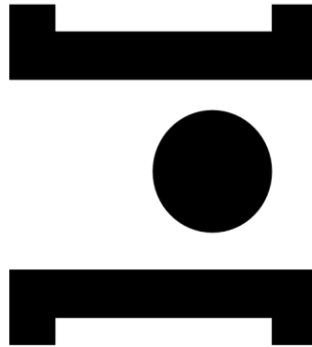


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

A INFLUÊNCIA DA VERTICALIDADE NO TRABALHO DE PARTO

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Lisa Nélia Esgaio Gaudêncio

Orientação:

Açucena de Jesus Galhanas Guerra

Dezembro, 2023

“Na adversidade, uns desistem, enquanto outros batem recordes.”
(Ayrton Senna)

AGRADECIMENTOS

Dirijo o meu sincero agradecimento:

Ao meu marido e filha, Tiago e Lara, que foram os meus pilares, nos momentos bons, mas principalmente nos momentos mais difíceis e nas incontáveis horas que esperaram pela minha chegada a casa, pelo amor, carinho e apoio incondicional.

À minha mãe, tia, cunhada e sobrinha, Idalisa, Ilda, Susana e Mariana, pela motivação e coragem prestadas neste longo caminho que percorri e por terem sido “mães” da minha Lara nos meus momentos de ausência, obrigado pela total disponibilidade.

Às minhas amigas e equipa de enfermagem da maternidade do Centro Hospitalar do Oeste, pelas horas intermináveis de telefonemas durante as minhas longas viagens, obrigado pela força e palavras de incentivo.

À Sr^a Professora Açucena Guerra pela dedicação, motivação e disponibilidade em me acompanhar durante o percurso académico e, principalmente na orientação do presente relatório.

Às restantes professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pelo seu essencial contributo ao meu desenvolvimento e empoderamento, não só profissional como também pessoal.

Às mulheres que confiaram nos meus cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, permitindo-me crescer enquanto enfermeira e futura EEESMO.

E um especial agradecimento à minha EEESMO cooperante, pela sua dedicação e empenho à Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelas palavras de incentivo e pela preocupação com que sempre me ensinou e me integrou nas suas rotinas profissionais.

Muito grata!

Abreviaturas/Acrónimos/Siglas

BP – Bloco de Partos

cm – centímetros

CTG – Cardiotocográfica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HPP – Hemorragia pós-parto

JBI[®] – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PRISMA2020 - ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses for Scoping Review*

RN – Recém-nascido

ScR – *Scoping Review*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

UGO – Urgência ginecológica e obstétrica

WHO – World Health Organization

RESUMO

A verticalidade e os seus benefícios são sobejamente conhecidos. Porém é essencial compreender a importância que esta pode ter na redução do trauma perineal e o impacto deste na qualidade de vida da mulher, a curto, médio e longo prazo. Torna-se, igualmente, importante reconhecer fatores de risco para a adoção desta prática de cuidados. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica têm se assumido como elementos fundamentais na área da obstetrícia, sendo reconhecidos como alguém que escuta as mulheres, as compreende, respeita o seu tempo, as suas preferências, os seus valores e decisões, isento de juízos de valor e munidos do conhecimento necessário a este momento tão importante na vida das mulheres, capaz de ser um elemento fulcral na prestação de cuidados que procuram para esta fase, cuidados de saúde humanizados, individualizados e personalizados. Neste sentido, foi elaborada uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a adoção de posições verticais e qual a sua influência na prevenção do trauma perineal durante o trabalho de parto. Através da evidência científica, pode-se afirmar que a adoção da verticalidade durante o trabalho de parto apresenta claros benefícios maternos e neonatais como, por exemplo, o maior controlo e participação da mulher no processo de nascimento, redução da dor, aumento das dimensões pélvicas, redução do tempo do período expulsivo, não havendo evidência científica da sua influência nas lesões obstétricas do esfíncter anorretal (lacerações grau III e IV). Sendo os benefícios investigados e reconhecidos da utilização da verticalidade no trabalho de parto, é fundamental e prioritário aplicá-los na prática clínica para o exercício de uma prática baseada na mais atual evidência científica. Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é um elemento essencial na informação, educação e empoderamento das parturientes, implementando e avaliando a eficácia da alternância de posicionamentos no trabalho de parto, indo ao encontro das suas preferências em cada momento do seu trabalho de parto.

Palavras-chave: Períneo; Trabalho de Parto; Verticalidade

ABSTRACT

The verticalization during labor and its benefits are well known. However, it is essential to understand the importance that this practice may have in the reduction of perineal trauma and its impact on the women's quality of life at short, medium and long term. It becomes equally important to recognize risk factors on adopting this practice. The midwives have shown to be fundamental elements in the obstetrics area. They are an important care giver at delivery for women, as they are good listeners, understanding and giving women time, being respectful of their preferences, their values and decisions. They are also exempt of judgment and equipped with the necessary knowledge in this moment so important in the women's lives and their partner's, capable of being a crucial element to provide humanized, individualized, and personalized care to women, that is so desperately needed at this stage. In this sense, it has been created a "scoping review" with the aim to show the existing scientific evidence about the introduction of vertical positioning and its influence on preventing perineal trauma during labor. Through scientific evidence, we can confirm that the vertical position during labor shows clear benefits for both mother and child such as, better control and involvement of the mother during labor, reduction of pain, enlargement of the pelvic area and reduction of labor time. The scientific evidence has not shown influence on obstetric injuries of the anorectal sphincter (lacerations of III and IV degree). The benefits of using verticalization in labor have been investigated and recognized by research, so it is fundamental and must be applied in the clinical practice to carry out a practice based on the most recent scientific evidence. This way, the midwives, are a crucial element at informing, educating and empowering the parturient, by implementing and evaluating the efficiency of alternation of switching positions during labor, meeting their preferences during every moment of labor.

Key-words: *Perineum; Labor; Verticalization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	11
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	11
1.2. EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO BLOCO DE PARTOS: ANÁLISE REFLEXIVA	12
1.3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO BLOCO DE PARTOS	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL – A INFLUÊNCIA DA TEORIA DE JEAN WATSON NA ESMO	35
3. METODOLOGIA.....	39
3.1. <i>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	63
APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO MICROSOFT POWERPOINT INTITULADA DE “A INFLUÊNCIA DA VERTICALIDADE NO TRABALHO DE PARTO: UMA SCOPING REVIEW”	90
APÊNDICE III – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DO ESTÁGIO IV	114
APÊNDICE IV – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DA TOTALIDADE DOS ESTÁGIOS	116
APÊNDICE IV – PROTOCOLO SCOPING REVIEW.....	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only</i>	42
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1 - Critérios de inclusão	39
Quadro nº 2 - Estratégia de pesquisa	40
Quadro nº 3 - Caracterização e principais resultados dos artigos incluídos	43

INTRODUÇÃO

O parto é um evento significativo na vida de uma mulher. Este pode influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida a curto, médio e longo prazo tanto na mulher como no recém-nascido (RN), casal e família. A World Health Organization (WHO, 2018) destaca a importância de proporcionar uma experiência de parto positiva, tendo por base a prestação de cuidados por uma equipa de profissionais de saúde gentis, competentes e treinados para a assistência individualizada à gravidez, trabalho de parto (TP) e puerpério, valorizando o parto fisiológico. Neste sentido, torna-se útil e primordial clarificar os valores e perspetivas da vida humana de cada pessoa cuidada, porque os valores subjacentes e crenças direcionam e dão significado à enfermagem e, portanto, ao processo de cuidar (Watson, 2002).

A aquisição e aperfeiçoamento contínuo de conhecimentos, competências e capacidades é um desafio que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) devem abraçar ao longo da sua carreira profissional, não só académico como também na formação contínua, tendo no seu horizonte a constante partilha e atualização de conhecimentos.

No âmbito do Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) na Sala de Partos, 2º semestre do 2º ano do 8º Curso de Mestrado em ESMO, da Escola Superior de Saúde de Santarém, do Instituto Politécnico de Santarém, foi-me proposto a realização de um relatório de estágio.

O estágio IV decorreu na Sala de Partos de um hospital nível I, onde fui orientada por uma EEESMO, com o acompanhamento da professora Açucena Guerra, de 27 de fevereiro a 21 de julho de 2023, com um total de 700 horas de estágio, 40 horas de seminários e 20 horas de orientação tutorial, perfazendo um total de 760 horas.

Este ensino clínico (EC) pretendia que desenvolvesse competências e estivesse apta a: integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados especializados em ESMO de forma a cuidar da parturiente e RN em situação de saúde e doença; mobilizar e integrar as competências comuns e específicas dos EEESMO's regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE); fundamentar e refletir a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base uma prática baseada na evidência científica; avaliar, divulgar

e discutir os resultados das ações e intervenções realizadas em contexto de estágio, desenvolvendo o autoconhecimento, a assertividade, a prática profissional e a ética necessárias ao campo de intervenção; basear a *práxis* clínica especializada desenvolvida ao longo do contexto, em sólidos e válidos padrões de conhecimento; gerir os cuidados prestados de ESMO, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados; promover práticas de cuidados especializados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; e, por último, elaborar um relatório de estágio.

O presente documento é constituído pela caracterização do contexto de estágio, pela análise crítico-reflexiva sobre o percurso, atividades realizadas, objetivos e competências atingidas, partindo do projeto individual de estágio (Apêndice I), que foi elaborado de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019 e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº 391/2019, ambos definidos pela OE. Termina com a apresentação dos resultados de uma investigação no âmbito da realização de uma *Scoping Review (ScR)*, cujo tema de interesse é apresentado ao longo deste documento.

1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O hospital onde foi realizado o estágio é uma Entidade Pública Empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A missão deste hospital é a de assegurar a prestação de cuidados diferenciados, sendo a integridade, ética e o respeito pelos cuidados individuais assumidos como pilares na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes e seus familiares (SNS, 2023c).

A norma nº 001 de janeiro de 2023 relativa à Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023a), foi potenciada posteriormente (agosto/2023) com a proposta mais completa de uma Rede de Referência Hospitalar de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia (Ayres De Campos et al., 2023), em que considera este hospital de apoio perinatal de nível I, uma vez que, teve uma projeção de nascimentos de 1586 no ano de 2022, possui um serviço de Obstetrícia e Ginecologia adequado à resolução de patologia não-complexa e um serviço de Pediatria com a capacidade de prestar cuidados neonatais a RN com idade gestacional superior a 34 semanas + 0 dias.

No Bloco de Partos (BP) e internamento de puerpério, esta unidade garante o direito das parturientes à presença de uma pessoa significativa de livre escolha, que fica ao seu lado durante as várias fases do TP, fomenta a política institucional de promoção do alojamento conjunto 24 horas, o contacto pele a pele e a amamentação, no sentido de promover uma melhor experiência e aumentar a satisfação dos utentes, relativamente aos serviços prestados (SNS, 2023b).

1.2. EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO BLOCO DE PARTOS: ANÁLISE REFLEXIVA

O BP desta unidade de saúde dispõe de cinco salas de partos com luz natural regulável e casa de banho privativa, e uma sala operatória inteiramente dedicada, disponível e preparada para realização de partos distócicos por cesariana.

Após a admissão no BP, parturiente/acompanhante são alocados a uma sala de partos e esclarecidos sobre todas as rotinas e normas do serviço, questionando pela existência de um plano de partos. Caso não haja, que é uma realidade de muitas mulheres, as parturientes/acompanhantes são questionadas e incentivadas a manifestarem os seus interesses, preferências, valores, crenças, receios e dúvidas.

O EEESMO é responsável por toda a avaliação e evolução do TP, incluindo toda a formação e promoção da saúde que é realizada nas horas seguintes ao parto, com o intuito de aumentar as competências e habilidades da parturiente/acompanhante para as várias fases do TP e para a prestação de cuidados ao RN. Neste serviço são cumpridos os rácios de dotações seguras EEESMO/utente, na assistência intraparto, sendo que no primeiro estágio do TP um EEESMO pode ficar responsável por até duas parturientes, já no segundo estágio um EEESMO é responsável por uma parturiente, com o apoio de um segundo EEESMO que fica responsável pela prestação de cuidados imediatos ao RN (DGS, 2023b; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019).

Em 2022, nasceram nesta instituição 1650 RN's por via vaginal e 525 RN's por partos distócicos por cesarianas. Já em 2023, no decorrer do estágio, de março a julho, ocorreram 667 partos por via vaginal (SNS, 2023a), sendo que 46 partos eutócicos foram assistidos por mim, enquanto mestranda. Além dos partos eutócicos, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados em ESMO a parturientes saudáveis/ situações de risco e a RN's saudáveis/ situações de risco/ partos distócicos que exigiram maior vigilância e articulação com a equipa de Neonatologia.

O tema da influência da verticalidade no TP assumiu extrema importância neste estágio, pelo facto de ser um tema que suscita muito interesse e por vezes debate entre a equipa. Perante as pesquisas preliminares percebe-se que levanta alguma controvérsia ou que não é consensual diante de todos os profissionais de saúde envolvidos no TP. No entanto face aos seus aparentes benefícios a nível materno, fetal e neonatal e perante o

possível aumento da satisfação das parturientes, foi um tema que desde o início do estágio tentei perceber junto da equipa qual a sua abertura e receptividade para o investigar, divulgar e trabalhar no BP.

1.3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO BLOCO DE PARTOS

Esta análise crítico-reflexiva teve por base um projeto individual de estágio, estabelecido nas primeiras duas semanas de EC, no qual determinei pontos de referência para a obtenção das competências comuns e específicas do EEESMO no TP e puerpério imediato. Posto isto, a elaboração deste relatório é o culminar da avaliação das 20 semanas de estágio realizado, tendo em conta os objetivos cumpridos, as atividades planeadas e as competências adquiridas.

Considerando a extrema importância do conhecimento do espaço físico, da dinâmica, da equipa multidisciplinar e do seu funcionamento e organização para uma adequada e eficaz integração no serviço e respetiva equipa, o primeiro objetivo que delineeii para as primeiras semanas de estágio foi **“(...) conhecer o espaço físico, a equipa multidisciplinar, a sua dinâmica e funcionamento, familiarizando-me com a organização e protocolos instituídos; conhecer a missão, visão e valores do BP e da instituição de forma a integrar-me na equipa e trabalho desenvolvido por esta”**.

A equipa de ESMO desta unidade é extremamente sociável e recetiva a novos elementos, denotando-se o empenho em prestar cuidados de ESMO atualizados, individualizados e cada vez mais personalizados às parturientes. É uma equipa que vê e reconhece no mestrando a oportunidade de evoluir e atualizar os seus conhecimentos, estando sempre disponível para a discussão, troca de experiências e de perspetivas.

Nas primeiras semanas do EC tentei assimilar o máximo de informação possível, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem e observação, de forma a tirar maior partido das experiências, perceber e interiorizar as rotinas e protocolos do serviço.

A recolha de informação como, por exemplo, as patologias mais comuns associadas ou não à gravidez e desta forma antecipar, teoricamente, o que poderia admitir na Urgência Ginecológica e Obstétrica (UGO)/ BP e quais os cuidados de ESMO mais adequados e apropriados a estas mulheres (história clínica, principais antecedentes pessoais e familiares, paridade, idade materna avançada, gravidezes múltiplas, entre outras), foi bastante facilitador para a concretização deste objetivo.

O momento da anamnese tanto no serviço de UGO como na admissão no BP são momentos ideais para se avaliar as necessidades de educação para a saúde, para se reforçarem ensinamentos que à partida a parturiente adquiriu durante o período pré-natal, avaliar estado anímico e emocional da mesma, consciencialização da importância do momento que se aproxima, realização de planos de cuidados, implementação de intervenções de ESMO e acima de tudo, estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia, confiança e respeito mútuo.

Um aspeto importante que me foi transmitido foi a necessidade de desenvolver competências relacionais, que apesar de as ter desenvolvido ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais, na prestação de cuidados de ESMO estas competências devem ser adaptadas e adequadas a cada momento e contexto de cuidados, com o intuito de responder às necessidades específicas de forma individual e personalizada, isto porque a saúde e o bem-estar referem-se à harmonia da mente, do corpo e da alma, permitindo que tal visão se foque na totalidade da natureza da mulher, no que diz respeito ao domínio físico, social, estético e moral (Watson, 2002).

A uniformização dos registos realizados, da elaboração dos planos de cuidados em sistema informático (*Glintt*[®]) e dos cuidados de ESMO prestados pela equipa assumiu extrema importância, no processo de aprendizagem, para que o acolhimento e todo o processo de internamento no BP fosse linear, harmonioso, unânime e correspondesse às expectativas das parturientes.

Considero que os registos além de serem parte integrante do processo de enfermagem, por justificarem ou comprovarem os cuidados que são e foram prestados, são também uma fonte rica de informações. No que diz respeito ao papel do EEESMO e às suas intervenções autónomas na evolução do TP, além de constituir um instrumento de trabalho é também uma fonte de informação que poderá servir de dados para estudos de componente investigativa. No entanto, e tendo em conta o tema da verticalidade, do trauma perineal e da sua possível relação, julgo que há uma falha no registo, não só pela equipa de ESMO, mas pelo próprio sistema informático, uma vez que não dedica um espaço ao registo do(s) posicionamento(s) adotados pelas parturientes durante o TP.

O segundo objetivo delineado foi desenvolver “**competências comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados**”. Para a aquisição e consolidação deste objetivo ao longo do estágio, muito contou a experiência, audácia e trabalho em equipa da EEESMO cooperante.

O método de trabalho de equipa do BP é um método de trabalho individual, distribuído, planeado e programado diariamente pela enfermeira chefe/ responsável de

turno, conforme as necessidades de trabalho no momento. No método de trabalho individual, no início do turno a cada EEESMO são atribuídas uma a duas parturientes, de acordo com o estágio do TP, permitindo ao EEESMO conhecer, planejar e programar o seu turno, conforme as prioridades do mesmo, assumindo total responsabilidade pelas mulheres atribuídas.

Considero este método de cuidados como centralizado na pessoa, uma vez que o EEESMO após receber o turno se desloca a cada mulher, individualmente, no sentido de se apresentar, discutir o plano de cuidados para as próximas horas, incluindo-a e demonstrando a sua responsabilidade perante as tomadas de decisões de forma totalmente informada, proporcionando e promovendo a sua autonomia e o seu empoderamento perante o processo de TP.

Segundo Watson (2002), a pessoa cuidada possui três esferas do ser, a mente, o corpo e a alma, que são influenciadas pela própria, e a noção de que ela tem de si própria é o somatório das partes do corpo, dos pensamentos, das sensações, desejos, memórias e histórias de vida.

No presente contexto, a todas as mulheres são garantidos e salvaguardados os direitos à informação, confidencialidade, privacidade, individualidade, à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados de ESMO prestados, respeitando o seus valores, crenças e ideologias, isentos de juízos de valor.

Tendo em conta a multiculturalidade da população que recorre a esta unidade, há o especial cuidado e a garantia de que todas as mulheres sejam bem recebidas e acolhidas e que os cuidados são culturalmente apropriados, seguros e adequados, permitindo e negociando várias variações culturais de forma a atender as expectativas das parturientes.

Quando o idioma foi uma barreira à comunicação e um fator limitador ao estabelecimento de uma relação terapêutica entre mim e parturiente, recorri a um tradutor digital para realizar a recolha de dados e educação e promoção da saúde, assegurando desta forma a compreensão de todas as informações, com o propósito de prestar cuidados de ESMO, de acordo com o direito à integridade física, à igualdade e à autodeterminação, atendendo às dimensões biopsicossociais das parturientes.

