fundamentar a escolha preferencial destas posições na assistência ao parto (Gayeski & Brüggemann, 2009; Silva *et al*, 2007; De Jonge *et al*, 2007). Com a promoção destes posicionamentos realçam-se como resultados expectáveis: diminuir a duração do TP; diminuir a dor, o desconforto e a necessidade de analgesia; melhorar a dinâmica uterina; diminuir o número de distócias; diminuir a percentagem de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal; diminuir a percentagem de episiotomias (APEO & FAME, 2009).

A realização da RCL permitiu-nos identificar as melhores evidências científicas sobre a temática específica e sintetizá-las, com vista a fundamentar as nossas práticas e estabelecer uma premissa para a PBE (Guanilo, Takahashi & Bertolozzi, 2011). Os enfermeiros são constantemente expostos a situações

que requerem o desenvolvimento de novos conhecimentos emergentes da prática. Desta relação surge a aprendizagem de natureza interativa e de interação intrapessoal e interpessoal (Alarcão, 2000). Assim, uma sólida base de conhecimentos é vital para garantir a segurança das parturientes e este aspeto foi privilegiado no nosso percurso de desenvolvimento de competências, tal como documentamos neste relatório.

Enquanto futuros EEESMOG, e de acordo com os princípios éticos da profissão, temos o dever de zelar pelo exercício da liberdade do cliente, respeitando as suas opiniões, capacitando-o para o exercício da tomada de decisão. A medicalização do parto desvalorizou os direitos da parturiente e sobrevalorizou o intervencionismo e a tecnologia. Neste contexto, as preferências da mulher relativamente à posição de parto devem ser respeitadas e englobadas no exercício do seu direito à autodeterminação.

Consideramos que o percurso por nós realizado foi um meio para reunirmos as competências necessárias à condição de perito, que é aquele que “tem uma enorme experiência e compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2005), embora reconheçamos que este foi o início do caminho e saibamos que é essencial consolidar, de forma gradual, este percurso de desenvolvimento de competências ao longo da nossa vida profissional, investindo na formação e alimentando a procura de novas experiências.

O contexto socioeconómico atual apresenta diversos desafios para os EEESMOG. Mas é decerto um tempo de oportunidade para, enquanto profissionais com reconhecidas competências, nos assumirmos como agentes privilegiados na melhoria dos cuidados de ESMOG e da saúde em geral.

Assim, pretendemos que este trabalho não seja um fim em si mesmo, mas um ponto de partida para uma melhoria contínua da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. A. (2003). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In Canário, R. (Org.) (2003). *Formação e Situações de Trabalho* (pp 147-168). 2ª ed. Porto: Porto Editora.
- Aghdas, K., Talat, K. & Sepideh, B. (2013). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. 27(1). 37-40. DOI:10.1016/j.wombi.2013.09.004
- Aguilar, O. C., Romero, A. L. F. & García, V. E. M. (2013 Jan). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*. 81(1). 1-10. Acedido em: 20/01/2016. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>.
- Alarcão, I. (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Alligood, M. R., Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Alves, F. R. (2003). *Eugenia e Globalização* (par. 5). Acedido em: 15/02/2016. Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=130:eugenia-e-globalizacao&catid=9:psicanalise&Itemid=20.
- Amorim, M. M. R., Porto, A. M. R. & Souza, A. S. R. (2010 Nov). Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 38(11). 583-591. Acedido em: 13/02/2015. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf.

- Arias, B. F., Nelas, P. & Duarte, J. (2013). Recomendações da Organização Mundial de Saúde nas práticas obstétricas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 13. 66-71. Acedido em: 13/02/2015. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxyZXZpc3RhYXBib3xneDo0Mjc3ZTBkYTYxODAzMGQ0>.
- Associação Portuguesa de Bioética (2008). *Parecer N.º P/12/APB/08 sobre o Direito de Escolha da Via de Parto*. Acedido em: 10/01/2016. Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253989estudo_12.pdf.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (2015a). *O Plano de Parto Ou Plano de Nascimento Ou Plano de Preferências de Parto*. Lisboa. Acedido em: 10/01/2016. Disponível em: <http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2015b). *Experiências de Parto em Portugal - Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Lisboa. Acedido em: 17/01/2016. Disponível em: http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf.
- Aune, I. *et al* (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience – Norwegian women's perspectives. *Midwifery*. 31(7). 721-727. **DOI:** 10.1016/j.midw.2015.03.016.
- Ayres-de-Campos, D., Cruz, J., Medeiros-Borges, C., Costa-Santos, C. & Vicente, L. (2015). Lowered national cesarean section rates after a concerted action. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (94). 391-398. **DOI:** 10.1111/aogs.12582.

- Baracho, S. M. *et al* (2009 Dez). Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. (9)4. 409-414. Acedido em: 10/12/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a04v9n4.pdf>.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Berghella, V., Baxter, J. K. & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 199(5). 445–454. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.06.093.
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2007). *Parir en movimiento*. Espanha: La liebre de marzo.
- Calderón, J. *et al* (2008 Mar). Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. (54)1. 49-57. Acedido em: 10/12/2015. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/A11V54N1.pdf.
- Canário, R. (2003). *Formações e situações de Trabalho*. Porto editora: Porto
- Carvalho, M. S. (2014). *A satisfação da mulher com o trabalho de parto: relação com as suas expectativas e experiências: revisão integrativa da literatura*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Cerullo, J. & Cruz, D. (2010 Fev). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Enfermagem. 18 (1). Acedido em: 10/12/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19.pdf.
- Cockey, C. D. (2002). ACOG Supports Epidural Pain Relief on Demand. *AWHONN Lifelines*. (6)2.102. DOI: 10.1111/j.1552-6356.2002.tb00040.x.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. (M.L.B. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel. (tradução do original do francês Promouvoir la vie, 1996).

- Cruz, D. C. S., Sumam, N. S. & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. (41)4. 690-697. **DOI:** 10.1590/S0080-62342007000400021.
- Dabiri, F. & Shahi, A. (2014). The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*. 29(6). 425-429. **DOI:** 10.5001/omj.2014.113.
- De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatics Obstetrics and Gynaecology*. 25(1), 47–55. **DOI:** 10.1080/01674820410001737432.
- De Jonge, A. *et al* (1997). Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. (104)5. 567-571.
- De Jonge, A. *et al* (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *International Journal of Clinical Practice*. (64)5. 611–618. **DOI:** 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x.
- De Jonge, A., Diem, M., Scheepers, P., Bruin, K. & Lagro-Janssen, A. (2007). Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 114(3), 349-355. **DOI:** 10.1111/j.1471-0528.2006.01210.x.
- De Jonge, A., Teunissen, D., 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), 347-356. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x.
- De Jonge, A., Teunissen, T. A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. (25)1. 35-45. **DOI:** 10.1080/01674820410001737423.
- Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro (1991). Área de actuação da prestação de cuidados. *Diário da República*, 1ª série, nº 184 (08/11/1991) 5723-5741.

- Direção-Geral de Saúde (2015). *Norma e Orientações sobre aspetos técnicos relacionados com a cesariana*. Acedido em: 16/12/2015 Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/norma-e-orientacoes-sobre-aspetos-tecnicos-relacionados-com-a-cesariana.aspx>.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (2005) – *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*. (3ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007 Jun). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. (34)2. 105-114. Acedido em: 16/12/2015 Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b58938ae-fa06-4ef8-b27d-70ebf59044fa%40sessionmgr111&vid=36&hid=125>.
- Ferrari, J. O. (2012) *A autonomia da gestante e o direito à cesariana a pedido*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2(3). 221-238.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foureur, M. *et al* (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetical model. *Midwifery*. (26). 520-525. DOI: 10.1016/j.midw.2010.05.015.
- Gabriel, M. A. M. *et al* (2015). Intrapartum synthetic oxytocin reduce the expression of primitive reflexes associated with breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. 10(4). 209-213. DOI: 10.1089/bfm.2014.0156.
- Gallo, R. B. S. *et al* (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*. (59). 109-116. DOI: 10.1016/S1836-9553(13)70163-2.