São várias as formas de cuidar, de conhecer, ser e fazer, de forma ética, intuitiva, pessoal, empírica, estética e espiritual, acreditando que o EEESMO é capaz de incutir sentimentos, na pessoa que cuida, variáveis, fortes ou fracos, importantes ou insignificantes, de amor, medo, coragem, alegria, sossego, receio e que quanto mais individualizados e personalizados são, mais fortemente o processo de cuidar afeta e influencia a parturiente, coexistindo no processo de cuidar uma preocupação pela

preservação da harmonia entre mente-corpo-alma, da dignidade e integridade humana (Watson, 2002).

Creio que ao longo do EC desenvolvi competências na área relacional, a fim de promover um modelo de assistência em ESMO holístico, dando enfoque às necessidades das mulheres internadas no BP, contribuindo para um ambiente positivo, favorável e seguro e para o desenvolvimento de uma *práxis* clínica baseada na evidência científica.

Uma das estratégias que defini para organização do meu trabalho, foi o facto de no início de cada turno, testar todo o equipamento disponível nas salas de parto, como é o caso da mesa de reanimação neonatal em que eram testados todos os parâmetros e equipamentos disponíveis na mesma, mas também da marquesa de parto, estrutura e restante material disponível ao TP.

Ao longo de todo o EC tive também a oportunidade de ir participando na gestão do espaço físico, nomeadamente nas salas de parto e seus recursos materiais, como também na gestão da terapêutica do BP, incluindo a contagem dos estupefacientes, conforme os protocolos instituídos, permitindo consciencializar-me da necessidade da utilização criteriosa e da importância de uma gestão eficiente dos mesmos. Também colaborei e realizei a operacionalização do carro de reanimação cardiorrespiratória e na reposição da sala operatória.

A gestão dos recursos materiais assume extrema importância para qualquer organização. O EEESMO além de ser responsável por uma eficaz e eficiente utilização dos recursos humanos e materiais, também pode supervisionar e incentivar a adoção de comportamentos responsáveis e desenvolver a capacidade de planificação e uniformização de procedimentos, contribuindo assim para uma melhor resposta aos cidadãos dos sistemas da saúde e das organizações e o desenvolvimento saudável da organização (Parreira, 2005).

A autonomia do mestrando na prestação de cuidados de ESMO é algo que se vai adquirindo ao longo do EC e conforme as situações que presencia e tem oportunidade de participar ativamente. Considero que fui ganhando, progressivamente, essa autonomia, sempre sob a supervisão da EEESMO cooperante, que também me incentivava e estimulava à prestação de cuidados de forma autónoma.

As situações de emergência/ urgência que presenciei no BP foram poucas, mas muito enriquecedoras para a minha aprendizagem, uma vez que pude observar a intervenção de EEESMO's mais experientes e perspicazes nas suas avaliações e intervenções, dando-me também a oportunidade de prestar cuidados de ESMO com uma supervisão mais próxima da equipa.

Esta supervisão foi necessária, não pelo facto de não ter conhecimentos teóricos, mas pelo simples motivo de não ter a destreza manual e a tranquilidade necessárias à prestação de cuidados de ESMO, em situações tão específicas e, eventualmente críticas, como a assistência à equipa médica num parto distócico (ventosa/ fórceps), que resultou num parto distócico emergente por cesariana, bem como todos os procedimentos que este implica (manutenção de monitorização cardiotocográfica [CTG] eficaz, estabilização emocional da parturiente, transferência para sala operatória, algaliação, agilizar e garantir a presença de médico anestesista e pediatra, preparação do material necessário à parturiente e RN, entre outros) e a prestação de cuidados imediatos ao RN com scores de Índices de Apgar provavelmente mais baixos.

Após estes momentos, a equipa discutia e refletia sobre estas situações, de forma a identificar as intercorrências e os aspetos que careciam de melhoria em situações futuras. Estes momentos de reflexão, foram importantes momentos de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento pessoal de competências na tomada de decisão enquanto futura EEESMO.

Relativamente ao terceiro objetivo delineado promover o **“desenvolvimento e melhoria do autoconhecimento e assertividade junto da equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados de ESMO a parturientes, baseando a minha prática de ESMO na evidência científica mais atual, desenvolvendo assim práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”**, o corpo docente da Escola Superior de Saúde de Santarém, desde cedo, preparou os mestrandos para a realização de um trabalho de investigação, nomeadamente uma ScR. Para Watson (2002), a investigação em enfermagem pretende unificar várias visões, ontológicas, filosóficas, éticas e teóricas, tendo também de incorporar a capacidade de ser empírico e tecnológico.

Desta forma e de forma individual, foi identificado um tema de interesse, cujos resultados da sua investigação apresentassem fortes contributos para a aquisição de competências e aprendizagem durante a realização do estágio IV. Posto isto, iniciei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema de interesse *“A adoção da verticalidade durante o trabalho de parto”*, que posteriormente e tendo em conta os resultados da pesquisa, o diálogo e a discussão existentes entre mestrandos e equipa multidisciplinar do BP, foi convergindo para a temática que foi objeto de investigação e reflexão ao longo deste relatório *“Influência da verticalidade no trabalho de parto: uma scoping review”*, com o intuito de responder á pergunta *“Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?”*.

Com a realização da referida ScR foi possível mapear a evidência sobre a temática e trabalhá-la de acordo com a evidência científica mais atual. Após a discussão dos

resultados, da mesma, foi possível mobilizar e aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema, partilhar com a equipa de ESMO os achados e promover a sua integração na prática clínica dos cuidados às parturientes, tendo sempre como pressuposto máximo a informação e educação das mulheres e seus acompanhantes para os seus benefícios, mas também para as suas condicionantes, o apoio na tomada de decisão devidamente informada e o bem-estar materno-fetal.

Esta investigação permitiu-me aplicar durante a minha prestação de cuidados de ESMO medidas e estratégias encontradas e investigadas ao longo da pesquisa bibliográfica com o propósito de prestar cuidados especializados de ESMO suportados pela evidência científica mais atual, prevenindo o trauma perineal, motivo, não só, de muita preocupação das mulheres (frequentemente exposto na discussão do plano de parto), mas também da equipa multidisciplinar.

Por outro lado, a participação nas reuniões com a professora orientadora de estágio também assumiu, igualmente, extrema importância para o processo de aquisição de competências, porque apesar do diálogo e discussão que existiu entre mim e EEESMO cooperante, estes momentos com a docência traduziram-se em momentos de retrospeção, de auto e hétero avaliação, permitindo-me detalhar e avaliar as competências e habilidades já adquiridas e as que ainda teria que desenvolver mais e melhores capacidades para as atingir.

Considero, através desta metodologia, de realização de uma investigação inerente ao processo de elaboração de uma *ScR*, juntamente com toda a pesquisa bibliográfica que realizei ao longo do estágio e dos momentos de discussão com a EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar e reuniões com a professora orientadora de estágio, que foram momentos fundamentais ao bom e favorável desenvolvimento dos meus objetivos e competências de ESMO, desenvolvendo conhecimentos e competências avançadas sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua dos cuidados especializados prestados.

É fundamental reconhecer que a enfermagem e a arte de cuidar residem entre uma matriz humanitária, mas também científica, sendo que no processo de cuidar é extremamente importante conhecer, saber escutar, ser empático, compreender as características essenciais de cada um e ter a sensibilidade de compreender a forma como se assemelham ou diferem (Watson, 2002).

A par destas formas de trabalho autónomo, tive a oportunidade de realizar uma formação em serviço e apresentar a temática a toda a equipa de enfermagem, o protocolo de pesquisa com a respetiva contextualização do tema, mapa conceptual, estratégia de pesquisa e apresentação das características dos estudos incluídos, bem como os

principais achados obtidos, de uma forma sucinta, discussão dos achados e esclarecimento de dúvidas (Apêndice II). A adesão e o interesse da equipa foram notórios, dando lugar à discussão dos cuidados prestados no BP e à sua melhoria, demonstrando o interesse em atualizarem os seus conhecimentos e prestarem cuidados de ESMO de acordo com as preferências das parturientes, incorporando a evidência científica mais atual nos mesmos.

Relativamente aos próximos objetivos que delineie devo reconhecer que foram os mais desafiantes ou os que maior enfoque necessitaram ao longo deste estágio, na medida em que foram adquiridos ao longo das vinte semanas do mesmo, mas que dependem muito da equipa de ESMO, da equipa multidisciplinar, da quantidade de mestrandos e outros alunos (médicos internos) a efetivar estágio no BP, da progressão maioritariamente fisiológica do TP e de todas as características biopsicossociais das parturientes/acompanhantes.

Começando por definir o objetivo que me propôs a atingir ao longo deste estágio IV, em geral, o de **“desenvolver competências específicas do EEESMO no domínio do cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP”**, conceituo a criação de um ambiente acolhedor, tranquilo, privado, com profissionais humanos e competentes, tendo em conta a prestação de cuidados de ESMO humanizada, como sendo fundamental ao estabelecimento de uma relação terapêutica e profissional entre EEESMO/parturiente/acompanhante, com o intuito de realizar um trabalho em parceria com ambos.

É um marco importante para o estabelecimento de uma relação terapêutica, a demonstração de disponibilidade, compreensão e atenção, baseada na confiança e empatia entre EEESMO/parturiente/acompanhante, de forma a que possam expressar os seus sentimentos, preferências, opiniões, dúvidas e receios, sentindo-se valorizados e envolvidos na tomada de decisão de todo o processo de TP e nascimento dos seus filhos.

Em todas as fases do TP tentei criar um ambiente propício à partilha de sentimentos, adaptado à real necessidade de cuidar e de ser cuidado, momento este que encarei como um ponto focal no tempo e no espaço, profundo e complexo, permitindo uma ocasião de cuidar transpessoal e a manifestação da presença de espírito de ambas (mestranda e parturiente), pelo que considero ter ampliado os limites de abertura e capacidade de expandir as potencialidades humanas da pessoa cuidada (Watson, 2002).

De forma a dar ênfase a este objetivo, em particular, o de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante as várias fases do TP, devo apresentar a síntese de registo das atividades relativas à minha assistência enquanto mestranda a realizar estágio neste BP (Apêndice III), seguida da síntese de registo de atividades práticas na generalidade dos estágios (Apêndice IV).

Assim sendo, “**cuidar da mulher (...) na admissão/ acolhimento da parturiente no serviço de UGO e/ ou BP**” é o primeiro do quarto objetivo planeado e inicia-se com uma correta e eficaz anamnese.

Legitimar a informação que a parturiente detém face à gravidez e TP assume extrema importância na medida em que permite realizar educação para a saúde tendo em conta o apuramento das necessidades educacionais do casal, esclarecendo de forma personalizada as suas dúvidas, com o propósito de promover a capacitação e empoderamento dos mesmos para todo o processo de TP e nascimento dos seus filhos (Barradas et al., 2015).

A anamnese, neste contexto clínico, culmina com o devido preenchimento de uma ‘checklist’ e, caso haja lugar ao internamento no BP, a sua transferência e alocação numa das salas, com a posterior passagem de informação ao EEESMO que lhe for atribuído. Posteriormente, o EEESMO apresenta-se, apresenta toda a estrutura e equipamentos disponíveis da sala e explica todos os procedimentos que serão feitos nas próximas horas. Avalia sinais vitais, aplica a monitorização CTG, recolhe restante informação necessária à elaboração de um plano de cuidados de ESMO individual e personalizado, em sistema informático.

O apuramento da existência de um plano de parto, materializado ou não, bem como, a sua discussão foi uma das estratégias mais importantes que estabeleci para a minha organização e planeamento de cuidados de ESMO, sendo um ponto alto na admissão das parturientes/acompanhantes.

O plano de parto é um documento realizado pelo casal durante o período pré-natal, que deve ser elaborado após obtenção de informação e esclarecimento, no sentido de o casal poder deliberar as soluções mais oportunas e que considerem mais adequadas a si, assumindo que as escolhas relativas ao TP são o reflexo das expectativas individuais, dos valores familiares, da cultura e sociedade onde o casal está inserido, respeitando as suas vivências, culturas e contextos (Lopes, 2016).

Considerarei este momento da discussão do plano de parto, como um momento fundamental na elaboração de um plano de cuidados, onde se levantam as necessidades do casal e se planeiam e programam as intervenções necessárias, entendendo-o como um alicerce para o efetivo momento de cuidar, um cuidar transpessoal.

Segundo Watson (2002), no cuidar transpessoal, o enfermeiro, neste caso de ESMO, entra na experiência das parturientes, reconhecendo que as pessoas cuidadas também podem entrar na experiência do enfermeiro. Defendo, assim, que o ideal do cuidar transpessoal é um ideal de intersubjetividade no qual ambas as pessoas estão envolvidas, afirmando que a intersubjetividade mantém viva a humanidade e evita a redução do ser

humano ao objeto. Desta forma, “a relação transpessoal do cuidar, conota uma forma especial da relação de cuidar – uma união com a outra pessoa – elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo” (Watson, 2002: 111).

Apesar de algumas mulheres já conhecerem a importância de um plano de partos, a grande maioria das parturientes não o tinha efetuado. Ainda existe, na realidade dos hospitais portugueses, uma dificuldade na aceitação do plano de parto, uma vez que os profissionais de saúde não reconhecem a importância do mesmo e do que ele pode significar para o casal.

É essencial investir mais no esclarecimento dos profissionais de saúde, para a relevância deste documento e para os seus detalhes, enquanto documento orientador e mediador na relação entre casal e equipa de saúde, onde, por um lado, se espelham os desejos, vontades e preferências do casal relativamente ao nascimento dos seus filhos, e no lado dos profissionais de saúde, uma ferramenta valiosa para potenciar as vivências e proporcionar experiências positivas ao casal (DGS, 2023c; Lopes, 2016).

Neste último caso, uma das estratégias que desenvolvi, face à importância do momento e das informações recolhidas, foi criar mentalmente uma forma de condução de diálogo afim de obter as respostas necessárias à elaboração de um plano de cuidados individualizado e personalizado, indo ao encontro das principais expectativas das utentes, como por exemplo, “*Que medidas para controlo da dor pretende ter ao longo do TP?*”, “*Gostaria de se poder movimentar livremente?*”, “*Em condições normais, o pai ou acompanhante gostaria de cortar o cordão umbilical?*”, “*Pretende realizar contacto pele-a-pele após o nascimento do seu filho(a)?*”, “*Como pensa alimentar o seu filho(a)?*”, entre outras.

Um tema que suscita interesse, mas também algum receio às parturientes, são as medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, disponíveis no BP, caso desejem usufruir. Neste momento, e mais uma vez, mobilizando conhecimentos anteriormente adquiridos, informa-se as mulheres de quais as recomendações das principais estratégias para o alívio da dor como, por exemplo, as técnicas de relaxamento muscular, exercícios respiratórios, musicoterapia, meditação e massagem (WHO, 2018). Neste momento, também é realizada educação para a saúde, através do esclarecimento e aconselhamento sobre a utilização da hidroterapia, dos exercícios em bola de pilates e bola amendoim, da dançoterapia, conforme as preferências e recetividade das parturientes. Por último, a analgesia loco-regional está disponível 24 horas por dia uma vez que, a equipa de anestesiologia se desloca ao serviço sempre que há essa necessidade.

A todas as parturientes que reúnam as condições necessárias ao bem-estar materno-fetal e uma monitorização CTG normal (Ayres-De-Campos et al., 2015; FIGO,

2015), é recomendada e incentivada a liberdade de movimentos e a adoção da verticalidade durante o TP, explicando todas as suas vantagens, benefícios e limitações, tal como será apresentado posteriormente nos achados da *ScR*.

Para facilitar a consciencialização das várias atividades que teria que desenvolver em cada uma das fases do TP, dividi os restantes objetivos em partes, cada um coincidente com as quatro fases do TP.

Sendo assim o primeiro objetivo definido foi o **“cuidar da mulher (...) no primeiro estágio do TP, incluindo o acompanhante com parceiro de cuidados”**.

Todas as parturientes internadas no BP, entram pela UGO e, portanto, a maioria dos pressupostos referidos no ponto anterior aplica-se, não só a esta fase, mas em todas as outras fases do TP.

O primeiro estágio do TP é dividido em duas fases distintas, a fase latente que se caracteriza por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, em que se verifica um apagamento e progressão mais lenta da dilatação até aos 5 centímetros (cm) e a fase ativa em que a mulher apresenta contratilidade uterina dolorosa e regular, com um grau de apagamento mais significativo ($\geq 80\%$) e dilatação mais rápida do colo do útero, iniciando-se nos 5 cm e terminando nos 10 cm (DGS, 2023b; WHO, 2018). Tendo em atenção que a dilatação do colo do útero se inicia mais precocemente nas múltiparas que nas nulíparas (Varela et al., 2020a) e que nas múltiparas, geralmente, o apagamento do colo do útero ocorre em simultâneo com a dilatação, enquanto que nas nulíparas ocorre primeiro o apagamento e, posteriormente, inicia-se a dilatação do colo uterino (Fatia & Tinoco, 2016).

Em ambas as fases, é importante e aconselhado prestar os esclarecimentos necessários, mantendo a parturiente/accompanhante devidamente informados, no que diz respeito à evolução do mesmo, possíveis desconfortos deste período, possibilidade de métodos farmacológicos e não farmacológicos para controlo da dor.

O acompanhante assume um papel de destaque, no que diz respeito ao controlo não farmacológico da dor do TP uma vez que, o EEESMO pode sensibilizá-lo para a singularidade da dor, sendo que este pode e deve se assumir como um parceiro no seu alívio e redução, auxiliando na manutenção de um ambiente favorável, propício e de acordo com as preferências e expectativas da parturiente (redução de estímulos externos, táteis, auditivos e visuais), nas técnicas de relaxamento através da realização de massagem e de exercícios respiratórios, na gestão da musicoterapia e dançoterapia, na utilização e realização de exercícios em bola de amendoim ou bola de pilates e, o que considero mais importante, na prestação de apoio emocional incondicional.

Estando o EEESMO ciente do plano de parto que a parturiente/acompanhante têm ou idealizam e as intervenções de ESMO sendo planeadas de acordo com as suas expectativas, seria fácil admitir que o caminho estaria aberto para um TP linear, calmo e tranquilo. No entanto, a ESMO e o TP não são lineares e há que desenvolver a capacidade de identificação precoce de situações anómalas ou complicações durante este período, garantindo um ambiente seguro, estando para isso atento e tendo conhecimento de todos os fatores de risco maternos e fetais associados.

A monitorização cardiofetal e a sua avaliação rigorosa e criteriosa é fundamental para avaliar o bem-estar materno-fetal e detetar anomalias. Esta foi a competência que mais dificuldade me trouxe, que mais exigiu de mim enquanto mestranda e motivo de muitos momentos de diálogo e discussão entre equipa multidisciplinar. No final do estágio considero adquirida, mas suscetível e necessariamente dependente de prática diária, de experiência profissional, trabalho e discussão em equipa e investimento constante em formação profissional.

Continuando no campo das dificuldades sentidas neste estágio de TP, a realização do procedimento da amniotomia também foi motivador de receio, não propriamente quanto à tomada de decisão partilhada entre EEESMO, parturiente/acompanhante, mas pela necessária perspicácia e destreza manual do profissional que a executa, para uma realização correta, eficaz e sem riscos maternos, fetais e neonatais. Os critérios para a sua realização são claros, devendo ser realizado apenas em TP's disfuncionais já que tem um efeito positivo na indução e/ou estimulação do TP que se identifica como prolongado (Sequeira et al., 2020), desde que se verifique um colo apagado e algum nível de dilatação, após avaliação por cervicometria (Fonseca, 2016).