- Gayeski, M. E. & Brüggemann, O. M. (2009). Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17(2), 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.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Granjo, P. (2003). Interrogações sobre a globalização no quotidiano. *Vértice* (90). 44-51.
- Guanilo, M. C., Takahashi, R. F. & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. (45)5.1260-1266. **DOI:** 10.1590/S0080-62342011000500033.
- Gungor, I. & Beji, N. K. (2007). Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*. (29)2. 213-231. **DOI:** 10.1177/0193945906292538.
- Gupta, J.K. & Nikodem, V.C. (2000). Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2). **DOI:** 10.1002/14651858.CD002006.
- Hakansson, A. P. (2014). Protective effects of human milk antimicrobial peptides against bacterial infection. *Jornal de Pediatria*. 91(1). 4-5. **DOI:** 10.1016/j.jped.2014.10.001.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4). **DOI:** 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
- Henriques, C., Santos, L., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 63-67.

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (7). DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Hodnett, E. D., Stremler, R., Weston, J. A. & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: The PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial. *Birth*. (36)2. 159–166. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00311.x.
- Humans Rights in Childbirth (2012). *Universal Rights*. Acedido em 20/10/2015. Disponível em: <http://www.humanrightsinchildbirth.org/universal-rights/>.
- Hungler, B., Tatano, C. & Polit, D. F. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- International Confederation of Midwives (2011). *International Definition of the Midwife*. Hague: ICM. Acedido em 20/10/2015. Disponível em: http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido em 20/12/2015. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>.
- Janssen, P., Shroff, F. & Jaspas, P. (2012 Dez). Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 5(4).15-20. Acedido em 12/12/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528187/pdf/ijtmb-5-4-15.pdf>.
- Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

- Kasai, K. E., Nomura, R. M., Benute, G. R., Lucia M. C. & Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. 26(3). 319-26. DOI:10.1016/j.midw.2008.08.001.
- Kashanian, M. & Shahali, S. (2009). Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 23(7). 638–641. DOI: 10.3109/14767050903277662.
- Kaviani, M., Azima, S., Alavi, N. & Tabaei, M. H. (2014 Fev). The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*. (22)2. 125-128. Acedido em 12/12/2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=304d418c-3a0c-4b1a-b33d-3b50b530b58d%40sessionmgr102&vid=0&hid=125>.
- Kennedy, H.P., Grant, J., Walton, C., Shaw-Battista, J. & Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: a qualitative study. *Journal Midwifery Womens Health*. (55)3. 262-269. DOI: 10.1016/j.jmwh.2010.01.006.
- Lamaze International (2009). *The Lamaze Healthy Birth Practices*. Acedido em 19/10/2015. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>.
- Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653.
- Lei nº 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, 2ª série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666.
- Lei nº 9/2009 de 4 de Março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Diário da República, 1ª série, nº 44 (04/03/2009) 1466-1530.

- Lopes, A.L.M. & Fracolli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 17(4), 771-778. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400020.
- Lopes, D. M., Bonfim, A. S., Sousa, A. G., Reis, L. S.O. & Santos, L. M. (2012). Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. (4)1. 2623-2635. Acedido em 22/01/2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532/pdf_472.
- 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). 295-302. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i2.1580.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V. & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 11 (2). 331-336. Acedido em 19/10/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>.
- Mancini, M. C. & Sampaio, R. F. (2006). Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 10(4). 361-472. DOI: 10.1590/S1413-35552006000400001.
- Marshall, J. & Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for Midwives* (16nd ed.). Londres: Churchill Livingstone.
- Matos, T. A. *et al* (2010). Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. (63)6. 998-1004. DOI: 10.1590/S0034-71672010000600020.
- Melo, C. R. M. & Peraçoli, J. C. (2007). Measuring the energy spent by parturient women in fasting and in ingesting caloric replacement (honey). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(4). 612-617. DOI: 10.1590/S0104-11692007000400014.

- Merighi, M. A. B., Gualda, D. M. R. (2002). Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. *Revista Diagnóstico & Tratamento*. 7(2). 6-10.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G. & Makuchl, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing Experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. (13)1. 1-8. **DOI:** 10.1186/1471-2393-13-171.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S. & Makuchl, M. Y. (2008). The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. (9)4. 393-398. **DOI:** 10.1590/S1519-38292009000400002.
- Moreira, F. S. D. R. (2014). *Fatores que Influenciam a Preferência pela Via do Parto*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R., Heidar, K. & Rahimparvar, S. F. V. (2012). Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 286. 19–23. **DOI:** 10.1007/s00404-012-2227-4.
- Mouta, R. J. O., Pilotto, D. T. S., Vargens, O. M. C. & Prognianti, J. M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de Enfermagem UERJ*. 16(4), 472-476. Acedido em 19/10/2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf>.
- Mwanzia, L. (2014). An investigation into the perceptions and preferences of birth positions in a Kenyan referral hospital. *African Journal of Midwifery and Women's Health*. (8)2. 82-89. **DOI:** 10.12968/ajmw.2014.8.2.82.
- Nakano, A. M. S., Silva, L. A., Beleza, A. C. S., Stefanello, J. & Gomes, F. A. (2007). O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta Paulista de Enfermagem*. (20)2. 131-137. **DOI:** 10.1590/S0103-21002007000200004.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.

- Nichols, F. (2000). *Childbirth Education: Practice, Research and Theory* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Nieuwenhuijze, M. J., De Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery* (29). 107-114. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007.
- Nieuwenhuijze, M. J., De Jonge, A., Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. (33)1. 25–31. DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428.
- Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2014). The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. (59)3. 277-285. DOI: 10.1111/jmwh.12187.
- Nogueira, J. P. F. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 12. 25-28.
- Nunes, L. (2003) *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Odent, M. (2005). *A Cesariana*. Lisboa: Miosótis.
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. (DECRETO-LEI Nº161/96 – D.R.I Série. 205 (96-09-04) 2959-2962). Acedido em: 19/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção – Closing the gap: from evidence to action*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). *15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Projecto Maternidade com Qualidade*. Acedido em: 19/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Projeto Maternidade com Qualidade- Resultados Ano 2014*. Acedido em: 30/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/MaternidadeQualidadeResultados2014.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Acedido em 10/01/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.
- Pacheco, M. S. F. S. (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem – Uma teoria explicativa*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

- Pereira, L., Fernandes, J., Tavares, J. & Cotrim, D. (2014). Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: Haverá lugar para a PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus)? *Revista do Clube de Anestesia Regional*. 74. 5-10.
- Pimentel, T. A. (2015). *Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica*. (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília.
- PORDATA (2015). Partos nos hospitais: total e por tipo – Portugal. Acedido em 15/02/2016. Disponível em : <http://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>.
- Roberts, C.L., Algert, C.S., Cameron C.A. & Torvaldsen S. (2005). A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. (84)8. 794-798. DOI: 10.1111/j.0001-6349.2005.00786.x.
- Rodrigues, P. S. (2003). Analgesia do trabalho de parto por bloqueio do neuroeixo ou peridural. In Bismarck, J. A. (Coords). *Analgesia em Obstetrícia* (pp. 23-28). Lisboa: Permanyer Portugal.
- 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. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, J.G., Seers, K. (2004). An explanation of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8): 913–24. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. 11. 59-62.
- Santos, E., Matias, J. & Silva, M. (2010). Significado dado à humanização do parto pela equipa de enfermagem do bloco de partos do HGO-EPE. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*. 11. 56-61.

- Santos, L., Palma, F. & Roncon, A. (2004). Analgesia no Trabalho de Parto. *Arquivos Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. (15)2. 48-55.
- Schirmer, J., Fustinoni, S. M. & Basile, A. L. O. (2011). Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semisitting birth positions: a randomized study. *Acta Paulista de Enfermagem*. (24)6. 745-750. DOI: 10.1590/S0103-21002011000600002.
- Schneck, C. A. & Riesco, M. L. G. (2006). Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*. (10)3. 240-246. DOI: S1415-27622006000300006.
- Seibert, S. L., Barbosa, J. L. S., Santos, J. M. S. & Vargens, O. M. C. (2004). Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista Enfermagem UERJ*. (13). 245-251. Acedido em 11/01/2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>.
- Serrano, M., Costa, A. da, Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)? *Revista de Enfermagem Referência*; 3(3): 15-23.
- Sever, R. N. & Akyüz, R. N. (2015). Assessment of Efficiency of the Use of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Labor Pain Relief. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 44(1). S70. DOI: 10.1111/1552-6909.12645.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. (55)1-2. 11-20.
- Silva, C. S. & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*. 3. 17-26.
- Silva, L. B., Silva, M. P., Soares, P. C. M. & Ferreira, Q. T. M. (2007 Fev). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 35(2). 101-106. Acedido em: 30/10/2015. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina352p101-6.pdf>.