No que diz respeito à cervicometria, um procedimento extremamente incomodativo para a mulher, este é regido pelas recomendações da DGS (2023a) e WHO (2018) que, neste caso, recomendam a sua realização com uma frequência de 4h/4h ou sempre que a equipa ou parturiente considere necessário. Caso a parturiente estivesse em fase ativa do TP, a vigilância do mesmo é mais apertada e imperiosamente relacionada com a monitorização CTG. No entanto, este procedimento é preponderantemente realizado em intervalos de tempo mais curtos porque num TP que evolua favoravelmente, que regra geral se configura em 1,2 cm/h de dilatação nas nulíparas (Varela et al., 2020b; WHO, 2018) e 1,5 cm/h de dilatação nas múltiparas (Varela et al., 2020b) a parturiente frequentemente apresenta sinais e sintomas que o justifiquem como, por exemplo, o aumento da intensidade da dor, a regularidade e o aumento da intensidade da contratilidade uterina.

Apesar de ser um procedimento incómodo para a maioria das parturientes, foi um procedimento que desde o início do TP de cada mulher, assegurei como pontual e apenas quando estritamente necessário, de tal forma que algumas das parturientes solicitavam a cervicometria para elas próprias avaliarem a evolução do seu TP. Neste momento há que gerir meticulosamente as informações fornecidas, porque caso estejamos perante parturientes com algum nível de ansiedade, esta pode ser uma informação importante à redução/ aumento do nível da sua ansiedade. A todas as parturientes, durante a discussão do plano de parto, uma das perguntas que realizava era se desejaria a presença do acompanhante durante os procedimentos obstétricos, como forma de proteger a sua privacidade e individualidade. A cervicometria apenas era iniciada quando a parturiente se sentisse preparada física, psíquica e emocionalmente, de forma relaxada e cómoda.

Por forma agrupar cuidados de ESMO, sempre que é realizada uma cervicometria, avalia-se a estrutura pélvica e estática fetal, interpretando as características do colo uterino (dilatação cervical, apagamento, consistência, posição, altura da apresentação através dos planos de Lee), identifica-se e avalia-se o estado de integridade das membranas amnióticas, e no caso de rutura das mesmas, observa-se e regista-se as características do líquido amniótico (quantidade, espessura, coloração e cheiro). Um dos princípios a respeitar é o ritmo fisiológico deste primeiro estágio do TP.

Neste momento e caso a evolução do TP e a monitorização CTG seja normal, incentiva-se a ingestão de líquidos claros, como gelatina, água, chá (DGS, 2023b); também é incentivada a micção espontânea, uma vez que, a distensão vesical pode ser impeditiva ou dificultadora da expectável progressão do TP; e em todos os momentos avalia-se o estado emocional e psicológico dos intervenientes, reforçando positivamente, sempre que possível, as competências adquiridas e necessárias ao TP, tanto da parturiente como do seu acompanhante.

No início do EC perceber os sinais eminentes do início do segundo estágio do TP foi difícil. À medida que o EC se desenrolou foi possível perceber as capacidades desenvolvidas para identificar, monitorizar e vigiar estes sinais, tendo sempre em atenção o bem-estar materno-fetal, através do acompanhamento permanente deste momento e da monitorização CTG. Em simultâneo, com esta avaliação, era preparado todo o material necessário ao início deste estágio bem como, alertados e mobilizados os recursos humanos necessários (EEESMO para prestação de cuidados imediatos ao RN e assistente operacional).

Como conseguinte, **“cuidar da mulher (...) no segundo estágio do TP, incluindo o acompanhante com parceiro de cuidados”**.

O segundo estágio do TP inicia-se após a dilatação total do colo uterino e termina com o nascimento do RN, momento no qual a parturiente sente e refere uma vontade involuntária de realizar esforços expulsivos, estímulo este resultado da contratilidade uterina (WHO, 2018).

Este é um momento extremamente importante, sendo para muitas mulheres o culminar de horas de TP, o momento que antecede o conhecimento, a visualização, a entrega dos seus filhos. Face à importância do momento, é também importante a parturiente/acompanhante estarem devidamente informados, de forma geral, de como decorre e quais os possíveis procedimentos a adotar pela equipa de ESMO, equipa multidisciplinar, sendo que o acompanhante frequentemente assume um papel de mediador e parceiro de cuidados neste momento. Além das informações gerais de como decorre este estágio do TP, considero igualmente importante, o EEESMO informar a parturiente que a duração deste estágio pode variar de mulher para mulher, conforme seja nulípara ou múltipara, podendo variar de 3h a 2h, respetivamente, podendo reduzir a ansiedade e os momentos de medo associados a este estágio do TP (Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018).

Este momento é o culminar de todo o TP da parturiente, um momento vivido com alguma ansiedade, receio, medo da dor, sensação de incapacidade perante os últimos esforços que a equipa solicita. Ao longo do EC consegui desenvolver a capacidade de transmitir a tranquilidade necessária ao momento, reduzindo os fatores de stress inerentes. Julgo que graças a toda a educação e informação que sempre fiz questão de realizar no decorrer do TP, consegui manter um ambiente calmo e tranquilizador, reforçando positivamente as competências adquiridas da parturiente como resultado de todo o seu esforço, continuando a empoderá-la e a incentivá-la à realização dos esforços expulsivos.

De modo a empoderá-las e incentivá-las à realização dos esforços expulsivos dirigidos, todas as parturientes que assisti foram incentivadas à liberdade de movimentos, à adoção da posição que lhes proporcionasse maior sensação de bem-estar e poder perante este momento (DGS, 2023b; WHO, 2018).

Uma das grandes dificuldades que tive neste segundo estágio do TP, foi o facto de articular e gerir todos os cuidados de ESMO, além de avaliar continuamente o estado hemodinâmico da parturiente, o bem-estar materno-fetal através da monitorização e interpretação CTG, mantendo, sempre que possível, uma atitude expectante durante a progressão do feto no canal de parto. Neste contexto, o EEESMO deve incentivar a parturiente a escutar e a sentir o seu próprio corpo enquanto executa os esforços expulsivos, promovendo um ambiente calmo, tranquilo, sossegado, coordenado, focando

os profissionais envolvidos, a parturiente/acompanhante num nascimento ativo (Amaral et al., 2020).

O segundo estágio do TP assumiu-se sempre como um momento desafiador à manutenção da minha calma e tranquilidade, talvez pelo facto do momento importante para o casal que tinha à frente, o nascimento de uma criança, que se espera saudável, em boas condições de saúde, assim como a parturiente. Desta forma, neste estágio e até ao final do estágio, sinto que estive em desenvolvimento e aperfeiçoamento das minhas competências cognitivas, técnicas, relacionais e comunicacionais para a sua condução, de forma eficaz, eficiente, calma e serena, para que fosse o mais próximo possível das expectativas das parturientes/acompanhantes.

Desenvolver a capacidade de observar, reconhecer e ajudar na instalação do reflexo de *Ferguson* foi também uma tarefa difícil, mas adquirida, uma vez que este reflexo se inicia com uma verbalização da necessidade de fazer força para expulsar, que numa fase inicial aparenta ser de forma controlada, mas à medida que a contração uterina expulsiva atua, aumenta progressivamente, passando de controlado a involuntário e compulsivo.

O EEESMO deve reforçar positivamente a parturiente, de todo o TP realizado até ao momento, e conduzir esta nova fase do TP que culmina com o nascimento. A parturiente deve ser encorajada a adotar uma posição de sua preferência e conforto para poder colaborar da forma mais eficaz possível nestes últimos esforços expulsivos e muitas delas foram incentivadas a adotar posições verticalizadas neste estágio. Após a informação e promoção da saúde que realizei no decorrer do TP, todos os 46 partos que assisti foram realizados em posições verticais, sendo que nenhuma das parturientes manifestou a vontade de parir na posição dorsal ou de litotomia.

As posições preferencialmente adotadas foram as de semissentada e lateral reclinada, seguidas da posição de pé. Nestes 46 partos, realizei 3 episiotomias (6,5%) a parturientes na posição semissentada e ocorreram 19 lacerações grau I (41,3%), 9 lacerações grau II (19,6%) e 2 lacerações grau III (4,3%). Não houve registo de lacerações grau IV e registaram-se 13 períneos íntegros (28,3%).

A manutenção de uma atitude expectante e fisiológica aquando o surgimento do vértice da cabeça fetal à vulva, nomeadamente na avaliação da elasticidade dos tecidos do pavimento pélvico e a avaliação dos critérios para a realização de episiotomias, foi difícil, talvez porque senti, por diversas vezes, a equipa médica renitente à não realização de uma episiotomia, ao questionamento da competência do EEESMO nesta avaliação e constante incentivo à sua realização para abreviação do período expulsivo.

De acordo com a evidência científica mais atual, a realização rotineira de episiotomia é desaconselhada em mulheres que apresentam um parto vaginal espontâneo (WHO, 2018), sendo apenas recomendada quando absolutamente necessária, em situações de registo CTG com evidência de stress fetal ou suspeita de hipoxia fetal, com o intuito de abreviar o período expulsivo ou evitar trauma perineal grave (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; DGS, 2023b) ou quando a laceração perineal já se está a iniciar (DGS, 2023b). Neste momento, serviu-me a experiência profissional, a serenidade, a capacidade de gerir o ambiente da EEESMO cooperante, que frequentemente me lembrou das diferenças entre as desvantagens da ocorrência de uma laceração perineal relativamente às de uma episiotomia, no que diz respeito à qualidade de vida da mulher.

A taxa de realização de episiotomia em Portugal é desde há alguns anos elevada 72,9% (EURO PERISTAT, 2013). No entanto, regista uma tendência significativamente decrescente ao longo dos últimos anos, nomeadamente, em 2019 para 45,8%, em 2021 para 37,02%, em 2022 para 32,92% e até setembro de 2023 foi registada uma taxa de realização de episiotomias de 32,08% (Consórcio Português de Dados Obstétricos, 2023).

Ao EEESMO cabe a tarefa, quer exerça funções a nível do pré-natal como a nível do TP, de além de investir na sua formação académica e profissional, estar movido de conhecimentos e, portanto de evidência científica atual, para realizar educação para a saúde sobre a temática, de prestar os melhores cuidados de ESMO possíveis e no momento de decisão de realização de episiotomia, conhecer e demonstrar os seus conhecimentos e competências, de forma assertiva, advogando em prol da parturiente e conforme as suas preferências.

A ideologia da equipa de ESMO deste BP assenta na realização de episiotomia de forma seletiva ou restrita aquando de condições adversas ao decorrer normal deste estágio do TP e, portanto, em cada parto assistido por mim e pela EEESMO cooperante, houve a discussão no momento ou pós-parto do que se poderia ter feito para prevenção do trauma perineal, seja ele cirúrgico ou traumático, o que constituiu momentos muito importantes de aprendizagem, capacidade de observação e decisão perante todos os fatores envolvidos na tomada de decisão.

Como já foi referido anteriormente, no momento da admissão da parturiente no BP, nomeadamente, na discussão do plano de parto, um dos momentos mais discutidos era precisamente a questão relacionada com a episiotomia. Sendo assim, no momento do parto já tinha conhecimento e consentimento informado ou não para efetivar a episiotomia ou não, de forma restritiva, após avaliação de todos os fatores envolvidos. No entanto, voltei a questionar as poucas parturientes em que senti necessidade de realizar este

procedimento. Perante o baixo número de episiotomias que realizei, considero que não desenvolvi competências técnicas de destreza manual na sua realização, no entanto, será sempre uma competência a desenvolver e aperfeiçoar, no futuro próximo.

Em todos os partos que assisti, a monitorização CTG e de sinais vitais foi uma grande preocupação para a vigilância e segurança materna e fetal/ neonatal, podendo afirmar que a monitorização foi contínua em todas as parturientes até à exteriorização da cabeça fetal. Tentei sempre aplicar a manobra de *Ritgen*, em simultâneo com uma ligeira pressão no occípito fetal, como intervenção de proteção do períneo, para que desta forma, se evitasse a exteriorização rápida da cabeça fetal e se prevenisse possíveis lesões do canal de parto e períneo durante esta fase, observando e acompanhando a saída controlada da mesma (DGS, 2023b).

Neste momento, relembrei as parturientes para suspender esforços expulsivos, para pesquisa de presença de circulares cervicais do cordão umbilical, motivo gerador de grande ansiedade para mim pelo risco de asfixia uma vez que, exige destreza manual e prontidão de avaliação. Desfiz várias circulares cervicais do cordão umbilical, de forma manual ou através da clampagem e laqueação precoce do mesmo, explicando sempre o procedimento e a sua importância à parturiente (tema já abordado na discussão do plano de parto).

Posteriormente, a restante parte do nascimento ocorria com o acompanhamento da saída do restante móvel fetal, otimizando a via aérea do RN. Todas as parturientes, que durante o plano de parto responderam positivamente e manifestaram a vontade de participar ativamente na extração do RN, foram chamadas e incentivadas a realizá-lo com a minha ajuda e participação, iniciando automaticamente o contacto pele-a-pele, protegendo e cobrindo o RN para evitar perdas de calor por evaporação, e promovida precocemente a díade. Caso não existissem situações motivadoras de preocupação, este era clampedo e laqueado o mais tardiamente possível, quando deixasse de pulsar, incentivando o acompanhante ou a própria parturiente a fazê-lo, caso fosse de sua vontade (DGS, 2023b).

Neste ponto senti dificuldade na atuação e intervenção nas distócias de ombros, não por não deter conhecimentos teóricos, mas porque foram poucas as situações ocorridas durante o EC, constituindo-se como momentos stressantes para toda a equipa, em que a colaboração dos elementos mais experientes foi fundamental para a eficaz resolução, através das manobras apropriadas. Durante o meu EC, resolvi quatro distócias de ombros, com a colaboração da EEESMO e restante equipa de ESMO.

Graças a situações clínicas que foram ocorrendo ao longo deste estágio, desenvolvi competências na identificação, monitorização, vigilância e tomada de decisão na

referenciação das situações passíveis de complicações à equipa médica. Enquanto isso, iniciava a implementação de intervenções de ESMO necessárias às alterações do padrão normal de monitorização CTG, como é o caso do início de oxigenoterapia, soroterapia, alternância de decúbitos dando preferência ao decúbito lateral esquerdo ou posição de *Gaskin*.

Ao longo do EC desenvolvi competências cognitivas e técnicas na prestação de cuidados imediatos ao RN, tendo em conta as patologias ou situações clínicas da mãe suscetíveis de maior vigilância do estado hemodinâmico do RN, como por exemplo, síndrome de dificuldade respiratória do RN, RN com gemido, com líquido amniótico com características suspeitas ou patológicas, RN's de grávidas com algum risco associado.

Em todos os partos distócicos, partos pré-termo, monitorização CTG suspeita ou patológica, o EEESMO responsável pela prestação de cuidados imediatos ao RN contactava a equipa de neonatologia para avaliação do estado clínico do mesmo.

Em condições normais, todos os RN's cumprem contacto pele-a-pele com a parturiente e simultaneamente é realizada a secagem da superfície corporal imediata e estimulação tátil. Posteriormente, são avaliados pelo EEESMO (avaliação céfalo-caudal), em mesa de reanimação previamente testada e aquecida, manipulado sob fonte de calor, registada a hora de nascimento e avaliado o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Todos os RN's são identificados junto da parturiente/acompanhante com pulseira identificativa e anti-rapto, reestabelecendo novamente o contacto pele-a-pele e a díade/tríade. A administração da vitamina K e da vacina de hepatite B, por norma, é realizada durante o contacto pele-a-pele, tendo sido obtido o consentimento informado prévio à sua administração.

O terceiro objetivo a ser delineado foi **“cuidar da mulher (...) no terceiro estágio do TP, incluindo o RN e o acompanhante como parceiro de cuidados”**.

O terceiro estágio do TP corresponde à dequitação e compreende o momento desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta, que pode durar desde 5 a 60 minutos, sendo importante o EEESMO vigiar a perda hemática associada à mesma e caso seja controlada, apresentar uma atitude expectante perante o tempo fisiológico de cada parturiente (Fatia & Tinoco, 2016).

Após o nascimento dos seus filhos, as parturientes anseiam o merecido descanso. No entanto, o processo do TP continua com o “nascimento da placenta”. É o momento para descansar e relaxar uma vez que, nos braços da parturiente já chora o RN, porém, realizar o reforço positivo das competências da parturiente/acompanhante ao longo do primeiro e segundo estádios do TP é uma forma de tranquilizá-los e relaxá-los para a próxima fase. É importante que o EEESMO se foque na informação que deve transmitir e nos

procedimentos que se seguem, tendo em atenção as medidas de conforto pós-parto, como o reposicionamento da parturiente, a alternância de decúbitos e adoção da posição de sua eleição e conforto, dando preferência à elevação da cabeceira a 45° (aproveitando a ajuda do peso da placenta e da gravidade para o seu completo descolamento), à gestão do ambiente e agora dos estímulos externos à parturiente/ RN.

A avaliação e confirmação do estado hemodinâmico da parturiente assume extrema importância neste estágio, uma vez que existe um risco acrescido de hemorragia pós-parto (HPP). Considero que desenvolvi competências cognitivas, técnicas e relacionais na identificação e reconhecimento dos sinais eminentes da dequitação, no mecanismo de descolamento e expulsão da mesma (*Schultze e Duncan*).

Na generalidade dos partos que conduzi, e após a identificação e observação dos sinais de descolamento da placenta, realizei a manobra de *Brandt-Andrews*, que consiste na tração controlada do cordão com uma das mãos e com a outra exerci ligeira pressão acima da sínfise púbica, sobre o útero (Fatia & Tinoco, 2016), de forma a acompanhar a descida da placenta pelo canal vaginal, com especial atenção à formação do globo de segurança de *Pinard*, à quantidade de perda hemática e suas características. A algumas parturientes senti a necessidade de solicitar e orientar esforços expulsivos para auxiliar na descida da placenta, culminando na expulsão completa das membranas.

Realizei sempre a manobra de *Jacob-Dublin* com a correta apropriação da placenta, membranas e cordão umbilical, em movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio. Uma das situações que maior preocupação me causou, foi precisamente a expulsão incompleta das membranas, que foi possível identificar graças à inspeção criteriosa que realizava a todas as placentas, através da exposição, observação e confirmação da integridade e características da placenta, membranas e do cordão umbilical. No imediato, a equipa médica foi informada e realizada ecografia de controlo, com posteriores manobras de revisão manual do útero, pela equipa médica.

Em condições de normalidade e após a expulsão completa da placenta e restantes membranas, dava indicação e certificava-me que o EEESMO responsável pela prestação de cuidados imediatos ao RN, iniciava a perfusão de uterotónicos com ocitocina endovenosa para prevenção da HPP.

Posteriormente, desenvolvi competências cognitivas, técnicas e relacionais na inspeção, avaliação e identificação de possíveis lesões do canal de parto e períneo, e, em simultâneo, realizava a observação da consistência uterina e da sua localização, observando também os sinais de perda hemática excessiva e estado hemodinâmico da puérpera.

O desenvolvimento das competências cognitivas e técnicas na reparação do períneo após o parto e na identificação das lesões e dos tecidos a suturar foi relativamente fácil pois, com a ajuda da EEESMO cooperante, foi uma tarefa iniciada logo no primeiro parto que assisti e, salvo raras exceções, era realizada sutura contínua, encerrando o plano exterior com uma sutura intradérmica. No entanto é comum neste BP, existir uma grande variação de formas de reparação perineal. Este facto permitiu-me observar outras formas de reparação perineal e desenvolver conhecimentos noutra tipo de suturas, o que creio ter sido importante para a minha aprendizagem.

No caso específico do trauma perineal cirúrgico, a WHO (2018) recomenda a sutura contínua quando comparada com a sutura por pontos soltos e Mascarenhas (2020) afirma que a evidência científica aponta para que as técnicas de sutura contínua estão associadas a uma redução da dor perineal e de outras complicações, quando comparadas com o método de sutura interrompido. No caso das duas lacerações de grau III ocorridas durante os partos que assisti, foi pedida a intervenção da equipa médica que suturou as mesmas (DGS, 2023b), na minha presença.

No final de cada procedimento, tive o cuidado de reavaliar a contratilidade uterina, o canal de parto, o períneo e a perda hemática associada ao momento, bem como as suas características.

Em todos os partos que assisti, prestei também os cuidados de higiene inerentes a este momento, certificando-me de que as puérperas estariam confortáveis, em posições de sua eleição e sem dor, aplicando a crioterapia no períneo, independentemente de apresentarem períneos íntegros ou não.

A todas as puérperas promovi a saúde obstétrica e ginecológica através da realização de educação para a saúde necessária ao momento e ao restante período de puerpério, incentivando, principalmente, a vigilância da quantidade e características dos lóquios, dos sinais e sintomas de infeção puerperal e da importância dos cuidados de higiene no puerpério. No final da realização da educação para a saúde, esclareci as puérperas também sobre as principais rotinas do BP durante o puerpério imediato, informando-as sobre o pedido de vaga para o internamento de puerpério, tipos de quartos disponíveis, transferência e alocação no seu futuro quarto.

Por fim, desenvolvi também competências cognitivas, técnicas e relacionais no âmbito da avaliação, não só da díade, mas da tríade, momento ideal para ficarem sós, mais próximo possível do ambiente que terão nas próximas semanas de adaptação á parentalidade.

Não menos importante, foi o registo de todas as intervenções planeadas e implementadas às parturientes/puérperas/RN's em sistema informático *Glintt*[®], em

partograma, em Boletim de Saúde da Grávida, em Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, em Boletim de Vacinação e preenchimento da notícia de nascimento em plataforma própria, de forma a prestar cuidados de ESMO contínuos, seguros e de qualidade.

O quarto e último objetivo a ser delineado foi **“cuidar da mulher (...) no quarto estágio do TP, incluindo o RN e o acompanhante como parceiro de cuidados”**.

O quarto estágio do TP, também conhecido por puerpério imediato ou por período de *Greenberg* imediato, é entendido como a primeira hora após a expulsão da placenta, sendo fundamental no controlo de uma HPP, uma vez que é o período de tempo em que o risco desta ocorrência é maior e mais grave (Fatia & Tinoco, 2016). Este é o período de tempo em que a vigilância apertada e criteriosa é um pilar nos cuidados de ESMO, sendo que a deteção precoce de complicações pode ser acautelada através da avaliação e supervisão do EEESMO sobre o estado hemodinâmico, sinais vitais e capacidade hemostática do útero.

Neste estágio pude desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais a nível da avaliação do estado geral, da avaliação da pele e mucosas da puérpera, da avaliação das mamas e mamilos, do tônus uterino através da palpação abdominal e da confirmação da presença do globo de segurança de *Pinard*, nas características da perda hemática vaginal, na reavaliação do canal de parto e períneo, pesquisando alterações à normalidade como por exemplo, hematomas.

Neste período e tendo em conta que a contração uterina deve ocorrer como resposta a um processo mecânico e hemostático com a formação de um hematoma retroplacentar no interior do útero (Sequeira et al., 2020), qualquer interferência negativa às suas ocorrências deve ser eliminada e, portanto, incentivar a puérpera a esvaziar a bexiga de forma espontânea é uma das atividades planeadas e implementadas neste momento. Caso a puérpera não consiga urinar, é importante pesquisar a formação de globo vesical e realizar um esvaziamento vesical, se necessário.

Este é um momento desafiador para os RN's, uma vez que é o primeiro contacto que têm com o mundo extrauterino e com todos os seus estímulos externos. O EEESMO deve incentivar e promover a amamentação, caso a puérpera tenha manifestado esse interesse, apoiando e orientando-a na técnica da amamentação, na manutenção da lactação e do seu regime livre. É momento de deixar a puérpera mais confortável, com a remoção de cateteres epidurais, endovenosos e de providenciar uma refeição ligeira.

Tive a oportunidade de realizar durante o período de puerpério imediato a vigilância do RN, no que diz respeito a adaptação à vida extrauterina, bem-estar geral e reflexos da amamentação; de esclarecer dúvidas e apoiar na amamentação e no contacto pele-a-pele; de desmistificar receios e crenças; e de promover a saúde de forma a capacitar os pais

para a importância da vigilância do coto umbilical, mudança da fralda, vestir/despir o RN e alertar para a importância da manutenção na posição recomendada para a prevenção da Síndrome da Morte Súbita no Lactente.

Considerando-me uma promotora do aleitamento materno, senti que contribuí para a criação de um ambiente positivo e favorável à prática clínica baseada na evidência científica, sendo uma mais-valia na equipa do BP, no apoio às parturientes/RN's, na promoção do aleitamento materno, na forma como puérpera/acompanhante poderiam contribuir para a eficácia da amamentação e na demonstração da minha total disponibilidade em apoiar, esclarecer dúvidas e reduzir receios relacionados com as várias mudanças e necessárias adaptações a este período tão marcante da vida das mulheres.

Consegui consolidar os conhecimentos teóricos que adquiri durante as aulas e na preparação para este EC, através da pesquisa bibliográfica que efetuei para o mesmo, para a realização da *ScR* e de uma atitude ativa, crítico-reflexiva e responsável que sempre demonstrei em todos os estágios que realizei. Aproveitei cada momento de reflexão realizado diariamente com a EEESMO cooperante e equipa de ESMO para estabelecer prioridades de aprendizagem, esclarecer dúvidas e aprofundar conhecimentos através da pesquisa e do debate sobre as áreas mais críticas para mim.

Ao longo de todo o estágio considero que desenvolvi práticas de ESMO de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua do BP, tentando a todo o momento utilizar a evidência científica atual e incorporando-a na prestação dos cuidados de ESMO à parturiente/RN/acompanhante, respeitando os valores, crenças e ideologias dos mesmos.

Dada a importância do cuidar holístico nesta fase da vida tão importante para a mulher/casal, da necessidade do estabelecimento de uma relação de empatia, reciprocidade e intersubjetividade entre EEESMO/parturiente e perante as várias argumentações já realizadas ao longo deste relatório, nomeadamente, nos pontos referentes ao desenvolvimento de competências de ESMO, opta-se como referencial teórico e foco de aprendizagem a teoria do cuidado humano de Jean Watson uma vez que, identifiquei o cuidado de enfermagem de saúde materna e obstétrica como “o ato de cuidar transpessoal como uma arte humana, uma ciência humana, e um ideal moral da enfermagem” (Watson, 2002: 120).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL – A INFLUÊNCIA DA TEORIA DE JEAN WATSON NA ESMO

A enfermagem é uma palavra, um conceito filosófico, dinâmico e em constante transformação, que implica ternura. É uma profissão que consiste em conhecimento, pensamento, valores, compromisso e ação, com algum grau de paixão. A forma de cuidar implica a necessidade da existência de uma relação estrita entre o que é enfermagem, capacidade de reciprocidade, neste contexto entre EEESMO/parturiente, e o reconhecimento de ambos em que a própria relação de cuidar inclui conceitos fenomenológicos, ocasiões reais de cuidar e um cuidar transpessoal (Watson, 2002).

O processo de cuidar no seu todo, implica a existência de dez fatores em ambos os intervenientes que, Watson (2002), denomina de fatores do cuidar: (1) um sistema de valores humanísticos-altruístas; (2) ter fé-esperança; (3) ter sensibilidade para consigo e com os outros; (4) estabelecer uma relação de cuidar, ajuda-confiança; (5) a necessidade e capacidade de expressar sentimentos positivos e negativos; (6) um processo de cuidar criativo na resolução de problemas; (7) a capacidade de ensinar/ aprender sobre o que é transpessoal; (8) a capacidade de criar um ambiente sustentador, protetor, e/ ou corretivo mental, física, social e espiritualmente; (9) uma assistência às necessidades humanas; e, por último, (10) o reconhecimento da existência de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais.

O desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências relacionadas com o saber-ser, saber-estar e saber-saber juntamente com o facto de me empenhar e me dar como um todo à relação terapêutica que estabeleci, ou seja, as minhas características intrínsecas, juntamente com as competências cognitivas, técnicas, relacionais e comunicacionais que fui desenvolvendo ao longo deste EC, facilitaram o processo de respeitar o conjunto de valores individuais, sociais, culturais, espirituais e existenciais de cada pessoa cuidada (fator do cuidar [1]), o que corrobora o facto de os valores e perspetivas do enfermeiro, embora não decisivas, são potencialmente tão relevantes como as das pessoas cuidadas, respetivamente, EEESMO e parturientes (Watson, 2002).

Considero ter contribuído para o empoderamento da mulher a vivenciar o seu TP de forma informada e ativa, gerando motivação e promovendo o desenvolvimento das suas

capacidades perante cada estágio do TP, assumindo um lugar importante e de confiança, no processo de acolhimento, admissão e acompanhamento individual e personalizado do TP.

Tendo em conta o tempo que o TP pode durar, frequentemente as mulheres apresentam uma disparidade de sentimentos, que podem variar entre extremos, que vão desde a alegria, ansiedade e motivação ao desespero, receio e medo, pelo processo que se avizinha e, por este motivo, a minha atitude de compreensão, dedicação, escuta ativa e empatia (fator do cuidar [2]), demonstraram a minha total disponibilidade, sensibilidade e interesse em acompanhá-las em todos os momentos do TP, incluindo os mais difíceis e morosos, sendo na minha opinião, estas qualidades desenvolvidas indispensáveis ao perfil de um EEESMO (fator do cuidar [3], [4] e [5]).

No que diz respeito ao tema de investigação deste relatório *“Influência da verticalidade no trabalho de parto: uma scoping review”*, este foi amplamente debatido durante a discussão do plano de parto com as parturientes/acompanhantes, talvez pela desinformação que muitas mulheres detinham ou pelo simples facto do medo de expressar a sua própria vontade perante a equipa. A informação e educação para a saúde que partilhei com as parturientes/acompanhantes foi um ponto muito importante no TP, relativamente ao estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança, baseada no respeito pela autonomia, opções e tomada de decisão das mulheres, respeitando as suas propostas, os seus desejos relativamente ao posicionamento a adotar durante o TP. Nesta indispensável discussão do plano de parto houve sempre lugar à expressão de sentimentos e emoções, positivos ou negativos (fator do cuidar [5]), por parte da parturiente/acompanhante, mas também à partilha de experiências da minha parte, enquanto mulher, mestranda e futura EEESMO.

Para a partilha de informação e realização de educação para a saúde foi crucial estar munida e preparada teoricamente, através da pesquisa bibliográfica que realizei ao longo do estágio e no âmbito da concretização da *ScR*, no sentido de responder às questões colocadas pelas parturientes/acompanhantes, baseada na evidência científica mais atual, sobre as várias temáticas discutidas no plano de parto, ao longo da prestação de cuidados de ESMO no decorrer do TP, na resolução de problemas e reajustes necessários (fator de cuidar [6] e [7]).

O ambiente é um fator, não menos importante que os restantes, e a importância de mantê-lo como protetor e sustentador é fundamental no respeito pelas preferências da parturiente.

Algumas mulheres, manifestaram vontade em reduzir os estímulos externos que frequentemente as incomodavam, sendo encarados como fatores dificultadores ao TP,

referindo que não conseguiam sentir e escutar o seu próprio corpo, sinais e sintomas das várias fases do TP, a contratilidade uterina, a forma de relaxamento entre as contrações uterinas, entre outros aspetos. Em todas elas, foi respeitada a sua vontade, reduzindo também a nossa presença dentro do possível, enquanto estímulo externo. Nestes casos, foi valorizado o silêncio, o olhar, por vezes o toque como forma de reconfortar. A bola de pilates e a hidroterapia foram grandes aliados neste processo de TP, promovendo o equilíbrio entre o ambiente, a parturiente e os fatores externos envolvidos. Nestas situações, fiz questão de manter uma postura empática, de escuta ativa, mas em silêncio, respeitando o momento e o ambiente, que as parturientes/acompanhantes faziam questão de ter, atendendo e assistindo de igual forma, às necessidades físicas, mentais, sociais, espirituais e humanas de cada uma delas (fator de cuidar [8] e [9]).

O grau de cuidados é influenciado por forças múltiplas e complexas. Quanto mais os cuidados são atualizados como um ideal moral intersubjetivo, (...), mais potencial o cuidar detém para que os objetivos da saúde do homem se encontrem através de dar sentido à existência própria de cada um, descobrindo o nosso próprio poder interior e controlo, potenciando exemplos de transcendência (...) (Watson, 2002:131).

Um dos grandes receios manifestados ao longo do TP, das parturientes que assisti, foi o controlo eficaz da dor. Ao longo do TP demostrei a minha total disponibilidade e apoio nos momentos difíceis e no respeito pela sua vontade relativamente às suas escolhas e autodeterminação.

A dor pode ser experienciada por cada mulher de forma diferente e única, podendo ser influenciada por diversos fatores. É descrita como uma vivência sensitiva e emocional pouco agradável, singular, complexa e dependente de vários fatores, que se intensifica com o evoluir do TP. Além do mecanismo fisiológico da dor, a ansiedade e o medo influenciam todo o processo de tensão uterina, aumentando a perceção da dor por parte da mulher (Pedro & Oliveira, 2016a). A dor do TP pode ser vista como um mecanismo de orientação e de defesa da parturiente e feto, pois promove a mudança e adoção de diferentes estratégias para a gerir e minimizar (Pedro & Oliveira, 2016b).

Desta forma, é crucial o EEESMO compreender a dor em todas as suas vertentes e promover a gestão da mesma da forma mais adequada e individualizada possível. Através do seu cuidado, o EEESMO pode ajudar a parturiente neste processo de controlo da dor a transcender o seu sofrimento, medo e receio, perante algo que pensa não poder suportar e ultrapassar.

É importante o EEESMO tranquilizar a mulher para o processo fisiológico da dor, esclarecer que, apesar de ser indesejável, é um processo fundamental e necessário à expectável progressão do TP, muitas vezes levando a mulher a procurar posições de sua eleição e conforto, levando-a também a confiar no seu instinto e na forma como o seu corpo se prepara para o momento do parto, demonstrando a força existencial-fenomenológica-espiritual que cada mulher tem dentro de si e a forma como cada uma delas a pode experimentar e exteriorizar (fator do cuidar [10]).

O momento do período expulsivo é um bom exemplo disso, face à dor, ao desespero e medo que muitas mulheres manifestam neste período, exalam frequentemente frases como “*Não sou capaz!*” e “*Ajude-me! Não sou capaz de ter o meu filho sozinha*”. Mais uma vez a empatia, a comunicação simples, mas eficaz, fizeram parte do meu discurso e da minha conduta enquanto conduzia este estágio do TP, assistindo o parto de forma sensível e empática, reforçando as competências adquiridas até ao momento e empoderando a mulher para o maravilhoso momento que se aproxima, o nascimento do seu filho.

Em todos os cuidados de ESMO que prestei, estes pressupostos conduziram a minha conduta e pretendo continuar a investir neste modelo de prestação de cuidados, como sendo um norteador dos meus cuidados.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para sistematizar a influência da verticalidade na prevenção do trauma perineal durante o TP foi a *Scoping Review*, que será apresentada no capítulo que se segue.

A mudança de paradigma na obstetrícia, a importância do protagonismo que a mulher pode e deve ter durante o TP, os benefícios e a aparente percepção da promoção do bem-estar materno-fetal decorrente da adoção da verticalidade no TP motivaram o interesse em explorar e aprofundar esta temática do impacto da verticalidade na prevenção do trauma perineal.

A opção por esta metodologia deve-se ao facto de este tipo de revisão permitir mapear a evidência disponível sobre determinado tema, campo, conceito ou questão (Aromataris & Munn, 2020). Esta *ScR* foi realizada de acordo com o estabelecido pela *Joanna Briggs Institute*[®] (JBI[®]) para a condução e elaboração de *ScR*, onde consta a questão de revisão, os critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa, a seleção dos estudos relevantes, a extração, apresentação dos principais resultados e respetiva análise. Desta forma, e cumprindo as etapas anteriormente referidas, construiu-se um protocolo de *ScR* (Apêndice V).

Numa primeira etapa, definiu-se a questão de revisão: “*Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?*” com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a adoção de posições verticais e qual a sua influência na prevenção do trauma perineal durante o TP. Após a definição dos critérios de inclusão, estabeleceu-se a mnemónica, população, conceito, contexto e o tipo de estudos a considerar, tendo sido considerada toda e qualquer evidência que se referia à prática de ESMO e que responda à questão de investigação (quadro nº 1).

Quadro nº 1 – Critérios de inclusão

Participantes	Parturientes
Conceitos	Verticalidade, TP, períneo
Contexto	<i>Open</i>
Tipos de estudos	Estudos qualitativos e quantitativos

De seguida foram pesquisados os termos no *Browser Medical Subject Headings* (*MeSH*) para validação dos descritores em saúde, após a leitura e interpretação das *Scope Notes*.

Com base nos conceitos estipulados nos critérios de inclusão foram selecionados os seguintes descritores: "Verticalization*", "Patient Positioning", "Birthing Positions*", "Upright labor positions*", "Vertical*", "Upright*", "Posture", "Birth*", "Term Birth", "Parturition", "Childbirth*", "Labor*", "Labor, obstetric", "Delivery, obstetric", "Perineum", "Lacerations" e "Tears and Lacerations**".

Para o desenvolvimento desta ScR foi realizada uma pesquisa limitada nas plataformas EBSCOhost - research databases e Pubmed, através da utilização dos termos MeSH identificados e combinações de palavras-chave. Desta forma, foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, PubMed e a literatura cinzenta foi obtida na plataforma on-line Google Académico. Posto isto, a pesquisa nas bases de dados/ plataformas ocorreu no dia 21 de Julho de 2023, mediada pela relação dos operadores booleanos, "AND" e "OR", obtendo-se a expressão de pesquisa booleana "(Verticalization OR Patient Positioning [MeSH] OR Birthing Positions OR Upright labor positions OR Vertical OR Upright OR Posture [MeSH]) AND (Birth OR Term Birth [MeSH] OR Parturition [MeSH] OR Childbirth OR Labor OR Labor, obstetric [MeSH] OR Delivery, obstetric [MeSH]) AND (Perineum [MeSH] OR Lacerations [MeSH] OR Tears and Lacerations", limitada no friso temporal de 2018 a 2023, analisada pelos pares, com free full text disponível, em inglês, português e espanhol, como se pode verificar no quadro nº 2.