- Simavli, S. *et al* (2013). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders*. 156. 194-199. **DOI:** 10.1016/j.jad.2013.12.027.
- Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N. & Peres, S. (2011). *Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos*. Acedido em: 30/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A. & Levett, K. M. (2011). Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (7). **DOI:** 10.1016/j.ctim.2014.03.011.
- Soares, I. *et al* (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Um estudo longitudinal. In Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, Canadian Association of Midwives, College of Family Physicians of Canada & Society of Rural Physicians of Canada (2008 Dez). Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 30(12). 1163-1165. Acedido em: 30/10/2015. Disponível em: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui221PS0812.pdf> .
- Sousa, L., Gomes-Sponholz, F. A. & Nakano, A. M. (2014). Transcutaneous electrical nerve stimulation for the relief of post-partum uterine contraction pain during breast-feeding: a randomized clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 40(5).1317-1323. **DOI:** 10.1111/jog.12345.
- Souza, T.G., Gaíva, M.A. & Modes, P.S. (2011). The humanization of birth: How health professionals working in delivery care perceive it. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 32 (3). 479-486. **DOI:** 10.1590/S1983-14472011000300007.

- Sullivan, D. H. & McGuiness, C. (2015). Natural Labor Pain Management. *International Journal of Childbirth Education*. 30(2). 20-25. Acedido em: 29/10/2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a864b7a6-031f-42b1-a8bf-efd50cc67bd7%40sessionmgr113&vid=0&hid=125>.
- Tereso, A. (2005). *Coagir ou emancipar?: sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau.
- The Joint Commission (2016). *About The Joint Commission*. Acedido em: 11/12/2015, Disponível em: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx.
- The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & National Childbirth Trust (2007). *Making normal birth a reality - Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth*. United Kingdom: NCT/RCM/RCOG. Acedido em: 29/10/2015. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>.
- Thies-Lagergren, L., Hildingssona, I., Christensson, K. & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth* (26). 99-104. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.06.004.
- Vicente, S. Cr. F. C. A. (2009). *Apoio social, expectativas e satisfação com o parto em primíparas com e sem preparação para o parto*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Algarve, Faro.
- Vieira, F., Tonhá, A. C. M., Martins, D. M. C., Ferraresi, M. F. & Bachion, M. M. (2011). Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. (12)3. 462-70. Acedido em: 20/12/2015. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/a03v12n3.htm.
- Vieira, M. (2009) *Ser Enfermeiro: da paixão à proficiência*. (2ª ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Vosgerau, D. S. R. & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*. 14(41). 165-189. **DOI:** 10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08.
- Walker, C. *et al* (2012). Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *International Urogynecology Journal*. (23)9. 1249–1256. **DOI:** 10.1007/s00192-012-1675-5.
- Weidle, W. G., Medeiros, C. R. G., Grave, M. T. Q. & Bosco, S. M. D. (2014). Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cadernos Saúde Coletiva*. 22(1). 46-53. **DOI:** 10.1590/1414-462X201400010008.
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the challenges: maternal movement. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nurse*. (35)2. 73-78. **DOI:** 10.1097/NMC.0b013e3181caeab3.

APÊNDICES

Apêndice 1: Tipos de posições verticais

POSIÇÕES VERTICAIS

Cócoras

Simples (Figura 1): A parturiente fica de cócoras, com hiperflexão da articulação coxofemoral (ACF) e dos joelhos, com o tronco inclinado para a frente, com apoio ou não das mãos nos estribos, na cama, em lençóis com fixação superior ou seguras por outra pessoa. Os membros inferiores (MI's) devem estar simétricos. A pélvis não deve estar apoiada. Em caso de cansaço materno, pode adaptar-se a posição, colocando uma cunha de compensação nos calcanhares e suspender o tronco para aliviar o peso sobre os MI's.

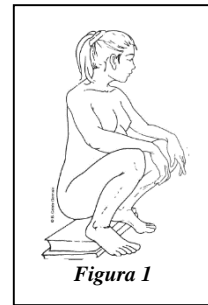


Figura 1



Com rotação externa dos fêmures (Figura 2): Idêntica à anterior, porém a ACF, para além de estar em flexão máxima, encontra-se em abdução e rotação externa.

Com rotação interna dos fêmures (Figura 3): Idêntica à simples, porém a ACF, para além de estar em flexão máxima, encontra-se em abdução e rotação interna.



Figura 3

“Marcha de ganso” (Figura 4): Na posição de cócoras, a parturiente caminha, apoiando-se com as mãos nos joelhos, no chão ou noutra pessoa.

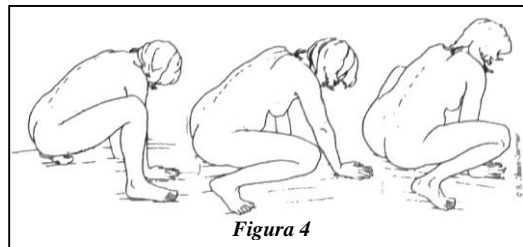


Figura 4

Joelhos

A parturiente fica com os joelhos, pernas e pés apoiados no solo, ficando a ACF em extensão e os joelhos em flexão de 90° ou inferior. O tronco pode ficar verticalizado ou ligeiramente inclinado para frente e apoiado na cama, por lençóis com fixação superior, na bola de nascimento ou noutra pessoa (Figura 5).

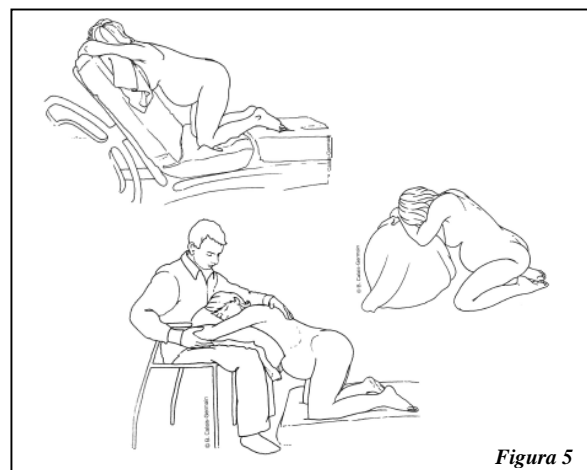


Figura 5

Sentada

A parturiente assume a posição de sentada, com os ísquios apoiados:

- Na cama (Figura 6): a ACF deve estar em flexão de 90° ou superior, em abdução e rotação externa ou interna. Os joelhos devem estar fletidos. O tronco pode ou não estar apoiado.

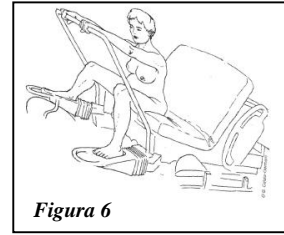


Figura 6



Figura 7

- Num banco de parto (Figura 7): a ACF deve ficar fletida entre 80° e 90°, em abdução e rotação externa. Os joelhos devem estar fletidos. O tronco pode ou não estar apoiado. Ter atenção a que nível fica o sacro para não bloquear a sua mobilidade com o bordo posterior do banco de parto.

- Numa bola de nascimento (Figura 8): o tronco e os membros superiores podem apoiar-se ou não (na cama, numa mesa, em lençóis com fixação superior ou noutra pessoa). Os MI's podem adotar diferentes posições (simétricas ou assimétricas), a ACF deve estar entre 80° e 90° e em abdução ligeira. Os joelhos devem estar fletidos. O facto da superfície da bola ser deformável, confere mobilidade à pélvis e adaptação dos diâmetros pélvicos à apresentação fetal.