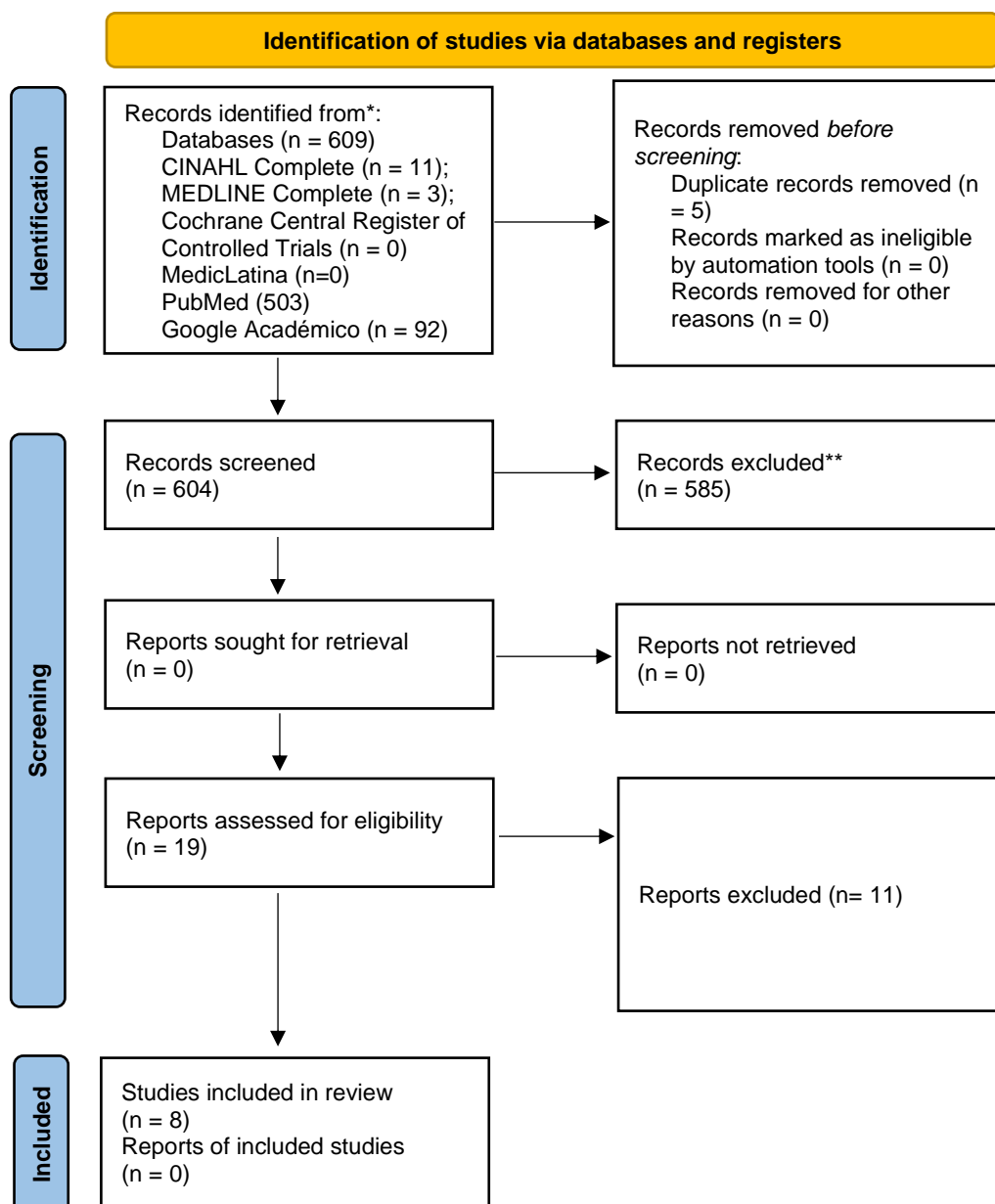
Quadro nº 2 – Estratégia de pesquisa

Search	Descritores	CINAHL Complete	Cochrane Central Register of Controlled Trials	MEDLINE Complete	MedicLatina	PubMed	Google Académicos
#1	Verticalization*	11	1	17	2	11	428
#2	"Patient Positioning"	1027	-	844	-	934	17300
#3	Birthing Positions*	36	-	4	-	713	176000
#4	Upright labor positions*	-	-	-	-	44	1090
#5	Vertical*	2161	256	7575	229	4809	68300
#6	Upright*	300	80	807	8	483	16500
#7	"Posture"	2436	-	2952	-	428	25800
#8	Birth*	11881	1292	25039	684	35230	94400
#9	"Term Birth"	99	3	124	-	5195	33700
#10	"Parturition"	1168	31	2123	17	10832	8460
#11	Childbirth*	-	-	-	-	8786	20900
#12	Labor*	-	-	-	-	68990	60700
#13	"Labor, obstetric"	361	18	458	3	2772	16400
#14	"Delivery, obstetric"	1258	-	3807	-	8635	17300

#15	"Perineum"	162	2	369	6	336	5680
#16	"Lacerations"	270	13	336	13	402	11600
#17	Tears and Lacerations	-	-	-	-	257	3020
#18	Verticalization* OR "Patient Positioning" OR Birthing Positions* OR Upright labor positions* OR Vertical* OR Upright* OR "Posture"	5669	335	11477	233	10208	107000
#19	Birth* OR "Term birth" OR "Parturition" OR Childbirth* OR Labor* OR "Labor, obstetric" OR "Delivery, obstetric"	13374	1319	27742	693	102970	18100
#20	"Perineum" OR Lacerations* OR Tears and Lacerations*	420	15	683	18	665	6600
#21	Verticalization* OR "Patient Positioning" OR Birthing Positions* OR Upright labor positions* OR Vertical* OR Upright* OR "Posture" AND Birth* OR "Term birth" OR "Parturition" OR Childbirth* OR Labor* OR "Labor, obstetric" OR "Delivery, obstetric" AND "Perineum" OR Lacerations* OR Tears and Lacerations*	11	-	3	-	503	92

Após a realização da pesquisa completa, os documentos potencialmente relevantes foram extraídos na íntegra e os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram apresentados numa extensão de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses for ScR (PRISMA2020-ScR)*. Na primeira etapa, *Identification*, foram identificados 609 artigos, tendo sido removidos 5 duplicados, totalizando assim 604 artigos. Na etapa *Screening*, foi excluído 1 artigo da base de dados *CINAHL Complete* e 3 da plataforma Google Académicos por não se encontrarem nos idiomas incluídos nos critérios de inclusão, 3 da *CINAHL Complete*, 2 da *MEDLINE Complete*, 491 da *PubMed* e 85 do Google Académicos por não contemplarem os critérios de inclusão. Posteriormente,

com a leitura integral dos artigos, foi verificada a presença ou ausência da definição clara dos objetivos do estudo, da sua metodologia e da apresentação ou não da discussão dos resultados, sendo que da base de dados *CINAHL Complete* foram excluídos 4 artigos, da *MEDLINE Complete* foi excluído 1 artigo, da *PubMed* foram excluídos 3 artigos e do Google Académicos foram excluídos 3 artigos por não apresentarem contributos para a investigação em curso. Tendo em conta o processo seletivo, na etapa *Included*, foram incluídos 3 artigos finais da Plataforma *EBSCOhost - Research Databases*, 4 artigos da base de dados *PubMed* e 1 artigo da plataforma Google Académicos, totalizando oito artigos com fortes contributos para a investigação desta *ScR* (n = 8), como se pode verificar na Figura nº 1.



Fonte: (Page et al., 2021)

Figura 1 - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only

Os dados foram extraídos utilizando o *Data extraction instrument* de acordo com as indicações do manual da JBI[®] e que pode ser consultado no apêndice II do protocolo da ScR. Os dados extraídos incluem conteúdos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e conclusões-chave relevantes para a questão de revisão.

As conclusões dos oito estudos atestam que existem benefícios maternos, neonatais, infantis e ganhos em saúde associados à aplicação de posições verticais durante o TP, independentemente da conceptualização das mesmas e que a posição dorsal e de litotomia se encontram em desuso, sendo apenas implementadas quando é necessária uma monitorização mais rigorosa, no caso do registo CTG manifestar alterações suspeitas ou patológicas. Desta forma, apresenta-se o quadro nº 3 com o resumo da caracterização e análise dos principais resultados dos artigos selecionados.

Quadro nº 3 – Caracterização e principais resultados dos artigos incluídos

Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<i>“The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis”/ Dondu Kurnaz, Zeynep Balacan e Zekiye Karacam/ Journal of Education and Research in Nursing (NERN)/ 2022,19(4)</i>
Contributos para a investigação	Os autores reforçam a segurança da adoção de posições verticais durante o TP. Os EEESMO's devem ter formação sobre as possíveis e diferentes posições de parto e quais os seus efeitos no TP, devendo ser desafiados e sensibilizados, a nível institucional, através do planeamento e implementação de programas educacionais. Por outro lado, as grávidas/ parturientes também devem ter fácil acesso a educação e informação sobre todo o processo de TP e sobre a importância da adoção da verticalidade, para que possam escolher livremente a posição de parto, conforme sua preferência e conforto.
Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<i>“Perineal care and outcomes: In a birth center”/ Gisele Lopes, Nathalie Leister e Maria Riesco/ Texto & Contexto Enfermagem/ 2019, 28: e20180168</i>
Contributos para a investigação	A verticalidade durante o TP pode reduzir as taxas de episiotomia, a duração do segundo estágio do TP, a ocorrência de parto instrumentado, mas também a taxa de integridade perineal; aumenta a ocorrência de lacerações de grau I e II e não teve associação com a ocorrência de lacerações de graus III e IV.
Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<i>“How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic Review”/ Maria Healy, Viola Nyman, Dale Spence, Rene Otten e Corine Verhoeven/ PLoS ONE/ 2020, 15(7): e0226502</i>
Contributos para a investigação	Relativamente às posições de parto, este estudo concluiu que a posição de cócoras e o agachamento diminuem a intensidade da dor no período expulsivo e que as primíparas ao adotarem a posição sentada estão menos propensas à realização de episiotomia e mais à ocorrência de trauma perineal. O período expulsivo prolongado está associado à realização de mais episiotomias e que as posições verticais estão associadas a uma redução da duração deste mesmo período. As mulheres devem ser sensibilizadas e educadas em relação a todas as posições possíveis durante o parto, devendo ser

	<p>encorajadas a adotar o posicionamento que lhes seja mais confortável e cómodo durante o TP, de forma a que se possam posicionar de forma livre e voluntária.</p>
Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<p>“Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise”/ Bruna Rocha, Cláudia Zamberlan, Hedioneia Pivetta, Bianca Santos e Bibiana Antunes/ Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ 2020, 54: e03610</p>
Contributos para a investigação	<p>O número de lacerações perineais aumenta quando o parto ocorre em posições verticalizadas, mas existem muitos benefícios na adoção das mesmas, como, por exemplo, a rotação dos fetos que se encontram em variedades não favoráveis à progressão do TP, levando a concluir que os benefícios superam os riscos. As mulheres devem ser encorajadas a adotar posições verticalizadas. Quando comparadas com a posição de litotomia podem prevenir traumas graves do períneo e reduzir as intervenções obstétricas desnecessárias. Existem fatores que influenciam negativamente os desfechos perineais após os partos.</p>
Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<p>“Do We Know How to Avoid Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIs) in Non-Supine Birth Positions? A Retrospective Cohort Analysis”/ Zilma Reis, Glaucia Pereira, Anna Vianini, Marilene Monteiro e Regina Aguiar/ Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia/ 2019, 41:581–587</p>
Contributos para a investigação	<p>Nenhuma associação significativa foi encontrada entre o posicionamento na hora do parto e a ocorrência de lacerações graves III e IV. A ocorrência de lesões perineais graves é multifatorial, não sendo os fatores de risco isoladamente responsáveis pela sua incidência. Desta forma, conhecer os fatores de risco é extremamente importante durante o TP, para que se possa dirigir as intervenções de ESMO e o aconselhamento sobre a alternância de posicionamentos, com o intuito de atingir melhores resultados maternos e fetais, que se traduzirão a curto, médio e longo prazo em melhores resultados de saúde obstétrica e ginecológica da mulher.</p>
Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<p>“Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal”/ Marcella Souza, Laryssa Farias, Gabriela Ribeiro, Tatiane Coelho, Camila Costa, Ana Damasceno/ Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ 2020, 54: e03549</p>
Contributos para a investigação	<p>Nenhuma associação significativa foi encontrada entre a posição adotada no momento de parto, seja ela horizontal ou vertical, e a ocorrência de lacerações perineais. Também não foi encontrada uma relação significativa entre o peso do RN e o Índice de Apgar, no que diz respeito a ocorrência de lacerações perineais. Foi encontrada uma relação significativa entre a posição adotada no momento do parto e a realização de episiotomia levando a concluir que as parturientes que adotam posições horizontais no 2º estágio do TP têm maior tendência à realização de episiotomia.</p>
Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume	<p>“Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective Pelvic Floor In Pregnancy And Childbirth (POPRACT) - cohort study”/ Markus Jansson, Karin Franzén, Ayako Hiyoshi, Gunilla Tegerstedt, Hedda Dahlgren e Kerstin Nilsson/ <i>BioMed Central Pregnancy and Childbirth</i>/ 2020, 20:749</p>
Contributos para a investigação	<p>O risco de ocorrência de lacerações perineais grau II aumenta significativamente quando existem fatores de risco associados como parto pós-termo, parto instrumentado por ventosa e peso fetal superior a 4000 gramas. As posições maternas com reduzida flexibilidade do sacro diminuem significativamente o risco de</p>

	<p>ocorrência de laceração grau II e nenhuma delas esteve associada a lacerações perineais graves. No que diz respeito às lacerações perineais graves (III e IV), o parto instrumentado por ventosa e o peso fetal superior a 4000 gramas também são fatores de risco que aumentam significativamente o risco da sua ocorrência. A incidência de lacerações perineais em partos vaginais é alta e conhecer os fatores que podem interferir na sua ocorrência torna-se fundamental tendo em conta o prejuízo causado na vida das mulheres a curto, médio e longo prazo.</p>
<p>Título do artigo/ Autores/ Revista/ Ano, volume</p>	<p><i>“Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data”/ Li Thies-Lagergren, Trine Uldbjerg, Rikke Damkjær Maimburg / Women and Birth/ 2020, 33: 15-21</i></p>
<p>Contributos para a investigação</p>	<p>Independentemente da paridade, o parto realizado em banco de parto aumenta o risco de ocorrência de lacerações perineais e reduz as taxas de períneo íntegro, quando comparado com mulheres que pariram em outras posições. No grupo das múltiplas que pariram com apoio de banco de partos, verificou-se um maior número de partos na posição occipital-posterior persistente, pelo que os autores defendem que possa ter influenciado a ocorrência e a gravidade das lacerações, com o aumento de lacerações de grau II, III e IV. Por outro lado, a utilização do banco de partos pode facilitar o parto vaginal, mesmo em apresentações menos favoráveis como é o caso da occipital posterior persistente.</p>

Sendo os benefícios da adoção da verticalidade durante o TP identificados de uma forma quase transversal em todos artigos, são descritos, seguidamente, na apresentação e análise dos dados.

3.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos estudos revistos nesta *ScR* é consensual que o TP é um dos momentos mais importantes da vida de uma mulher. A forma como ela o experiencia é determinante para a sua vida e qualidade de vida no período pós-parto. A mudança de paradigma no mundo da obstetrícia imposta pela sociedade, traz cada vez mais aos blocos de partos, mulheres com necessidades acrescidas de educação e de informação, mas também mulheres cada vez mais informadas, empoderadas a vivenciar de forma positiva e ativa no seu TP e no nascimento dos seus filhos.

Sendo o parto um evento de vida significativo na vida de uma mulher, a experiência vivenciada pode influenciar positiva ou negativamente a sua qualidade de vida a curto, médio e longo prazo, assim como os cuidados prestados ao RN (Healy et al., 2020 & Lopes et al., 2019).

Estima-se que mais de 85% das parturientes tenham algum tipo de trauma perineal durante o TP, de forma cirúrgica (episiotomia) ou traumática (laceração) (Lopes et al., 2019) e estas lesões afetam maioritariamente as mulheres primíparas. Nas primíparas são relatadas taxas entre os 35,1% e 78,3% de lesões perineais de grau II quando comparadas com as taxas das múltiparas que normalmente ficam entre os 34,8% e os 39,6%. Nas lacerações mais graves (III e IV) também são as primíparas as mais afetadas, registando-se taxas de 5,1%-8,3% relativamente a 1,8%-2,8% nas múltiparas.

É importante também referir que na Suécia registou-se um aumento das taxas de lesões perineais graves (III e IV) em primíparas de 2,9% para 5,1% desde 1990 até 2016 (Jansson et al., 2020).

As complicações do trauma perineal normalmente estão associadas à alteração da mobilidade, da eliminação vesical e intestinal, à (in)capacidade de prestar cuidados ao RN, entre outras atividades de vida diária (Hartinah et al., 2021; Lopes et al., 2019).

As lacerações altas do canal vaginal (ocorridas acima do terço distal da vagina) podem ser responsáveis pela avulsão do músculo levantador do ânus, as lacerações de grau II (onde se incluem as episiotomias) podem ser prejudiciais à função sexual da mulher e aumentar o risco de prolapso do órgão pélvico no futuro e as lacerações perineais de graus III e IV são o maior fator de risco obstétrico para o desenvolvimento de incontinência fecal em mulheres (Jansson et al., 2020).

A cultura, os ambientes de nascimento e as práticas de trabalho afetam a possibilidade da abordagem fisiológica do TP. É essencial que as mulheres com uma gravidez simples e de baixo risco possam ser educadas, sensibilizadas e empoderadas para fazer uma escolha informada e obter acesso a serviços onde possam planejar o seu TP de forma livre com EEESMO's competentes e sensibilizados para o tema e que defendam a abordagem fisiológica do TP (Healy et al., 2020).

No que se refere à incorporação da evidência científica na prática de obstetrícia, a literatura sinaliza dois tipos de barreiras, as institucionais e as profissionais. A política institucional, as condições de trabalho, o reduzido número de profissionais de saúde para a assistência a partos nas instituições são fatores determinantes na experiência vivenciada pelas parturientes (Healy et al., 2020; Kurnaz et al., 2022; Rocha et al., 2020).

Do lado das barreiras profissionais, surgem como principais obstáculos, a formação, principalmente na área médica, que se rege ainda pelo modelo biológico direcionado pela atitude intervencionista do médico no decurso do parto, sendo que em alguns locais ainda se observa uma resistência dos mesmos em aderir às boas práticas obstétricas e em romper com o antigo paradigma tecnicista de cuidado.

Neste contexto, os EEESMO's, profissionais com sensibilidade para entender o parto como um momento único e subjetivo na vida de uma mulher, respeitando a sua fisiologia, assumem um papel preponderante na mudança de paradigma do modelo de prestação de cuidados obstétricos uma vez que, cada vez mais o setor da saúde prioriza e elege a formação diferenciada, baseada na evidência científica sendo esta o pilar para o cuidado e a tomada de decisão, abrindo e mantendo o caminho ao protagonismo das mulheres e à humanização da assistência em todo o processo de TP e nascimento (Healy et al., 2020; Rocha et al., 2020).

Desta forma, é fundamental que o enfermeiro obstétrico tenha um papel preponderante na sua própria formação, na capacidade de comunicação, educação, empoderamento das mulheres no seu TP (Kurnaz et al., 2022), sendo também necessário que os que acompanham o TP adotem práticas para manter a fisiologia do TP, respeitando a autonomia das parturientes (Lopes et al., 2019), não intervindo desnecessariamente, mas sim, apenas na presença de desvios da normalidade (Pinheiro et al., 2012).

A qualidade da assistência por parte da equipa de profissionais de saúde à parturiente e o impacto que estas têm na vida de cada uma, são motivos de preocupação, pelos efeitos adversos que o excesso de intervenções parece ter sobre a evolução do TP e os prováveis desfechos perineais. O uso criterioso de intervenções desnecessárias no TP e a adoção de práticas baseadas na evidência científica têm sido apontados como pilares na prática de ESMO contribuindo para a eficácia e boa evolução do TP, bem como

para o alcance de resultados favoráveis à parturiente, feto/ RN e na redução de traumas perineais graves (Lopes et al., 2019).

Quando não existe intervenção da equipa de profissionais de saúde no TP ou quando as parturientes são deixadas por conta própria, elas tendem a adotar as posições de conforto para si e para o feto, e neste momento é importante terem em atenção os seus instintos durante a contratilidade uterina característica e escolher a posição mais confortável para o momento, pois são estes instintos que orientam mãe e feto durante o TP (Kurnaz et al., 2022).