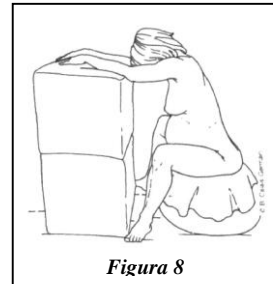
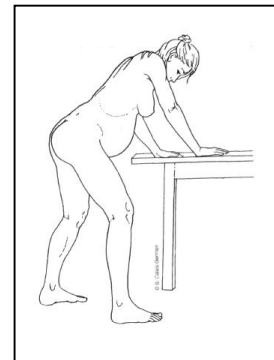


Figura 8

Em pé

A posição de pé permite à parturiente uma grande liberdade de movimentos, conferindo grande mobilidade à pélvis e uma otimização da relação feto-bacia materna. Nesta posição a parturiente pode ter o tronco apoiado anterior ou posteriormente (numa mesa, na parede, na cama ou noutra pessoa), em suspensão anterior ou posteriormente (em lençóis



com fixação superior) ou livre. Pode optar por: ter a ACF semifletida, entre 20° e 90°, e os joelhos semifletidos, cerca de 20°

(Figura 9); realizar a rotação interna ou externa dos fémures, e com isso permitir o afastamento ou aproximação do ísquios (Figura 10); ou realizar assimetria dos fémures em flexão ou extensão (Figura 11),

utilizando um plano superior ao chão (tipo um pequeno banco), onde parturiente pode ir colocando os pés alternadamente (de forma a que o MI do pé apoiado, fique com ACF e joelho fletidos em cerca de 45° e o MI que tem o pé no chão fique com a ACF e joelho alternando a posição de extensão e ligeira flexão).

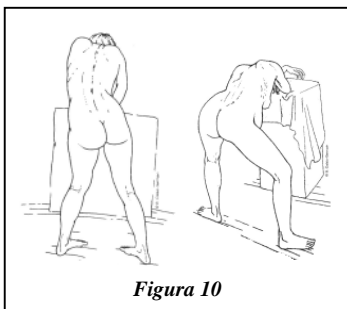


Figura 10







Figura 11

FONTES BIBLIOGRÁFICAS: Adaptado de Calais-Germain & Parés, 2007; Silva, Soares & Ferreira, 2007; FAME & APEO, 2009; OE, 2013b.

Apêndice 2: Vantagens e desvantagens das posições verticais

POSIÇÕES VERTICAIS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

Vantagens Gerais	Desvantagens Gerais
<ul style="list-style-type: none"> • Maior ação da gravidade • Maiores diâmetros pélvicos • Maior intensidade e eficácia das contrações uterinas • Menor compressão dos vasos sanguíneos centrais (menor risco de hipotensão materna, melhor irrigação sanguínea placentar e aumento do pH fetal) • Menor do nível de dor e desconforto • Diminuição do número de partos distócicos • Diminuição dos padrões anómalos da frequência cardíaca fetal • Diminui da duração do período expulsivo • Diminuição da percentagem de posições anómalas da cabeça fetal e melhoria da estática fetal • Diminuição do número de episiotomias 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do risco de lacerações perineais

	Vantagens Específicas	Desvantagens Específicas
<p>Em pé</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Total liberdade de movimentos (possibilidade de realizar movimentos tanto de grande, como de pequena amplitude) 	<ul style="list-style-type: none"> • Subestimação da hemorragia
<p>Cócoras</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta em 28% a área do plano de saída da pelve • Aumenta em 1,0 a 1,5 cm os diâmetros do estreito inferior da bacia • Retificação da curvatura lombosagrada e rotação superior da sínfise púbica 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura desconfortável para as mulheres ocidentais • Pode gerar 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>Sentada</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Os esforços expulsivos são mais eficientes e eficazes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do risco de edema vulvar • Aumento do risco de hemorragia pós-parto, por ingurgitamento sanguíneo do períneo nesta posição • Diminuição do acesso visual ao períneo
<p>Joelhos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Não descritas 	<ul style="list-style-type: none"> • Não descritas

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Adaptado de Lowdermilk & Perry, 2008; Calais-Germain & Parés, 2007; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007; FAME & APEO, 2009; OE, 2013b. <http://janninemelo.blogspot.pt/2013/03/entendendo-melhor-o->

Apêndice 3: Descritores para a Revisão Crítica da Literatura

PLATAFORMA	BASES DE DADOS	EXPRESSÕES DE PESQUISA COM DESCRITORES EM LINGUAGEM NATURAL	NÚMERO DE ARTIGOS	EXPRESSÕES DE PESQUISA COM DESCRITORES INDEXADOS	NÚMERO DE ARTIGOS
EBSCOhost	<u>CINHALplus with Full Text</u> (CINAHL Headings)	Parturient OR Women AND Birthing Positions OR Vertical position AND Experience	1	"Female" AND "Patient Positioning+" OR "Birthing Positions" AND "Labor Stage, Second"	99
	<u>MEDLINEplus with Full Text</u> (MeSH 2015)		6	"Female" AND "Patient Positioning+" AND "Labor Stage, Second"	16

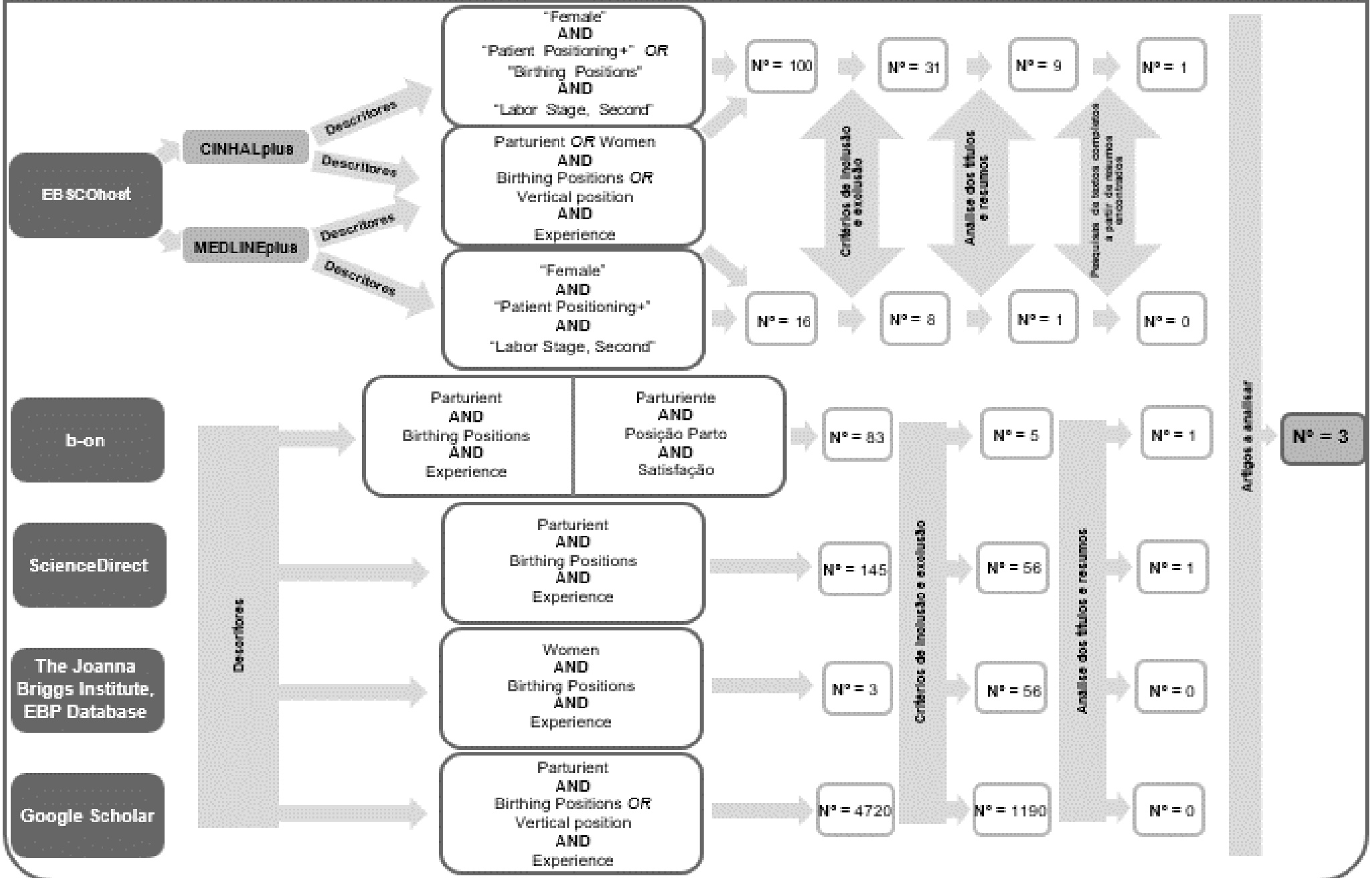
PLATAFORMAS/ BASES DE DADOS	EXPRESSÕES DE PESQUISA COM DESCRITORES EM LINGUAGEM NATURAL		NÚMERO DE ARTIGOS
b-on	Parturient AND Birthing Positions AND Experience	Parturiente AND Posição Parto AND Satisfação	83
ScienceDirect	Parturient AND Birthing Positions AND Experience		145
The Joanna Briggs Institute, EBP Database	Women AND Birthing Positions AND Experience		3
Google Scholar	Parturient AND Birthing Positions OR Vertical position AND Experience		4720

**Apêndice 4: Critérios de inclusão/exclusão dos artigos da Revisão Crítica
da Literatura**

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
	Estudos de abordagem qualitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que tenham sido publicados a partir do ano 2004.	Artigos escritos noutras línguas, que não o Português, Inglês ou Espanhol. Artigos publicados antes do ano 2004. Artigos repetidos nas bases de dados consultadas.
População	Parturientes no segundo estágio do trabalho de parto.	Parturientes que não se encontrem no segundo estágio do trabalho de parto.
Fenómeno de interesse	Estudos que indiquem, descrevam e/ou explorem as experiências relacionadas com a utilização de posições verticais em trabalho de parto.	Estudos que não indiquem, descrevam, nem explorem as experiências relacionadas com a utilização de posições verticais em trabalho de parto.
Contexto	Estudos que se enquadrem em meio hospitalar.	Estudos que não se enquadrem em meio hospitalar.

**Apêndice 5: Fluxograma da seleção dos artigos para a Revisão Crítica da
Literatura**

Fluxograma da seleção dos artigos



**Apêndice 6: Experiências das parturientes na utilização de posições
verticais no segundo estágio do trabalho de parto**

CATEGORIAS	EXPERIÊNCIAS DE SATISFAÇÃO DAS PARTURIENTES NA UTILIZAÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO
ALÍVIO DA DOR E CONFORTO	<p><i>“Because if I just stayed lying down, then the pain felt even worse; then when I sat up in that butterfly position or with my two feet together, I could put more effort into it when it contracted, and with my breathing, I could relax, and when I was able to relax, the pain was less.” (artigo nº 1)</i></p> <p><i>“a de cócoras tem várias vantagens: é a posição, é a gravidade, é menos doloroso, [...] a preparação antes (o trabalho de parto) foi muito sofrida, mas na hora ali (período expulsivo) foi tranquilo e então eu não vejo desvantagem nenhuma” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“A natureza do corpo me pedia pra ficar sentada, deitada doía mais.” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“a de cócoras é mais cômoda, mais fácil (...)”(artigo nº 2)</i></p> <p><i>“eu me senti mais confortável” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“The best position was under the shower, sitting under the shower with the water falling on me to alleviate the pain, but not on the bed” (artigo nº 3)</i></p> <p><i>“I went to the bathroom, there I was in the upright position, sitting on the ball and also squatting. It helped quite a lot with the pain. I felt as if it opened inside, then I separated my legs and it alleviated more” (artigo nº 3)</i></p> <p><i>“I think sitting was better for me...I managed to move better; I was freer to move to get at least some relief; well, a little, from the pain in my back.” (artigo nº 3)</i></p>
MENOR DURAÇÃO DO SEGUNDO ESTÁDIO DO TP	<p><i>“o parto melhor foi o de cócoras (...), foi muito mais rápido” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“parece que foi tão rápido que não sofri tanto” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“tem várias vantagens: é a posição, é a gravidade, é menos doloroso foi tranquilo...e então eu não vejo desvantagem nenhuma” (artigo nº 2)</i></p>
AUTONOMIA	<p><i>“in that respect, but this way I liked more that more could be done with the body...during that severe pain I bent my back a little, then I bowed down a bit, it may sound stupid but that was really nice, yes, so in that respect it was...” (artigo nº 1)</i></p> <p><i>“(...) that I was really able to do it myself...yes, that you can be in charge a littlebit (...)”(artigo nº 1)</i></p> <p><i>“...once I sat on that birthing stool, I was better able to concentrate you know, then it is just like you only have to concentrate on one point and then you are</i></p>

	<p><i>like, 'all right, pushing down below' [...] because on the bed you have to use your whole body, pain in your neck, pain in your shoulders, pain in your arms..."</i> (artigo nº 1)</p> <p><i>"I did find it stronger...eh...because I noticed [...]...with the pushing for example, I noticed when I came off the bed [...] that the pressure was just a lot stronger"</i> (artigo nº 1)</p> <p><i>"(...) that I was really able to do it myself..."</i> (artigo nº 1)</p> <p><i>"O parto melhor foi o de cócoras (posição vertical) [...] a força que a gente faz logo sai."</i> (artigo nº 2)</p> <p><i>"A posição favorece a gente fazer força, é muito mais tranquilo [...] tu consegue direcionar a força"</i> (artigo nº 2)</p> <p><i>"eu acho que nesse (parto vertical) a gente participa mais (...). Esse eu fiz sozinha"</i> (artigo nº 2)</p> <p><i>"a gente vê tudo, tá vendo a criança (...) Então eu acho que pra mãe é mais emocionante a gente ver a hora que cortaram o cordão. [...] eu pude ver tudo, então eu gostei muito"</i> (artigo nº 2)</p> <p><i>"eu acho que nesse (parto vertical) a gente participa mais (...). Esse eu fiz sozinha"</i> (artigo nº 2)</p> <p><i>"I think the exercises helped a lot because it helps with the dilation too"</i> (artigo nº 3)</p> <p><i>"it seemed as if the baby was finding its way and I felt it was better ... much better."</i> (artigo nº 3)</p>
<p>BEM-ESTAR NO PÓS-PARTO</p>	<p>Maior bem-estar emocional no pós-parto (artigo nº 1)</p> <p><i>"a minha recuperação parece que foi mais rápida, porque não cortaram nada"</i> (artigo nº 2)</p>
<p>CONCRETIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO RECEBIDA</p>	<p><i>"...actually I find it very strange that...that ...yes, you are there [at the antenatal clinic] so often, so many discussions you are having there and something as essential as birthing positions is actually not discussed."</i> (artigo nº 1)</p> <p><i>"tu tens que ter um treinamento durante a gestação [...]. Aí ele se torna melhor, porque [...] você tem que estar ali já mais ou menos sabendo o que te espera"</i> (artigo nº 2)</p> <p><i>"They said that if I remained lying down it wouldn't help much at delivery that it was better to walk around a bit, sit down, walk, but not stay lying down for too long."</i> (artigo nº 3)</p>

CATEGORIAS	EXPERIÊNCIAS DE INSATISFAÇÃO DAS PARTURIENTES NA UTILIZAÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO
DESCONFORTO EM POSIÇÕES ESPECÍFICAS	<p><i>“na de cócoras não, tu faz uma, duas, três e chega uma hora que tu não tem mais força” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“Me senti insatisfeita na de cócoras, eu me senti muito desconfortável. Eu acho que pode até ser melhor, mas tu tens que ter um treinamento durante a gestação [...]. Aí ele se torna melhor, porque [...] você tem que estar ali já mais ou menos sabendo o que te espera. Eu fiquei, assim, a perna dormente porque eu não soube me posicionar legal” (artigo nº 2)</i></p>
SENSAÇÃO DE FALTA DE APOIO DOS PROFISSIONAIS	<p><i>“Eu acho que na deitada você se sente mais segura parece que tu tem mais ajuda do profissional.” (artigo nº 2)</i></p> <p><i>“Eu encontrei vantagem na horizontal porque quando eu já tava ali com nove de dilatação eu simplesmente fui para sala de parto e em seguida elas já deram aquele piquezinho. Em seguida, na primeira ou segunda força o nenê já saiu.” (artigo nº 2)</i></p>

Artigo nº 1: Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions (De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A., 2004)

Artigo nº 2: Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal (Gayeski, M. E. & Brüggemann, O. M., 2009)

Artigo nº 3: Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study (Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G. & Makuchl, M. Y., 2013)

**Apêndice 7: Proposta de Procedimento: Posições Não Supina no
Segundo Estádio do Trabalho de Parto**

	PROPOSTA DE PROCEDIMENTO PARA O SERVIÇO NO QUAL FOI REALIZADO O ESTÁGIO Pág. 1/
--	--	-------------------------

1. DESIGNAÇÃO

Contributos das estratégias não supinas na evolução do segundo estágio do trabalho de parto

2. META

Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, através da utilização de estratégias não supinas no segundo estágio do trabalho de parto promovendo:

- ✓ O aumento da satisfação da mulher/casal com o seu parto;
- ✓ O aumento do número de partos vaginais;
- ✓ A redução do número de distócias;
- ✓ A redução do número de episiotomias;
- ✓ A redução do número de intervenções rotineiras e desnecessárias;
- ✓ A redução do nível de dor e desconforto em trabalho de parto;
- ✓ A redução das taxas de morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal (Lowdermilk, 2006; Calais-Germain & Parés, 2007; Silva, Soares & Ferreira, 2007; FAME e APEO, 2009; OE, 2012 e 2013).