A verticalidade pode assumir várias definições, neste contexto, é entendida como a adoção de posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da parturiente como, por exemplo, a posição de pé, ajoelhada, sentada, de cócoras ou de gatas (Mineiro et al., 2016).

No entanto, esta definição não é consensual como por exemplo, Lopes et al. (2019) consideram posições verticais como as posições de cócoras, de pé e ajoelhada, enquanto que as posições não verticais são as de semissentada, sentada, quatro apoios e lateral; no estudo de Reis et al. (2019) a posição sentada, ajoelhada, joelho/ cotovelo ou quatro apoios, agachada e de pé são vistas como posições verticais e posições como a semirreclinada, lateral e de litotomia pertencem ao grupo das posições supinas. Já Healy et al. (2020), consideram verticalidade a adoção das posições de pé, agachada ou ajoelhada e como posições supinas a lateral, de litotomia e a semirreclinada. Por sua vez, Rocha et al. (2020) definem posições verticalizadas como a posição de cócoras (com/sem uso de banco de parto ou com/ sem sustentação do acompanhante), semilateral, lateral, quatro apoios e posição de pé, sendo a posição de litotomia/ horizontal entendida como parturiente deitada na marquesa de parto (com/sem uso de pernas de apoio) ou em posição dorsal; para Souza et al. (2020) as posições de parto horizontais são as de semissentada, deitada e em decúbito lateral esquerdo e as posições de parto verticais são as posições de cócoras, Gaskin, em banco de parto e de pé/joelhos; Jansson et al. (2020) definem posições flexíveis do sacro, onde estão incluídas as posições de agachada, ajoelhada ou lateral e as posições com flexibilidade reduzida do sacro onde se incluem a adoção da posição de litotomia, supina e sentada durante o TP; e, por último, Kurnaz et al. (2022) nomeiam qualquer posição que apoie os pés da parturiente no chão como posição vertical (de pé, sentada, agachada, ajoelhada), posição horizontal como a adoção de qualquer outra posição que apoie a região dorsal no leito (posição supina e litotomia) e ainda posição semihorizontal (entendida como a posição lateral).

As duas grandes barreiras para a adoção da verticalidade durante o TP é a possível ineficácia e ineficiência na monitorização cardiotocográfica do feto (muitas vezes otimizada

pela adoção de posições horizontais) e a ocorrência de trauma perineal (Kurnaz et al., 2022).

Em termos estatísticos, apenas a Suécia apresenta números satisfatórios de adoção da verticalidade durante o TP, com 70% das primíparas e 83% das múltiparas a assumirem posições verticais durante o TP, 37% das parturientes italianas, 9% das parturientes dos Estados Unidos da América e apenas 0,3% das parturientes turcas realizam o segundo estágio do TP na posição vertical (Kurnaz et al., 2022), o que contraria os resultados obtidos pelo estudo de Jansson et al. (2020) em que afirmam que na Suécia, a maioria das mulheres assumiram durante o parto posições não flexíveis de sacro (82,2%), sendo a posição de litotomia a que regista maior adesão.

É importante também referir que na Suécia registou-se um aumento das taxas de lacerações perineais graves (III e IV) em primíparas de 2,9% para 5,1% desde 1990 até 2016 (Jansson et al., 2020).

Já no Brasil, um país conhecido pela sua elevada taxa de incidência de partos distócicos por cesariana, num estudo realizado a 415 mulheres numa casa de partos autónoma, onde as mulheres podiam escolher livremente a posição de parto, a posição preferencial adotada pelas parturientes durante o parto foi a posição semissentada (30,8%), seguida da posição de cócoras (19,9%) e, por último, a posição sentada (18,2%). Apenas uma mulher pariu na posição supina. Neste estudo a maior prevalência de trauma perineal foi a laceração grau I (61,9%) seguida da laceração grau II (26,3%). 11,8% das mulheres mantiveram um períneo íntegro, não há registo de episiotomias, nem de ocorrência de lacerações de grau III e IV (Lopes et al., 2019).

Ainda no Brasil, mas num estudo realizado numa maternidade em que, apesar do TP ser assistido por EEESMO's, os médicos eram os principais responsáveis pelos partos. Das 1728 mulheres incluídas no estudo, 86,2% apresentaram um parto em posição supina e 13,8% em posição vertical, sendo que a mais comumente escolhida para parir foi a posição semirreclinada. A maioria destas mulheres apresentou lacerações perineais, mais especificamente, 36,1% lacerações grau I, 42,4% lacerações grau II, 2,5% lacerações grau III e, por último, 0,2% de lacerações grau IV, sendo que este último grupo de lacerações (IV) ocorreu na posição de litotomia, semirreclinada e sentada. Foram realizadas episiotomias a 18,3% das parturientes (Reis et al., 2019).

No entanto, para Souza et al. (2020) esta é uma realidade do país em questão uma vez que, as taxas de episiotomias rondam os 75% de todas as primíparas e 50% das restantes. Por sua vez, Espanha apresenta um percentual semelhante na ordem dos 70,3%.

No que diz respeito à adoção da verticalidade e da sua possível influência na ocorrência de lacerações perineais, Souza et al. (2020) vêm ainda corroborar os achados de Reis et al. (2019) através de um estudo realizado a 226 parturientes, em que 80,1% preferiram parir em posições horizontais, sendo a posição semissentada a de maior preferência das mulheres quando comparadas com as 19,9% de parturientes a optarem pela adoção das posições de parto verticais, sendo neste grupo a de cócoras a posição preferencial. No que respeita às lacerações perineais espontâneas, 70,4% das mulheres apresentaram algum tipo de trauma perineal, das quais 32,7% apresentaram laceração grau I e II, 4,9% apresentaram laceração grau III e não houve registo da ocorrência do tipo de laceração grau IV. A episiotomia foi praticada em 10,2% das parturientes.

No posicionamento vertical durante o parto, mais especificamente na posição de cócoras e no uso do banco de parto, a maioria das lacerações registadas nas parturientes foi a laceração grau II. Nas posições de pé/ ajoelhada, 50% das parturientes não apresentaram trauma perineal espontâneo, no entanto 33,3% das mulheres apresentaram lacerações grau III (Souza et al., 2020).

Também num estudo realizado na Dinamarca a 10629 mulheres, 1171 pariram em banco de partos, verificando-se um aumento do risco de ocorrência de lacerações perineais e uma redução das taxas de integridade perineal, quando comparado com mulheres que pariram em outras posições, independentemente da paridade (Thies-Lagergren et al., 2020).

Por sua vez, também Jansson et al. (2020) encontraram resultados similares a Reis et al. (2019) e Souza et al. (2020) uma vez que, a maioria das mulheres assumiram posições não flexíveis de sacro (82,2%), com 55,6% destas a optarem pela posição de litotomia e 23,8% pela posição sentada. Do lado das posições que permitem maior flexibilidade do sacro, apenas 17,2% das parturientes as adotaram no momento do parto, sendo a posição lateral a que teve maior adesão (15,2%). Relativamente à ocorrência de lacerações perineais e á sua gravidade 18,2% apresentou laceração grau I, 40,6% apresentou laceração grau II, 7,3% das parturientes apresentaram lacerações grau III e, por último, 0,35% apresentaram lacerações grau IV.

A adoção da verticalidade e a liberdade de movimentos que esta proporciona durante o TP aumenta a participação ativa e a satisfação das parturientes relativamente a todo o seu processo de TP sendo recomendada, tendo em conta a evidência científica (DGS, 2023b; WHO, 2018), porque melhora o fluxo uteroplacentário/impede a compressão dos grandes vasos maternos ganhando cerca de 30-40 mmHg de pressão intrauterina (Mineiro et al., 2016), permite a ampla mobilidade da pélvis, não restringindo o seu movimento e permite a atuação e a sincronia entre parturiente, feto e força da gravidade.

A verticalidade também potencia o efeito da contratilidade uterina, diminui o tempo do segundo estágio do TP, aumenta o fluxo sanguíneo ao feto, facilita os primeiros movimentos cardinais do TP, atenua a percepção da dor e aumenta a sensação de autocontrole da parturiente. Por conseguinte, a adoção de posições verticais durante o TP, reduz o risco de parto instrumentado ou cirúrgico, a necessidade de realização de episiotomias e todos os riscos relacionados com a morbidade materna que possam surgir durante o TP (Kurnaz et al., 2022; Lopes et al., 2019; Mineiro et al., 2016; Nilsen et al., 2011; Reis et al., 2019; Rocha et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2020; Vaz et al., 2021; WHO, 2018).

Posto isto, pode-se afirmar que a adoção da verticalidade no TP é necessária e importante para o bem-estar materno-fetal, neonatal e infantil (Kurnaz et al., 2022; Lopes et al., 2019). Um outro benefício, não menos importante, da verticalidade é o aumento do envolvimento ativo do acompanhante no processo de TP (Reis et al., 2019).

O principal motivo pelo qual é defendida a adoção das posições verticalizadas durante o parto é a ação da força da gravidade no feto e na cavidade pélvica, que contribui para a modificação dos ângulos da pélvis, o que não se verifica na adoção da posição de litotomia, já que esta forma uma curvatura do canal vaginal pouco favorável à evolução fisiológica do parto (Mineiro et al., 2016; Rocha et al., 2020), dificultando, por isso, a descida do feto no período expulsivo, contribuindo também para o aumento das intervenções obstétricas, como a realização de episiotomias, sendo que a adoção da verticalidade durante o período expulsivo reduz significativamente essas taxas (Rocha et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2020).

Apesar do número de lacerações perineias aumentar quando o parto ocorre em posições verticalizadas, também se verificam muitos benefícios na adoção das mesmas, nomeadamente, a rotação dos fetos que se encontram em variedade occípito-ilíaca-posterior para a occípito-ilíaca-anterior durante o TP (Rocha et al., 2020). No estudo de Thies-Lagergren et al. (2020), no que diz respeito ao grupo das múltiparas que pariram com apoio de banco de partos, verificou-se um maior número de partos na posição occipital-posterior persistente, pelo que os autores defendem que possa ter influenciado a ocorrência e a gravidade das lacerações ocorridas (lacerações de grau II, III e IV), mas que por outro lado, a verticalidade e a utilização do banco de partos pode ter facilitado o parto vaginal em apresentações menos favoráveis, levando a concluir que os benefícios superam os riscos e por isso as parturientes devem ser encorajadas pelos EEESMO's a adotar posições verticalizadas, conforme a sua preferência e conforto (Rocha et al., 2020).

No que diz respeito ao TP na posição de litotomia, os estudos indicam que, esta aumenta o nível de dor e desconforto (Kurnaz et al., 2022; Rocha et al., 2020), está

associada a desvios da normalidade da monitorização cardiotocográfica, potencia as taxas de episiotomias e diminui a prevalência de parto vaginal espontâneo (Lopes et al., 2019; Rocha et al., 2020), pelo que está normalmente conotada, como um fator de risco para o desenvolvimento de trauma perineal grave (Kurnaz et al., 2022), o que contraria os achados de Jansson et al. (2020) que defendem que a adoção de posições de reduzida flexibilidade do sacro diminuem significativamente o risco de ocorrência de laceração grau II e que não estão associadas a lacerações perineais graves.

Existe ainda uma relação significativa entre a posição adotada no momento do parto e a realização de episiotomia uma vez que, no estudo realizado por Souza et al. (2020) todas as mulheres submetidas a episiotomia estariam em posições horizontais e, portanto, de fácil acesso ao períneo, levando a concluir que as parturientes que adotam posições horizontais no segundo estágio do TP tem maior incidência à realização desta intervenção. O que corrobora os achados de Thies-Lagergren et al. (2020) que verificaram que ao parirem em banco de partos, as parturientes, registaram menores taxas de realização de episiotomias. Por outro lado, a realização de episiotomia demonstrou ser protetora da ocorrência de lesões perineais grau III e IV em partos instrumentados. Contudo, no parto vaginal espontâneo a ocorrência do trauma perineal grave decresce quando a realização da episiotomia passa de rotineira a pontual ou restrita (Jansson et al., 2020).

Na realização do seu estudo, Lopes et al. (2019) verificaram que o risco de ocorrência de lacerações grau II é mais reduzido nas parturientes que assumem posições não verticais no segundo estágio do TP, quando comparadas com as que adotam posições verticais, uma vez que, em posições verticalizadas, além do aumento da ocorrência de lacerações grau II, há, também, evidência de uma redução da taxa de integridade perineal. No entanto, em nenhum dos grupos se verificou a ocorrência de lacerações de graus III e IV. No caso de partos em posição lateral verificou-se o aumento da taxa de integridade perineal e quando comparada a outras posições, contribui para a redução de lacerações de grau II (Lopes et al., 2019).

Já o estudo de Kurnaz et al. (2022) demonstra que a adoção da verticalidade durante o TP diminui a probabilidade de realização de episiotomias, aumentando, porém em 1,4 vezes mais a ocorrência de lacerações de grau I, não demonstrando qualquer influência na manutenção de um períneo íntegro, nem na ocorrência de lacerações de grau II, III e IV logo, a verticalidade não tem influência na lesão do esfíncter anal.

Em contrapartida, Reis et al. (2019) e Souza et al. (2020), em estudo distinto referem não haver associação significativa entre a posição de parto, seja ela vertical ou horizontal, e a ocorrência de lacerações perineais graves (III e IV).

A lesão perineal profunda pode acontecer quando há fatores de risco, nomeadamente, fetos macrossómicos, ocorrência de edema vulvar e/ ou rigidez perineal, utilização de analgesia regional, realização de manobra de Kristeller, parturientes primíparas e variedade fetal (Kurnaz et al., 2022), local onde ocorre o parto, a assistência, apoio e cuidados prestados pelos profissionais de saúde envolvidos (Lopes et al., 2019).

A idade materna assume-se igualmente, como um fator de risco para o desenvolvimento de trauma perineal durante o TP, aumentando o risco de laceração perineal em 4% (sendo mais frequentes as lacerações grau II) assim como, o segundo estágio do TP prolongado, superior a duas horas, também aumenta em 2,8 vezes mais este risco. A duração do segundo estágio do TP é apontada como um fator relacionado com a laceração perineal, quanto mais longo for o período expulsivo, maior a probabilidade de ocorrer trauma perineal e de maior gravidade (Lopes et al., 2019), assim como o aumento da incidência de episiotomias (Healy et al., 2020).

A investigação realizada por Lopes et al. (2019), sugere que a multiparidade e a posição adotada durante o TP podem reduzir significativamente o risco de desenvolvimento de trauma perineal, aumentando a taxa de integridade perineal. As posições lateral, sentada, semissentada e quatro apoios são, também, consideradas como fatores de proteção perineal para a ocorrência de lacerações, uma vez que na posição lateral, a taxa de ocorrência de trauma perineal foi 67% menor, na posição de quatro apoios 56% menor e nas posições semissentada e sentada registou-se uma redução de 51%, não só relativamente à sua ocorrência como também à sua gravidade. Verificou-se maior integridade perineal quando as parturientes adotaram as posições lateral e de quatro apoios.

Resumidamente, a verticalidade está associada ao aumento significativo das dimensões ósseas pélvicas, pelo que, se o progresso do TP for mais lento, deve-se encorajar a parturiente a mudar de posição, principalmente quando esta se encontra em posições horizontais, favorecendo a boa evolução do TP e a facilitação do nascimento (Healy et al., 2020).

O modelo de atenção centrado nas parturientes pode estar relacionado com o impacto dos desfechos perineais e a continuidade dos cuidados prestados por EEESMO's, uma vez que contribui em grande escala para um parto fisiológico, usando criteriosamente as intervenções estritamente necessárias e relacionadas com os bons resultados maternos, fetais e neonatais (Lopes et al., 2019).

Os oito estudos analisados reforçam a segurança na adoção de posições verticais durante o TP, sendo importante a consciencialização dos seus benefícios, mas também o

conhecimento e familiarização dos fatores de risco associados para a tomada de decisão dos EEESMO's durante o acompanhamento e assistência das parturientes.

Deste modo, os EEESMO's devem ter formação sobre as possíveis e diferentes posições de parto e quais os seus efeitos durante o TP (parturiente e feto), devendo ser desafiados e sensibilizados, a nível institucional, através do planeamento e implementação de programas educacionais com o intuito de os instruir e auxiliar a desenvolver as suas capacidades e competências no que se refere à adoção da verticalidade, ao seu impacto no TP e à possível prevenção das lacerações do períneo (Kurnaz et al., 2022).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados especializados em ESMO assentam em três pilares muito importantes da prática clínica, a competência profissional onde se incluem os domínios da prestação e gestão dos cuidados, a responsabilidade profissional, ética e legal; a *práxis* clínica baseada na mais atual evidência científica, de forma a sustentar a tomada de decisão, a viabilidade, adequação e efetividade das ações e intervenções planeadas e realizadas, tendo em conta a individualidade da mulher, potenciando os resultados obstétricos, fetais e neonatais, melhorando a satisfação dos que necessitam de cuidados de ESMO; e, por último, o respeito pelo cliente dos cuidados, neste caso específico, a parturiente, com direito a autodeterminação, naqueles que são os seus processos fisiológicos ou patológicos. Desta forma, apesar do EEESMO estar guarnecido de competências cognitivas e técnicas para o desempenho das suas funções, o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional deve ser contínuo, sendo este dependente do seu desenvolvimento pessoal e da sua motivação, com o intuito de fazer face aos grandes desafios do paradigma da obstetrícia atual (Cerejeira et al., 2022).

O tema da adoção da verticalidade no TP e a sua influência no trauma perineal surgiu no sentido de dar respostas às exigências da obstetrícia atual e de ir ao encontro das preferências das parturientes, que cada vez mais valorizam o seu poder de tomada na decisão informada, o seu empoderamento e protagonismo no processo de TP. O EEESMO é o profissional autónomo e competente para implementar e promover a verticalidade durante o TP de forma segura e sustentada na evidência científica, primeiramente, como forma de atender às preferências das parturientes, mas também com o intuito de atingir bons desfechos maternos, no que diz respeito à ocorrência e gravidade do trauma perineal, sendo capaz de relacionar todos os fatores envolvidos, incluindo benefícios, eventuais riscos, fatores que possam influenciar positiva ou negativamente a sua implementação, indo ao encontro de proporcionar uma experiência positiva de parto, como preconizado pela WHO (2018).

Relativamente aos resultados obtidos através da realização da *ScR* e da sua partilha com a equipa de ESMO, creio que contribui para a incorporação e atualização de conhecimentos na área e para o aumento da satisfação das parturientes/acompanhantes

uma vez que, tendo em conta as preferências das parturientes e incorporando-as no plano de cuidados, estas também se sentiam melhor acolhidas e mais ativas no seu próprio TP.

No que diz respeito ao impacto que a verticalidade pode ter no trauma perineal, quando corretamente usada, os dados obtidos ao longo do estágio relativamente à reduzida percentagem tanto de episiotomias como de lacerações grau II, prevalecendo a taxa de períneos íntegros e de lacerações grau I, traduzem-se em bons desfechos perineais e corroboram os dados obtidos nesta *ScR*.