3. OBJETIVO

Promover a prática baseada na evidência científica no âmbito da utilização de estratégias não supinas no segundo estágio do trabalho de parto no serviço.

4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EEESMOG).

5. DEFINIÇÕES

Parto Normal – Tem início espontâneo, entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação, é de baixo risco no início do trabalho de parto (TP), permanecendo assim durante todo o

processo, até ao nascimento. O feto nasce espontaneamente, por via vaginal e em posição cefálica de vértice (OMS, 1996).

Segundo estágio do trabalho de parto – Inicia-se na dilatação completa e termina quando ocorre a expulsão do feto; podendo durar 45-60 min, nas nulíparas e 15-20 min, nas múltíparas (Graça, 2010).

Posições não supinas – Todas as posições que não impliquem que o corpo da mulher esteja em decúbito dorsal/supina (como por exemplo: Lateral ou SIMS, Gaskin ou Vertical – cócoras, joelhos, sentada, em pé).

6. POLITICA

A utilização de posições não supinas no segundo estágio do TP está enquadrada na conceção de parto normal.

De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), vários países desenvolveram estratégias para promover o parto normal como evento fisiológico na vida da mulher e diminuir a intervenção técnica ao máximo possível. Esta corrente de humanização do parto visa a promoção da tomada de decisão informada por parte da mulher/casal, a sua participação no processo de parto e a garantia do acesso à assistência ao parto normal com qualidade. Sendo a autonomia da parturiente um dos princípios éticos a honrar nos cuidados de enfermagem, os EEESMOG, assumem um papel fundamental na capacitação dos casais e na garantia de uma escolha informada, com vista a permitir que as suas opções em TP sejam cumpridas.

Neste contexto, o posicionamento em litotomia não deve ser incentivado por rotina, devem ser respeitadas as preferências da mulher relativamente às posições durante o parto e a sua autonomia na seleção das mesmas estimulada; só assim se assegura o seu papel proactivo neste processo, bem como um elevado nível de satisfação. Para proporcionar uma escolha informada sobre as posições para o parto, é fundamental que os EEESMOG forneçam informações durante a gravidez, nomeadamente acerca das vantagens e desvantagens de cada posicionamento e discutir as suas preferências (Anexo 1).

As posições supinas (nas quais se inclui a litotomia) não favorecem o trabalho de parto, dado que: conduzem à hipotensão materna e à hipoxemia fetal (maior número de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores e *scores* de APGAR tendencialmente mais baixos), anulam a força da gravidade (menor eficácia dos esforços expulsivos e maior duração do mecanismo de parto), implicam a imobilidade do sacro e dos estreitos pélvicos (maior necessidade de episiotomia e instrumentalização do parto), estão associadas ao aumento da

sensação álgica e desconforto materno. Neste contexto, as posições supina, apesar de serem as mais utilizadas nas sociedades Ocidentais, são as menos recomendadas para o parto.

Este procedimento contempla os critérios de elegibilidade para a utilização de posições não supinas, os princípios técnicos para sua aplicação, indicações específicas sobre a sua adequação para a promoção de uma evolução favorável no segundo estágio do TP, contraindicações e sequência do procedimento.

Em anexo, surgem as vantagens e desvantagens da utilização de cada posição (Anexo 1) e a adequação das estratégias não supina em situações específicas que podem alterar a evolução do segundo estágio do TP (Anexo 2). O objetivo deste segundo anexo é funcionar como memorando e auxiliar da prática para os EEESMOG, devendo estar na posse de cada um destes profissionais, em formato de cartão de bolso.

CrITÉrios de elegibilidade para a utilização de posições não supinas no segundo estádio do TP:

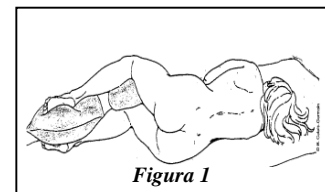
- a) Gravidez de termo;
- b) Desejo da parturiente;
- c) Ausência de patologia associada que contraindique a sua utilização;
- d) Avaliação cardiotocogrfica sem padrão patológico durante o TP;
- e) Ausência de comprometimento da sensibilidade e/ou mobilidade dos membros inferiores (seja por patologia ou analgesia).

Assim, seguem-se as alternativas não-supinas e indicações específicas sobre a sua adequação para a promoção de uma evolução favorável no segundo estádio do TP (OMS, 1996; Calais-Germain & Pars, 2007; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007; Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009; Nogueira, 2012; OE, 2013).

POSIÇÃO LATERAL E SIMS

A grávida fica com o tronco lateralizado, o trocânter inferior apoiado e o sacro livre. O membro inferior (MI) que fica em cima pode ser colocado no estribo, seguro pela própria grávida, pendurado num lençol com fixação superior ou seguro por outra pessoa.

Com simetria dos membros inferiores (Figura 1): A articulação coxofemoral (ACF) de ambos os MI's deve respeitar um ângulo entre 45° e 70° e os joelhos entre 45° e 90°.



Com assimetria dos membros inferiores:

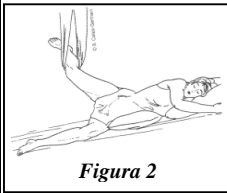


Figura 2

Variante 1 (Figura 2 e 3) - Tanto a ACF como a do joelho, do MI que fica em cima podem estar em flexão ou em extensão. Tanto a ACF como a do joelho, do MI que fica em baixo tem que estar fletida a 90° ou mais.

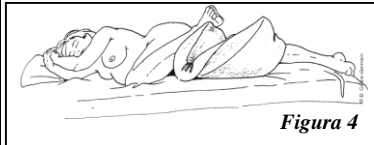
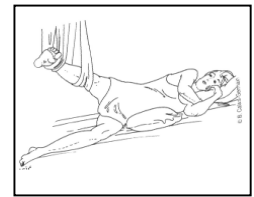


Figura 4

Variante 2 - SIMS (Figura 4 e 5) - A ACF do MI que fica em cima deve estar em flexão superior a 90°



Figura 5

e rotação interna e o joelho em flexão. Tanto a ACF como a do joelho do MI que fica em baixo devem estar e extensão.



Figura 6

Variante 3 - SIMS (Figura 6 e 7) - Idêntica à anterior, mas com rotação externa da ACF.

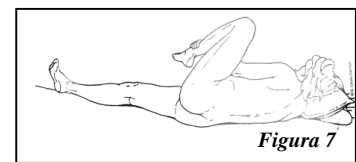


Figura 7

Indicações

- Trabalho de parto prolongado;
- Cansaço materno;
- Promover o encravamento no estreito pélvico superior;
- Comprometimento da sensibilidade dos MI's;
- Variedades fetais posteriores ou transversas;
- Edema vulvar;
- Insuficiência venosa materna (nomeadamente, varizes vulvares ou hemorroidas).

No caso específico, da assimetria dos membros inferiores:

- A alternância da variante 1 e 2, através da mobilização do MI que fica em cima, facilita a rotação da variedade fetal e a sua progressão, em apresentações altas;
- Com a variante 2 a abertura do estreito pélvico inferior é máxima.

POSIÇÃO DE GASKIN

A parturiente fica com a parte superior do corpo apoiada nas mãos, antebraços e/ou tórax (na cama, em lençóis com fixação superior, na bola de nascimento ou noutra pessoa) e a inferior nos joelhos, pernas e pés. Esta posição permite a liberdade de movimento da pélvis, dos ossos ilíacos e do sacro.

Com simetria e paralelismo dos membros inferiores (Figura 8): Tanto a ACF como a dos joelhos deve respeitar um ângulo de aproximadamente 90°.

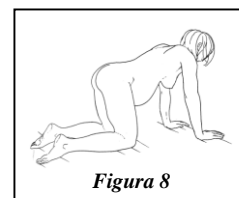


Figura 8

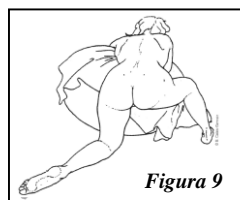


Figura 9

Com assimetria dos membros inferiores (Figura 9): A grávida apoia-se sobre um membro inferior com a ACF

em extensão, o joelho fletido e o dorso do pé apoiado no chão. O outro membro inferior deverá ter a ACF fletida entre 90/120°, com o joelho fletido e a região plantar do pé apoiada no chão.

Com rotação interna (Figura 10) e externa (Figura 11) dos fêmures: Para a rotação interna a grávida deve aproximar os joelhos e afastar os pés e para a rotação externa o contrário.

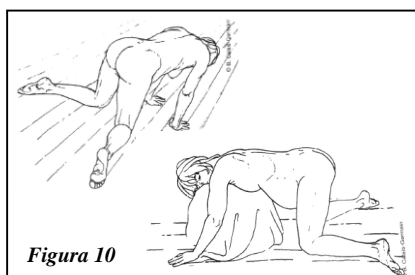


Figura 10

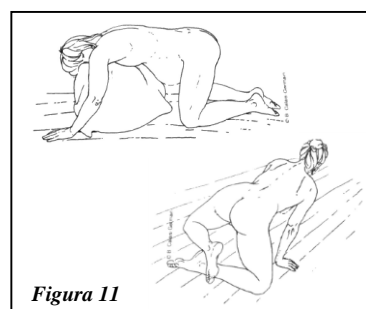


Figura 11

Indicações

- Aumentar os diâmetros pélvicos maternos;
- Fetos macrossômicos;
- Variedades fetais posteriores ou transversas;
- Assinclitismo;
- Dor e/ou desconforto sacrococcígeo e/ou lombar;
- Edema vulvar;
- Insuficiência venosa materna (nomeadamente, varizes vulvares ou hemorroidas);
- Suspeita de compressão do cordão umbilical;
- Distócia de ombros.

Com rotação interna e externa dos fêmures:

- Mover as espinhas isquiáticas e aumentar o espaço lateral do estreito pélvico médio.

POSIÇÕES VERTICAIS

Cócoras

Simple (Figura 12): A grávida fica de cócoras, com hiperflexão da ACF e dos joelhos, com o tronco inclinado para a frente, com apoio ou não das mãos nos estribos, na cama, em lençóis com fixação superior ou seguras por outra pessoa. Os MI's devem estar simétricos. A pélvis não deve estar apoiada. Em caso de cansaço materno, pode adaptar-se a posição, colocando uma cunha de compensação nos calcanhares e suspender o tronco para aliviar o peso sobre os MI's.

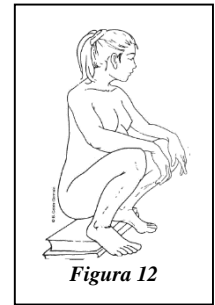


Figura 12



Figura 13

Com rotação externa dos fêmures (Figura 13): Idêntica à anterior, porém a ACF, para além de estar em flexão máxima, encontra-se em abdução e rotação externa.

Com rotação interna dos fêmures (Figura 14): Idêntica à simples, porém a ACF, para além de estar em flexão máxima, encontra-se em abdução e rotação interna.

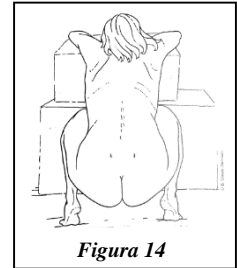


Figura 14

“Marcha de ganso” (Figura 15): Na posição de cócoras, a grávida caminha, apoiando-se com as mãos nos joelhos, no chão ou noutra pessoa.

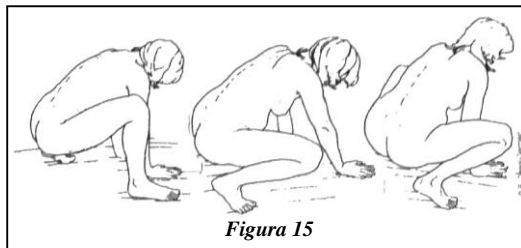


Figura 15

Joelhos

A grávida fica com os joelhos, pernas e pés apoiados no solo, ficando a ACF em extensão e os joelhos em flexão de 90° ou inferior. O tronco pode ficar verticalizado ou ligeiramente inclinado para frente e apoiado na cama, por lençóis com fixação superior, na bola de nascimento ou noutra pessoa (Figura 16).

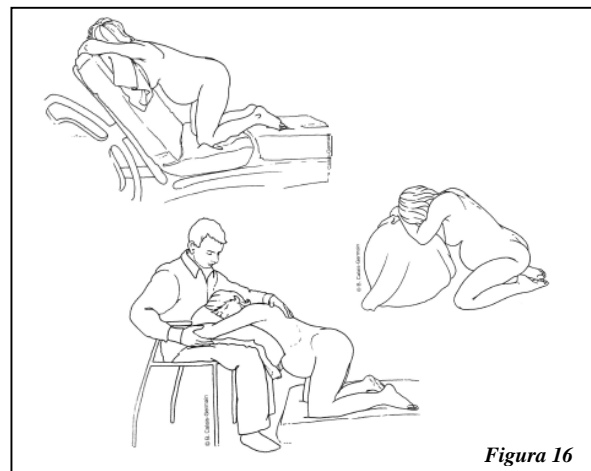
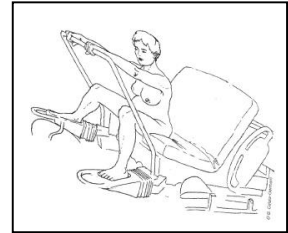


Figura 16

Sentada

A grávida assume a posição de sentada, com os ísquios apoiados:

- Na cama (Figura 17): a ACF deve estar em flexão de 90° ou superior, em abdução e rotação externa ou interna. Os joelhos devem estar fletidos.



O tronco pode ou não estar apoiado.



Figura 18

- Num banco de parto (Figura 18): a ACF deve ficar fletida entre 80° e 90°, em abdução e rotação externa.

Os joelhos devem estar fletidos. O tronco pode ou não estar apoiado. Ter atenção a que nível fica o sacro para não bloquear a sua mobilidade com o bordo posterior do banco de parto.

- Numa bola de nascimento (Figura 19): o tronco e os membros superiores podem apoiar-se ou não (na cama, numa mesa, em lençóis com fixação superior ou noutra pessoa). Os MI's podem adotar diferentes posições (simétricas ou assimétricas), a ACF deve estar entre 80° e 90° e em abdução ligeira. Os joelhos devem estar fletidos. O facto da superfície da bola ser deformável, confere mobilidade à pélvis e adaptação dos diâmetros pélvicos à apresentação fetal.



Em pé

A posição de pé permite à grávida uma grande liberdade de movimentos, conferindo grande mobilidade à pélvis e uma otimização da relação fetobacia materna. Nesta posição a grávida pode ter o tronco apoiado anterior ou posteriormente (numa mesa, na parede, na cama ou noutra pessoa), em suspensão anterior ou posteriormente (em lençóis com fixação superior)

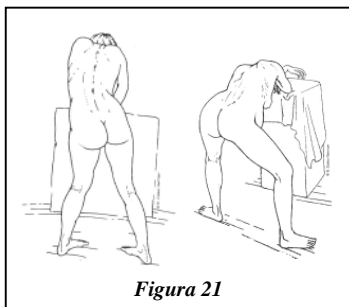


Figura 21

ou livre. Pode optar por: ter a ACF semifletida, entre 20° e 90°, e os joelhos

semifletidos, cerca de 20° (Figura 20); realizar a rotação interna ou externa dos fémures, e com isso permitir o afastamento ou aproximação do ísquios (Figura 21); ou realizar

assimetria dos fémures em flexão ou extensão (Figura 22), utilizando um plano superior ao chão (tipo um pequeno banco), onde grávida pode ir colocando os pés alternadamente (de forma a que o MI do pé apoiado, fique com ACF e joelho fletidos em cerca de 45° e o MI que tem o pé no chão fique com a ACF e joelho alternando a posição de extensão e ligeira flexão).

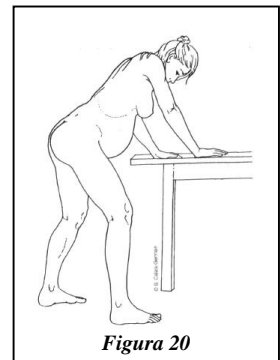


Figura 20



Figura 22

Indicações

- Aumentar os diâmetros pélvicos maternos;
- Esforços expulsivos voluntários inadequados;
- Apresentações altas;
- Variedades fetais posteriores ou transversas;
- Fetos macrossômicos;
- Disfunção contrátil uterina – hipotónica;
- Dor e/ou desconforto sacrococcígeo e/ou lombar;
- Assinclitismo (“Marcha de ganso”, Sentada na Bola de Nascimento e Em pé e de Joelhos com assimetria).

Consideram-se contraindicações para a utilização de posições não-supina no segundo estágio do TP: a vontade da grávida/casal, qualquer tipo de patologia motora materna que impeça a grávida de as cumprir, bem como alteração do bem-estar materno-fetal causada pela aplicação dessas mesmas posições. No caso específico das posições verticais o comprometimento da sensibilidade dos MI's (seja ele por patologia ou analgesia) e alterações do estado hemodinâmico materno (nomeadamente, hipotensão sintomática), poderão igualmente ser consideradas contraindicações.

6.1. Sequência do procedimento

- 1) Verificar se a parturiente reúne os critérios de elegibilidade para a utilização de posições não supinas no segundo estágio do TP;
- 2) Avaliar e explicar à parturiente/casal as medidas de segurança na utilização deste tipo de posições (nomeadamente, avaliar eventual bloqueio sensório-motor decorrente da analgesia loco-regional e equilíbrio ortostático);
- 3) Explicar as vantagens e as desvantagens da utilização destas posições à parturiente/casal;
- 4) Esclarecer, e se necessário, demonstrar à parturiente/casal a(s) posição(ões) mais adequadas para cada situação;
- 5) Favorecer o envolvimento do acompanhante durante a utilização da(s) posição(ões);
- 6) Promover o conforto na parturiente/casal na utilização da(s) posição(ões);
- 7) Se houver alteração do bem-estar materno-fetal proceder à reavaliação da situação;
- 8) Efetuar registo das posições utilizadas.

7. REFERÊNCIAS

- Amorim, M. M. R., Porto, A. M. R. & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 38(11). 583-591.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Botell, M.L. & Bermúdez, M.R. (2012). El parto en diferentes posiciones através de la ciência, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecologia y Obstetricia* (38). 134-145. Acedido em: 10/06/2014. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2007). Parir en movimento. Espanha: la liebre de marzo.
- De Jonge, A., Diem, M., Scheepers, P., Bruin, K. & Lagro-Janssen, A. (2007). Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 114(3), 349-355. DOI: 10.1111/j.147-0528.2006.01210.x.
- De Jonge, A., Teunissen, D., 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), 347-356. DOI:10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x.
- Graça, L. M. (2010) – *Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- 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), 295-302.
- Mouta, R. J. O., Pilotto, D. T. S., Vargens, O. M. C. & Prognianti, J. M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de Enfermagem UERJ*.16(4), 472-476.
- Nieuwenhuijze, M. J. *et al* (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery* (29). 107-114. Acedido em: 10/6/2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812002483>.
- Nogueira, J. P. F. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 12. 25-28.
- OMS (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). Documento de Consenso “*Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*”. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido em: 20/04/2014.

Disponível em:

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

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. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x.

Silva, L. B., Silva, M. P., Soares, P. C. M. & Ferreira, Q. T. M. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 35 (2). 101-106.









Thies-Lagergren, L. *et al* (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth* (26). 99-104. Acedido em 10/6/2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519213000723>

ANEXO 1

VANTAGENS	POSIÇÕES NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO							
	Litotomia	Semi-sentada	Lateral e SIMS	Quatro apoios	Verticais			
					Cócoras	Joelhos	Sentada (cama/banco de parto/bola de nascimento)	Em pé
Permite uma melhor visualização da progressão do feto e do nascimento.								
Permite uma maior área de manobra para o profissional (adequado para partos com fórceps ou ventosa).								
Menor risco de hemorragia.								
Alivia a pressão exercida pelo peso do feto nos grandes vasos maternos, melhorando a oxigenação de ambos.								
Facilita a dilatação da bacia e da pelve.								
Diminui os riscos de laceração e episiotomia.								
Usufrii parcialmente da força da gravidade.								
Usufrii totalmente da força da gravidade.								
Facilita a progressão da apresentação fetal com variedade posterior e/ou a sua rotação para anterior.								
Maior facilidade de progressão do feto no canal de parto, por aumento dos diâmetros pélvicos.								
Menor sensação de dor e desconforto materno.								
Diminui a probabilidade de parto distócico.								
As articulações ficam livres para se expandir, mover e ajustar à forma da cabeça do feto durante as contrações.								
Favorece a dinâmica uterina – reflexo de Ferguson.								
Facilita a dequitação.								
Redução do tempo de parto.								







LEGENDA:  - Vantagens associadas a cada posição no segundo estágio do trabalho de parto

POSIÇÕES NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

DESVANTAGENS	Litotomia 	Semi-sentada 	Lateral e SIMS 	Quatro apoios 	Verticais			
					Cócoras 	Joelhos 	Sentada (cama/banco de parto/bola de nascimento) 	Em pé 
Menor liberdade de movimentos.								
Hipotensão materna.								
Aumenta a sensação de dor na parturiente.								
Aumenta a duração da descida e expulsão do feto.								
Menos eficácia nos esforços expulsivos.								
Maior necessidade de episiotomia e utilização de fórceps ou ventosa.								
Pode condicionar o bem-estar fetal.								
Não apresenta os benefícios gravitacionais.								
Uso parcial da força da gravidade.								
Como o peso da mulher fica apoiado sobre seu cóccix, a dilatação dos ossos da pelve é dificultada.								
Maior risco de hemorragia, sobretudo na posição de sentada em banco de parto.								
Maior risco de laceração, sobretudo na posição de cócoras.								

LEGENDA: - Desvantagens associadas a cada posição no segundo estágio do trabalho de parto

ANEXO 2

ADEQUAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NÃO SUPINA A ALTERAÇÕES NA EVOLUÇÃO DO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO						
SITUAÇÕES ESPECÍFICAS	POSIÇÕES NÃO-SUPINA					
	Lateral ou SIMS 	Quatro apoios 	Verticais			
			Cócoras 	Joelhos 	Sentada (cama/banco de parto/bola de nascimento) 	Em pé 
Variedade posterior ou transversa						
Apresentação alta						
Estreitamento dos diâmetros pélvicos maternos						
Cansaço materno/Trabalho de parto prolongado						
Diminuição da sensibilidade dos membros inferiores por necessidade de analgesia						
Disfunção contrátil uterina – hipotónica						
Esforços expulsivos voluntários inadequados						
Distócia de ombros						
Assinclitismo						
Edema vulvar						
Varizes vulvares e/ou Hemorróidas						
Fetos macrossómicos						
Dor e/ou desconforto sacrococcígeo e/ou lombar						

LEGENDA:  - Estratégias não supinas adequadas à especificidade de situações no segundo estágio do trabalho de parto

ANEXOS

Anexo 1: QARI critical appraisal tools



QARI - Qualitative Assessment and Review Instrument

[Reviews](#)[Study](#)[Categories](#)[Synthesis](#)[Logout](#)[About](#)[Select](#)[Detail](#)[Assessment](#)[Extraction](#)[Findings](#)

Assessment for : Author - Journal (2011)

Type: Primary

User: catalin1

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2) There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3) There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4) There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5) There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6) There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7) The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8) Participants, and their voices, are adequately represented.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9) The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
10) Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Include Reason

Anexo 2: QARI data extraction tools



QARI - Qualitative Assessment and Review Instrument

[Reviews](#)[Study](#)[Categories](#)[Synthesis](#)[Logout](#)[About](#)[Select](#)[Detail](#)[Assessment](#)[Extraction](#)[Findings](#)

Extraction Details: Author - Journal (2011)

* denotes field which will appear in report appendix

Methodology:

Method: *

Phenomena of Interest: *

Setting:

Geographical:

Cultural:

Participants: *

Data Analysis:

Authors Conclusion: *

Reviewers Comments: *

Complete