No entanto, a relação existente entre lacerações perineais e a posição adotada pelas parturientes no momento do parto ainda é controversa, necessitando de estudos bem delineados e criação de evidência científica para melhor entender esta associação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, C., Ferreira, N., Monteiro, M., & Bulcão, E. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Parto. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 115–169).
- Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, R., & Dias, H. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura - A Scoping Review*. UMIS_UI_IPSantarém: Centro de Investigação em Qualidade de Vida. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020, Outubro). *What is an episiotomy?* <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/ask-acog/what-is-an-episiotomy>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Cichowski, S., & Rogers, R. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 132(2), e87–e102. http://unmfm.pbworks.com/w/file/fetch/140666574/ACOG%20Practice%20Bulletin%20No.%20198_Prevention%20%26%20Mgt%20of%20Obstetric%20Lacerations%20at%20Vag%20Delivery.pdf
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Ayres De Campos, D., Furtado, J., Areia, A., Cirurgião, F., Fernandes, F., Guerreiro, F., Oliveira, D., Assunção, D., Carvalho, C., Soares, H., Mimoso, G., Almeida, M., Aguiar, A., Dantas, S., Águas, F., Saraiva, J., Cohen, Á., & Silva, D. (2023). *Rede de Referência Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia Grupo de Trabalho*. SNS. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>
- Ayres-De-Campos, D., Spong, C., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

- Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Varela, V. (2015). *EESMO Livro de Bolso, Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25253/padr%C3%B5es-de-qualidade-mceesmo_vf.pdf
- Consórcio Português de Dados Obstétricos. (2023, Setembro). *Dados obstétricos*. <https://cpdo.virtualcare.pt/dados-obstetricos/>
- DGS. (2023a, Janeiro 27). *NORMA: 001/2023 Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério (001/2023)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2023/01/27/organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio/>
- DGS. (2023b, Maio 10). *Orientação DGS: Cuidados de Saúde durante o trabalho de parto (002/2023)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- DGS. (2023c, Agosto 31). *Guia para grávidas*. SNS24. <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>
- EURO PERISTAT. (2013, Maio). *Euro-Peristat project with SCPE and Eurocat*. European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. <https://www.europeristat.com/index.php/our-indicators/euro-peristat-perinatal-health-indicators-2010.html>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 308–320)
- FIGO. (2015, Novembro 23). *Available to view: Intrapartum Fetal Monitoring Guidelines*. FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics. <https://www.figo.org/news/available-view-figo-intrapartum-fetal-monitoring-guidelines>
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução de Trabalho de Parto. In Lidel (1ª Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356–367)
- Hartinah, A., Usman, A. N., Sartini, Jafar, N., Arsyad, M. A., Yulianty, R., Sirenden, H., & Nurung, J. (2021). Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife. *Gaceta Sanitaria*, 35, S216–S220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.024>

- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R., & Verhoeven, C. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS ONE*, 15 (7), e0226502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>
- Jansson, M., Franzén, K., Hiyoshi, A., Tegerstedt, G., Dahlgren, H., & Nilsson, K. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT - cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(749). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
- Kurnaz, D., Balacan, Z., & Karaçam, Z. (2022). The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 383–395. <https://doi.org/10.5152/jern.2022.09454>
- Lopes, G., Leister, N., & Riesco, M. (2019). Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28, e20180168. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>
- Lopes, M. (2016). Plano de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 167–169)
- Machado, M., & Graça, L. (2017). V. Parto e pós-parto: Trabalho de parto - fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In Lidel (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ª, pp. 220–228)
- Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica - episiotomia/ traumática - laceração de 1º e 2º graus). In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 142–148)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019, Maio 14). *Parecer nº 43 /2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & de Sousa, C. (2016). A posição da Mulher no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 335–347)
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(3), 557–564. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8mM8f6zHskXgYBtrsg8C8sQ/abstract/?lang=pt>

- OE. (2021, Maio 28). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parreira, P. (2005). Gestão de materiais e equipamentos. In L. Formasau - Formação e Saúde (Ed.), *As Organizações* (pp. 281–304)
- Pedro, L., & Oliveira, S. C. (2016a). A Dor no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 411–412)
- Pedro, L., & Oliveira, S. C. (2016b). Função da Dor no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 413–415)
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J., & Marques, R. (2012). *Documento de Consenso «Pelo direito ao parto normal - Uma Visão Partilhada»*. Ordem Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Reis, Z., Pereira, G., Vianini, A., Monteiro, M., & Aguiar, R. (2019). Do We Know How to Avoid OASIs in Non-Supine Birth Positions? A Retrospective Cohort Analysis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 41(10), 581–587. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697986>
- Rocha, B., Zamberlan, C., Pivetta, H., Santos, B., & Antunes, B. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 54(e03610), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Santos, M., Lopes, S., Prata, A., Sequeira, A., Freitas, C., & Carvalho, M. (2020). Avaliação do estado do períneo. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 187–207)
- Sequeira, A., Prata, A., Correia, T., Henriques, C., & Monteiro, M. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 162–169)
- Sequeira, A., Sobral, M., Prata, A., Correia, T., Monteiro, M., & Henriques, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de*

- Parto: Rutura artificial das membranas (amniotomia). In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 79–83)
- SNS. (2023a). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.instituicao=,+EPE&refine.tempo=2023>
- SNS. (2023b). *SERVIÇOS MATERNIDADE*. <https://www.sns.gov.pt/servicos/maternidade>
- SNS. (2023c). *O HOSPITAL VISÃO, MISSÃO E VALORES*. <https://www.sns.gov.pt/hospital/visao-missao-e-valores>
- Souza, M., Farias, L., Ribeiro, G., Coelho, T., Costa, C., & Damasceno, A. (2020). Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 54(e03549). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>
- Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. (2020, February 1). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. *Women and Birth*, 33(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.006>
- Varela, V., Amaral, C., Santos, M., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020a). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª edição, pp. 75–114)
- Varela, V., Amaral, C., Santos, M., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020b). Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto: Diagnóstico de início de trabalho de parto. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 75–78)
- Vaz, V., Rodrigues, M., Martins, N., Rigonato, G., Carvalho, M., Nascimento, G., Nascimento, N., & Silva, N. (2021). Benefícios da posição verticalizada no parto normal / Benefits of the upright position in normal childbirth. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 18533–18539. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-004>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Lusociência
- WHO. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

MESTRANDA:

Lisa Gaudêncio N° 210400008

Santarém, março de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
- ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA NA SALA DE PARTOS -

MESTRANDA:

Lisa Gaudêncio N° 210400008

Docente responsável: Prof^a Açucena Guerra

Santarém, março de 2023

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CMV – Citomegalovírus

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

CTG - Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

H – Hospital

RN – Recém-Nascido

RCCEE – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista

RCEEEESMO – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

VHB – Vírus da Hepatite B

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	7
2. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO.....	9
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos do 2º semestre do 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, foi-me proposto a realização de um projeto individual de estágio, tendo em conta o princípio orientador da proteção de dados e mantendo o princípio da confidencialidade das informações partilhadas¹.

Este projeto incide sobre os conceitos e princípios do estágio e pretende envolver-me, enquanto mestranda, em atividades para aquisição de competências, direcionando-me e permitindo-me trabalhar autonomamente na construção do meu próprio conhecimento, baseando a prática clínica na mais atual evidência científica. Para a sua elaboração é necessária a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano letivo do CMESMO no âmbito da prestação de cuidados especializados, das metodologias de investigação, formação e gestão, através da definição de objetivos específicos de forma faseada, de modo a que se possa ter perceção da aquisição de conhecimentos e competências em ESMO em determinados momentos, neste caso 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio em contexto de Sala de Partos.

Com a elaboração deste projeto individual de estágio, proponho-me a determinar pontos de referência para a obtenção das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO). As competências descrevem os resultados da aprendizagem e estes, por sua vez, condensam-se nos requisitos mínimos para a obtenção do grau de mestre e especialista na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO).

Este estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos pretende-se que sejam atingidos os seguintes objetivos gerais: prestar

¹ Tendo em conta a confidencialidade que deve ser mantida relativamente às informações partilhadas neste documento, garanto a proteção da informação considerada como confidencial através da escrita com cor tipo de letra branco.

cuidados especializados de ESMO à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença, integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença e, por último, elaborar um relatório de estágio.

Desta forma, a elaboração deste projeto individual de estágio pretende o desenvolvimento de aptidões e competências através da mobilização e integração das competências comuns e específicas do EEESMO, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros de forma a demonstrar: fundamentação e reflexão sobre a prática clínica em ESMO baseada na evidência científica; avaliação, divulgação e discussão dos resultados da sua ação e intervenção; desenvolvimento do autoconhecimento, da sua assertividade e da prática profissional e ética no seu campo de intervenção; e realização da sua prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, adequando a gestão dos cuidados, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto de estágio, de forma a otimizar a qualidade dos cuidados.

Como objetivos individuais, pretendo desenvolver uma consciência crítica sobre o meu processo de aprendizagem e de formação, desenvolver a capacidade de observação, recolha de dados, comunicação, análise, planeamento, realização de planos de cuidados e implementação de intervenções especializadas no âmbito da ESMO, bem como na avaliação destas, culminando com uma prestação de cuidados de ESMO individualizada, personalizada, centrada na grávida, parturiente, puérpera, RN e acompanhante, de forma a prestar cuidados de ESMO de qualidade, baseados na mais atual evidência científica.

Pretendo, desta forma, adquirir e aperfeiçoar as minhas competências na área da ESMO, mais concretamente na sala de partos, para melhor responder às necessidades de todas as parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes que necessitem de cuidados especializados em ESMO.

Relativamente aos objetivos específicos serão posteriormente apresentados e são definidos de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista (RCCEE) e com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (RCEEEESMO), definidas pela Ordem dos Enfermeiros [Regulamento n° 391/2019 (2019) & Regulamento n° 140/2019 (2019)].

O presente documento é constituído por esta introdução, seguindo-se o projeto individual de estágio, no qual irei descrever as competências que me proponho a adquirir, os objetivos específicos, atividades que pretendo realizar para lhes dar consecução, os recursos

necessários e a sua calendarização faseada, sendo que o estágio decorrerá no período compreendido entre 27 de fevereiro e 21 de julho de 2023, perfazendo vinte semanas, num total de 560 horas de contacto direto em estágio e 200 horas afetas à realização do relatório de estágio.

1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O hospital onde realizei estágio foi criado em 2013, sendo atualmente uma Entidade Pública Empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde. Abrange populações de cinco concelhos e o seu potencial de abrangência é de quase 250 mil pessoas. A missão deste hospital é a de assegurar a prestação de cuidados diferenciados, assentes em valores como a eficiência, a inovação e a qualidade organizativa e assistencial, através de uma gestão adequada e comportável de todos os recursos, com o intuito de atingir a máxima satisfação dos seus utilizadores, pretendendo se assumir como um hospital de excelência e de referência na prestação de cuidados de saúde. A integridade, ética e o respeito pelos cuidados individuais assumem-se como pilares na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes e seus familiares (, 2023a).

O desenvolvimento e a inovação assumem-se como pilares na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes, contando para isso com equipas multidisciplinares coesas com profissionais de saúde altamente qualificados para a prestação de serviços de saúde de excelência e com equipamentos tecnológicos de primeira linha. Este hospital é reconhecido como um dos melhores hospitais do país pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, promovido pela Entidade Reguladora da Saúde e como um dos três melhores hospitais do país pelo “Top 5 – A excelência dos Hospitais”. Além deste notório reconhecimento, o hospital é acreditado desde 2014 pela *Joint Commission International*, uma entidade mundialmente reconhecida e acreditadora na área da saúde. O hospital também promove políticas de sustentabilidade ambiental (, 2023b).

Este hospital oferece um leque de serviços aos seus utilizadores, subdivididos em várias áreas: área médica (onde inclui Cardiologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Imunohemoterapia, Medicina física e de reabilitação, Medicina interna, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Psicologia clínica e Psiquiatria), área cirúrgica, área da mulher e criança (na qual estão incluídos os serviços de Ginecologia, Obstetrícia e

Pediatria), área dos Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento e, por fim, a área da Urgência.

Incluídas na área da mulher e criança, o hospital disponibiliza também às suas utentes a linha de apoio à grávida e um contacto eletrónico para tratar assuntos relacionados com a interrupção voluntária da gravidez, no sentido de assegurar a privacidade e individualidade das mulheres que manifestam vontade em a realizar.

Por sua vez, a Maternidade deste hospital é a unidade que integra a consulta de Obstetrícia, o serviço de urgência obstétrica, o bloco de partos e o serviço de internamento de puerpério. Este hospital oferece e garante o direito das parturientes à presença de uma pessoa significativa de livre escolha, que fica ao seu lado durante as várias fases do trabalho de parto, participando ativamente no mesmo, fomenta a promoção do alojamento conjunto 24 horas, o contacto pele a pele e a amamentação, no sentido de promover uma melhor experiência e aumentar a satisfação dos utentes do hospital, relativamente aos serviços prestados (, 2023c).

2. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

2.1. COMPETÊNCIA: Competências comuns do enfermeiro especialista A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer e integrar o espaço físico, a equipa multidisciplinar, a sua dinâmica e o funcionamento do bloco de partos;
- Conhecer a organização e protocolos instituídos no serviço e na instituição;
- Conhecer a missão, visão e valores do serviço/ instituição, de forma a integrar-me na equipa multidisciplinar e no trabalho desenvolvido por esta.

ATIVIDADES A REALIZAR:

- Conhecimento do espaço físico e integração na dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar, de forma a prestar cuidados especializados e individualizados à grávida/ parturiente/ puérpera/ RN, demonstrando interesse e participação ativa nas rotinas de trabalho;
- Reconhecimento dos papéis e funções dos membros da equipa multidisciplinar, estabelecendo uma boa relação interpessoal com a mesma;
- Conhecimento dos protocolos e normas em vigor no serviço de forma a que a integração seja o mais linear e eficaz possível;
- Conhecimento dos circuitos existentes na Maternidade, no que diz respeito ao internamento das grávidas/ parturientes no bloco de partos, seja pela proveniência do serviço de urgência obstétrica ou pelo internamento de grávidas, circuito das parturientes/ acompanhantes no bloco de partos e eventual sala operatória, circuito das puérperas/ RN/ acompanhantes e circuitos dos RN com necessidade de internamento em Neonatologia;
- Conhecimento e familiarização com os quartos onde as parturientes/ acompanhantes permanecem durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, bem como os recursos materiais existentes nos mesmos;
- Conhecimento, familiarização e domínio do sistema informático implementado na instituição (*Glint*) e com o software *Omniview* da cardiocotografia (CTG);
- Mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano letivo do 8º CMESMO com a respetiva articulação necessária dos resultados da pesquisa bibliográfica efetuada ao longo do estágio, de modo a prestar cuidados de ESMO o mais atuais possível, de acordo com a evidência científica;
- Estabelecimento e respeito pela relação interpessoal estabelecida entre mestranda e equipa/ grávida/ parturiente/ puérpera/ acompanhante, bem como pela individualidade (ideologias, cultura, crenças, valores) das utentes/ acompanhantes a quem prestarei cuidados de ESMO no decorrer do estágio;
- Consulta dos processos clínicos, dos partogramas, dos Boletins de Saúde da Grávida (BSG) e dos planos de partos, caso existam, de forma a poder iniciar um raciocínio de estabelecimento e gestão de prioridades e de cuidados de ESMO em contexto de bloco de partos;
- Colaboração e posterior prestação de cuidados de ESMO individualizados e personalizados, tendo em conta a privacidade e confidencialidade das parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes, com o intuito de me familiarizar com as rotinas e procedimentos do serviço, de forma a, progressivamente, adquirir a autonomia nos mesmos;
- Desenvolvimento e consolidação do conhecimento, aptidões e competências, enquanto futura EEESMO, na prestação de cuidados de ESMO à parturiente/ puérpera/ RN;
- Observação e posterior preenchimento dos boletins do RN, nomeadamente Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e Boletim de Vacinação;

<ul style="list-style-type: none"> • Observação e posterior transferência das puérperas/ RN/ acompanhantes para internamento de puerpério. 	
RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar, mestranda, grávidas/ parturientes/ puérperas/ acompanhantes.	CALENDARIZAÇÃO: 1. Primeiras duas semanas do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 13/03/2023)
2.2. COMPETÊNCIA: Competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver uma prática profissional da área da ESMO de acordo com as normas legais, com os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo um ambiente terapêutico seguro, otimizando as respostas em articulação com a equipa multidisciplinar; • Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. 	
ATIVIDADES A REALIZAR: <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da minha competência na área da ESMO, relativamente aos cuidados que pretendo prestar às grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes que vivenciam momentos de transição com o trabalho de parto, parto e puerpério, necessitando de cuidados de ESMO em contexto de internamento em bloco de partos, de forma a tornar-me autónoma progressivamente, conhecendo e assegurando os direitos dos envolvidos à informação, confidencialidade e individualidade, à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados prestados; • Desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, baseada nos conhecimentos e experiência profissional que pretendo adquirir, construindo estratégias de resolução de problemas juntamente com a EEESMO cooperante e equipa multidisciplinar; • Respeito pelos valores, crenças e ideologias das grávidas/ parturientes/ puérperas/ acompanhantes, abstendo-me de juízos de valor durante a prestação de cuidados de ESMO; • Utilização dos princípios éticos e deontológicos associados aos cuidados de ESMO, de maneira a prestar cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; • Participação na tomada de decisão da equipa multidisciplinar em cumprimento com a deontologia profissional, reconhecendo a minha área de intervenção e refletindo sobre esses processos de tomada de decisão; • Reconhecimento da minha competência na área da ESMO, relativamente aos cuidados que pretendo prestar a grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's internados no serviço de bloco de partos, colaborando numa fase inicial, na implementação das intervenções juntamente com a EEESMO cooperante e, posteriormente, adquirindo a autonomia; • Identificação de oportunidades de melhoria da qualidade, estabelecendo prioridades e estratégias de melhoria; • Cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de erro humano; • Colaboração e realização da operacionalização diária do carro de reanimação cardiorrespiratória, sala operatória e mesas de apoio de reanimação neonatal (1 vez por turno); • Cooperação na reposição de stock de materiais, medicação e na contagem de estupefacientes; • Auxílio das grávidas/ parturientes/ puérperas/ acompanhantes na tomada de decisão informada e esclarecida; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, conhecendo e integrando-me nos métodos de organização de trabalho; • Utilização dos recursos existentes de forma eficiente para promover a qualidade; • Incentivo e auxílio na manutenção de um ambiente positivo e favorável à prática clínica baseada na evidência científica; • Observação e compreensão da gestão dos recursos materiais e humanos, colaborando na gestão dos recursos materiais, rentabilizando-os e otimizando-os na prestação de cuidados de ESMO; • Planeamento e otimização dos cuidados de ESMO prestados de forma a gerir prioridades, tempo e recursos materiais; • Colaboração na gestão de vagas do bloco de partos, comunicando eficazmente com equipa médica e EEESMO atribuído ao internamento de puerpério (vigilância materno-fetal e indução de trabalho de parto); • Identificação de novos momentos de aprendizagem e respetiva observação e colaboração nos mesmos; • Identificação de lacunas do meu conhecimento, procurando a evidência científica mais atual, contribuindo assim para novo conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada na área da ESMO; • Familiarização com os registos de enfermagem realizados no sistema informático <i>Glinnt</i>; • Debater com a EEESMO cooperante sobre situações clínicas específicas e formas de atuação, de modo a refletir e analisar as mesmas, alterando comportamentos e atitudes terapêuticas, caso se justifique, de forma a prestar cuidados especializados de ESMO com maior rigor e qualidade; • Realização de pelo menos três encontros ao longo do estágio e da auto e hetero avaliação no final do estágio IV, juntamente com a EEESMO cooperante e professora responsável. 	
<p>RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, professora responsável, equipa multidisciplinar, mestranda, grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes</p>	<p>CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023), mais concretamente realizar as atividades com colaboração da EEESMO até à 5ª semana de estágio, supervisionadas até à 12ª semana e, posteriormente, de forma autónoma até à 20ª semana de estágio.</p>
<p>2.3. COMPETÊNCIA: Competências comuns do enfermeiro especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1, D2</p>	
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em ESMO; • Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade junto da equipa multidisciplinar, grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes, baseando a prática clínica na evidência científica mais atual. 	
<p>ATIVIDADES A REALIZAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação da temática a investigar e a desenvolver ao longo do estágio e no relatório; • Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; • Elaboração de uma <i>Scoping Review</i>; 	

- Desenvolvimento e mobilização de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua, promovendo a incorporação desses na prestação de cuidados a grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes, suportando a minha decisão baseada no conhecimento adquirido ao longo do primeiro ano do CMESMO, dos estágios já realizados e da realização da pesquisa bibliográfica;
- Aplicação das medidas/ estratégias encontradas ao longo da pesquisa bibliográfica na população alvo, com o intuito de prestar cuidados especializados de ESMO suportados pela evidência científica mais atual;
- Realização de um relatório final de estágio, onde conste as competências adquiridas, as atividades que realizei e os resultados obtidos da pesquisa bibliográfica e das intervenções implementadas;
- Participação nas reuniões de orientação do estágio e do relatório com a EEESMO cooperante e professora orientadora;
- Realização de discussão final do estágio e do relatório elaborado.

RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, professora responsável, equipa multidisciplinar, mestranda, grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes.

CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023).

2.4. COMPETÊNCIA: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Domínio das competências comuns: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2

Domínio das competências específicas: 3.1, 3.2, 3.3

2.4.1. Na admissão/ acolhimento da grávida/ parturiente/ acompanhante no serviço de urgência obstétrica e/ ou no bloco de partos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados de ESMO na admissão/ acolhimento da grávida/ parturiente e acompanhante como parceiro e interveniente ativo no trabalho de parto e parto;
- Prestar cuidados especializados à grávida/ parturiente, favorecendo a sua adaptação ao serviço de bloco de partos, promovendo o bem-estar materno-fetal;
- Promover e potenciar a saúde da grávida/ parturiente durante o trabalho de parto, desenvolvendo capacidade de identificação precoce de situações anómalas ou complicações durante a gravidez, trabalho de parto e parto, garantindo um ambiente seguro.

ATIVIDADES A REALIZAR:

- Apresentação da equipa (mestranda e restante equipa) que receberá a grávida/ parturiente/ acompanhante, bem como o espaço físico, normas, rotinas e os circuitos da maternidade;
- Receção da grávida/ parturiente/ acompanhante em local calmo e privado, de modo a manter a confidencialidade dos mesmos e das informações fornecidas por estes;
- Demonstração de disponibilidade e atenção, sendo estes os pontos de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia para com a grávida/ parturiente/ acompanhante, de forma a que possam partilhar com a equipa as suas dúvidas e receios perante este período;
- Perceção do motivo de internamento da grávida/ parturiente no bloco de partos;

- Realização do acolhimento da grávida/ parturiente/ acompanhante e recolha de todos os dados pertinentes para a elaboração da história clínica [recolha ou confirmação de dados da consulta preconcepcional, dos antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos (diabetes prévia à gravidez ou diabetes gestacional, hipertensão arterial, doença genética, gemelaridade, consanguinidade e índice obstétrico)];
- Adaptação da linguagem ao nível sociocultural da grávida/ parturiente/ acompanhante, respeitando a sua individualidade, crenças e valores;
- Perceção do estado da vigilância da gravidez;
- Identificação ou confirmação do tipo de gravidez (planeada/desejada/aceite);
- Identificação ou confirmação dos fatores de risco pré-natal;
- Identificação de possíveis fatores de risco social;
- Averiguação da existência de hábitos aditivos;
- Confirmação ou cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP), em gravidezes não vigiadas;
- Identificação ou confirmação do estado do plano nacional de vacinação da grávida/ parturiente;
- Prestação de apoio psicológico e emocional à grávida/ parturiente/ acompanhante para a parentalidade e para a transição que se aproxima, sendo este um momento de mudança para o desenvolvimento da unidade familiar, reconhecendo o pai/ acompanhante como parceiro e interveniente em todo o processo do trabalho de parto;
- Consulta de dados laboratoriais, caso a grávida tenha realizado análises laboratoriais (confirmação de grupo ABO + Rh, hemograma, glicemia, serologias (sífilis, rubéola, toxoplasmose, Vírus da Imunodeficiência Humana [HIV], Vírus da Hepatite B [VHB], Citomegalovírus [CMV]), rastreio da bacteriúria assintomática, presença em exsudado vaginal de *Streptococcus β*);
- Consulta e confirmação das ecografias realizadas;
- Confirmação da realização da profilaxia da isoimunização RhD, no caso das mulheres Rh negativas;
- Identificação e monitorização dos desvios à gravidez fisiológica, que necessitam de especial atenção neste período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato;
- Consulta do plano de parto realizado pela grávida/ parturiente/ acompanhante ou, caso não exista, averiguação das expectativas, das condições e preferências dos mesmos relativamente ao trabalho de parto, parto, puerpério imediato e cuidados ao RN;
- Preenchimento e atualização do BSG;
- Avaliação física (observação da pele e mucosas, pesquisa de edemas e varizes, avaliação de sinais vitais, peso, altura, alterações morfológicas), realização do exame vaginal (toque vaginal), avaliação da estrutura pélvica e da estática fetal;
- Auscultação e avaliação dos batimentos cardíacos fetais;
- Realização de manobras de Leopold, com posterior avaliação do bem-estar materno-fetal através da aplicação, monitorização e interpretação da CTG (frequência cardíaca fetal basal, variabilidade, contratilidade uterina e, eventuais, alterações suscetíveis de avaliação da equipa médica);
- Esclarecimento de todos os procedimentos a serem realizados, mobilizando os conhecimentos teóricos adquiridos, baseados na evidência científica mais atual, obtendo o consentimento informado de ambos;
- Realização da avaliação inicial da grávida/ parturiente em sistema informático *Glinnt*;

- Execução de um plano de cuidados à grávida/ parturiente individualizado e personalizado, dando conhecimento e obtendo o consentimento informado da mesma, incluindo o acompanhante, de modo a que se sintam acolhidos no serviço e principais intervenientes em todo o processo do trabalho de parto, parto e puerpério;
- Alteração do plano de cuidados e das intervenções de ESMO, sempre que as necessidades da grávida/ parturiente se alterem e se justifique.

Caso a grávida recorra ao serviço de urgência obstétrica e tenha alta do mesmo:

- Realização de educação para a saúde sobre a importância da vigilância de sinais de alerta da gravidez (vómitos persistentes, arrepios, febre, disúria, diarreia, hipertensão arterial, hemorragia vaginal, dor abdominal ou pélvica, perda de líquido vaginal, corrimento vaginal com prurido ou odor, cefaleias fortes ou contínuas, perturbações da visão, epigastralgias, diminuição dos movimentos fetais, perda do rolhão mucoso, contrações de Braxton-Hicks); adoção de estilos de vida saudáveis; comunicação intrauterina e da sintonia entre as emoções da mãe e as reações do feto; lactação e amamentação; elaboração de um plano de parto; preparação do enxoval e da mala da maternidade; informação sobre trabalho de parto, parto e preparação física e emocional para este momento; e avaliação da capacidade de antecipação e integração de um novo elemento na família.

RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar, mestranda, grávidas/ parturientes/ acompanhantes

CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023), mais concretamente realizar as atividades com colaboração da EEESMO até à 5ª semana de estágio, supervisionadas até à 12ª semana e, posteriormente, de forma autónoma até à 20ª semana de estágio.

2.4.2. No primeiro estadió do trabalho de parto da parturiente, incluindo o acompanhante como parceiro dos cuidados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados de ESMO à parturiente, tendo o acompanhante como parceiro e interveniente ativo no trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno-fetal;
- Promover e potenciar a saúde da parturiente durante o primeiro estadió do trabalho de parto, desenvolvendo capacidade de identificação precoce de situações anómalas ou complicações durante este período, garantindo um ambiente seguro.

ATIVIDADES A REALIZAR:

- Apresentação da equipa (mestranda e restante equipa) que receberá a parturiente/ acompanhante, bem como o espaço físico, normas, rotinas e os circuitos da maternidade;
- Receção da parturiente/ acompanhante em quarto individual, mantendo o ambiente calmo, acolhedor e tranquilizador, de modo a manter a privacidade e confidencialidade dos mesmos e das informações fornecidas por estes;
- Demonstração de disponibilidade e atenção, sendo estes os pontos de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia para com a parturiente/ acompanhante, de forma a que possam partilhar com a equipa as suas dúvidas e receios perante este período;
- Perceção do motivo de internamento da parturiente no bloco de partos;
- Realização do acolhimento da parturiente/ acompanhante e recolha de todos os dados pertinentes para a elaboração da história clínica [recolha ou confirmação de dados da consulta preconcepcional, dos antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos (diabetes prévia à gravidez ou diabetes gestacional, hipertensão arterial, doença genética, gemelaridade, consanguinidade e índice obstétrico)];

- Adaptação da linguagem ao nível sociocultural da parturiente/ acompanhante, respeitando a sua individualidade, cultura, crenças e valores;
- Incentivo à parturiente/ acompanhante a expressarem os seus sentimentos, emoções, receios e dúvidas de forma a prestar apoio psicológico e emocional a ambos e esclarecer as suas dúvidas;
- Prestar os esclarecimentos necessários a esta fase do trabalho de parto, no que diz respeito à evolução do mesmo, possíveis desconfortos deste período, métodos farmacológicos (analgesia através da administração de fármacos por via sistémica, analgesia epidural/ sequencial com a respetiva colaboração no procedimento e preparação dos recursos materiais necessários à mesma) e não farmacológicos para controlo da dor disponíveis no hospital (hidroterapia, musicoterapia, bola de parto, liberdade de movimentos, deambulação, posicionamentos e exercícios respiratórios), plano de parto e/ ou expectativas para o trabalho de parto e parto;
- Auscultação e avaliação dos batimentos cardíacos fetais;
- Realização de manobras de Leopold, com posterior avaliação do bem-estar materno-fetal através da aplicação, monitorização e interpretação da CTG (frequência cardíaca fetal basal, variabilidade, contratilidade uterina e, eventuais, alterações suscetíveis de avaliação da equipa médica);
- Identificar verdadeiro ou falso trabalho de parto após avaliação obstétrica e vaginal da parturiente;
- Testagem da unidade de reanimação neonatal;
- Realização da avaliação inicial da parturiente em sistema informático *Glintt*;
- Execução de um plano de cuidados à grávida/ parturiente individualizado e personalizado, dando conhecimento e obtendo o consentimento informado da mesma, incluindo o acompanhante, de modo a que se sintam acolhidos no serviço e principais intervenientes em todo o processo do trabalho de parto, parto e puerpério, de forma a planear, implementar e avaliar as intervenções implementadas, com a finalidade de potenciar a saúde da parturiente e feto;
- Respeito pelo ritmo deste primeiro estadió do trabalho de parto;
- Administração da terapêutica prescrita, de forma segura (soroterapia, analgésicos por via endovenosa e/ ou epidural, antibioterapia, entre outros);
- Incentivo à ingestão de líquidos claros no trabalho de parto e parto que se preveem ocorrer de forma linear;
- Vigiar a eliminação vesical e se necessário realizar esvaziamento vesical, uma vez que a distensão vesical pode ser um obstáculo à descida no canal de parto do feto;
- Avaliação física da parturiente;
- Realização do toque vaginal, avaliação da estrutura pélvica e da estática fetal, percebendo o encravamento, através da manobra de Farabeuf;
- Interpretação das características do colo uterino (dilatação cervical, apagamento, consistência, posição, altura da apresentação através dos planos de Lee);
- Identificação ou confirmação da apresentação fetal;
- Avaliação e identificação do estado de integridade das membranas amnióticas, e no caso de rutura das mesmas (espontânea ou artificial) observar e registar características do líquido amniótico (quantidade, espessura, coloração, cheiro);
- Avaliação do bem-estar materno-fetal através da aplicação, monitorização e interpretação da monitorização interna, quando necessário e se reunidas as condições para realização do procedimento;

- Implementação de intervenções de ESMO perante uma monitorização CTG com alterações causadoras de preocupação pela equipa de enfermagem com referênciação à equipa médica, se necessário soroterapia, oxigenoterapia, posicionamento;
- Realizar amniotomia, se reunidas as condições necessárias e após consentimento informado da parturiente/ acompanhante;
- Avaliação e vigilância da evolução do trabalho de parto, com respetivo registo em sistema informático *Glintt* e partograma;
- Identificação, monitorização, vigilância e referênciação à equipa médica de complicações neste estadio de trabalho de parto;
- Identificação, monitorização, vigilância dos sinais eminentes do início do segundo estadio do trabalho de parto, com especial atenção para o bem-estar materno-fetal e para a preparação atempada dos recursos humanos e materiais necessários ao período expulsivo;
- Esclarecimento de todos os procedimentos a serem realizados, mobilizando os conhecimentos teóricos adquiridos, baseados na evidencia científica mais atual, obtendo o consentimento informado de ambos;
- Alteração do plano de cuidados e das intervenções de ESMO, sempre que as necessidades da parturiente se alterem e se justifique.
- Sensibilização da parturiente/ acompanhante para a importância da comunicação intrauterina e do envolvimento de ambos no trabalho de parto;
- Reforço positivo das competências da parturiente/ acompanhante ao longo de todo o trabalho de parto;
- Registo das intervenções implementadas e da educação para saúde realizada em sistema informático *Glintt*, de forma a prestar cuidados de ESMO contínuos, seguros e de qualidade.

RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar, mestranda, grávidas/ parturientes/ acompanhantes

CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023), mais concretamente realizar as atividades com colaboração da EEESMO até à 5ª semana de estágio, supervisionadas até à 12ª semana e, posteriormente, de forma autónoma até à 20ª semana de estágio.

2.4.3. No segundo estadio do trabalho de parto da parturiente, incluindo o acompanhante como parceiro dos cuidados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados de ESMO à parturiente, tendo o acompanhante como parceiro e interveniente ativo no parto, promovendo o bem-estar materno-fetal-neonatal;
- Promover e potenciar a saúde da parturiente durante o segundo estadio do trabalho de parto, desenvolvendo capacidade de identificação precoce de situações anómalas ou complicações durante este período, garantindo um ambiente seguro.

ATIVIDADES A REALIZAR:

- Manutenção de um ambiente calmo e tranquilizador, de forma a manter condições de privacidade e individualidade, e reduzindo fatores de stress à parturiente/ acompanhante;
- Demonstração de disponibilidade e atenção, tendo em conta que a parturiente é o centro dos nossos cuidados, de forma a que possam partilhar com a equipa as suas dúvidas e receios, mas também para que a parturiente se foque nas nossas indicações, de forma a participar ativamente no seu parto;
- Incentivo à parturiente/ acompanhante a expressarem os seus sentimentos, emoções, receios e dúvidas de forma a prestar apoio psicológico e emocional a ambos;

- Reforço positivo das competências da parturiente/ acompanhante ao longo do segundo estadió do trabalho de parto, de forma a tranquilizá-la e encorajá-la;
- Esclarecimento de todos os procedimentos a serem realizados e sua finalidade, mobilizando os conhecimentos teóricos adquiridos, baseados na evidência científica mais atual, obtendo o consentimento informado de ambos;
- Incentivar a parturiente a pronunciar-se sobre as suas preferências, relativamente ao parto, e a sentir que as mesmas estão a ser asseguradas;
- Assegurar a presença do acompanhante em todos os momentos do segundo estadió do trabalho de parto, caso as condições estejam reunidas;
- Providenciar medidas de conforto;
- Avaliação e confirmação do estado hemodinâmico da parturiente;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização e interpretação da CTG (frequência cardíaca fetal basal, variabilidade, contratilidade uterina e, eventuais, alterações suscetíveis de avaliação da equipa médica);
- Reconhecimento dos sinais e sintomas eminentes do segundo estadió do trabalho de parto, com identificação, monitorização, vigilância dos sinais de aproximação do período expulsivo, com especial atenção para o bem-estar materno-fetal e para a preparação atempada dos recursos humanos (auxiliar operacional e 2º EEESMO para receção e prestação dos cuidados imediatos ao RN) e materiais necessários, certificando que os recursos materiais estão testados e operacionais (unidade de reanimação ao RN, kit parto, equipamento de proteção individual, terapêutica, entre outros);
- Respeitar ritmo deste segundo estadió do trabalho de parto, mantendo uma atitude expectante;
- Adoção de uma atitude expectante durante a progressão do feto no canal de parto;
- Incentivo à parturiente à liberdade de movimentos;
- Informação e treino da parturiente sobre as várias opções de posicionamento;
- Encorajamento da parturiente a adotar o posicionamento que idealizou para o parto e que lhe confere maior comodidade e conforto;
- Manutenção do períneo limpo;
- Vigiar a eliminação vesical e se necessário realizar esvaziamento vesical, uma vez que a distensão vesical pode ser um obstáculo à descida do feto no canal de parto;
- Incentivar e realizar estimulação verbal para os esforços expulsivos conforme necessidade da parturiente, auxiliando-a e guiando-a no reconhecimento dos mesmos;
- Incentivar a relaxar e respirar adequadamente nos momentos de pausa da contratilidade uterina, monitorizando-as;
- Avaliação e confirmação do estado hemodinâmico da parturiente, registando os sinais vitais;
- Avaliação da elasticidade dos tecidos do pavimento pélvico;
- Avaliação dos critérios para realização de episiotomia;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização e interpretação da CTG até exteriorização da cabeça fetal;
- Adoção de medidas como administração de oxigénio, soroterapia, decúbito lateral esquerdo e informar e pedir colaboração médica, caso a monitorização da CTG não seja tranquilizadora;
- Identificar alterações no parto, nomeadamente distócias dinâmicas/ mecânicas, distócias de ombros com a realização das respetivas manobras;
- Colaborar com a equipa médica em partos distócicos;

- Realização da manobra de Ritgen;
- Registo das características do líquido amniótico (quantidade, espessura, coloração, cheiro), caso ocorra neste estadio do trabalho de parto;
- Instrução da parturiente para suspender esforços expulsivos, após a exteriorização da cabeça fetal, para pesquisa de presença de circulares cervicais, aguardar a rotação externa da cabeça fetal, segurar a cabeça fetal e realizar ligeira tração da mesma no sentido descendente para exteriorização do ombro anterior e, posteriormente, no sentido ascendente para exteriorização do ombro posterior do feto, apoiar extração do restante movel fetal, remover as secreções da boca e do nariz do feto;
- Permitir a visualização do nascimento e incentivar a participação ativa da parturiente na extração do RN, se essa for de sua vontade;
- Registrar hora de nascimento;
- Iniciar contacto pele a pele, tendo especial cuidado para proteger e cobrir o RN para evitar perdas de calor por evaporação;
- Proceder a laqueação tardia do cordão umbilical, após deixar de pulsar, sempre que reunir as condições necessárias;
- Colheita de sangue do cordão umbilical (quando mãe com fator sanguíneo Rh negativo ou para colheita de células estaminais);
- Incentivar parturiente/ acompanhante a realizar o corte do cordão umbilical;
- Promover o conforto da parturiente até ao próximo estadio do trabalho de parto (expulsão da placenta);
- Reforço positivo das competências da parturiente/ acompanhante ao longo deste período;

Caso, o EEESMO esteja no papel de recetor do RN:

- Contacto da equipa de pediatria, perante partos distócicos ou sempre que necessário (RN prematuros, CTG's não tranquilizadoras, entre outros);
- Acolhimento do RN em pano esterilizado e aquecido;
- Realização do método kanguru;
- Secagem imediata e realização de estimulação tátil, com massagens suaves e estimulantes;
- Manipulação do RN sob fonte de calor;
- Prestação dos cuidados imediatos ao RN;
- Registo do Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida;
- Realização da avaliação céfalo-caudal do RN (presença de malformações, efeitos do parto no RN, observação dos genitais, permeabilidade dos orifícios naturais, eliminação vesical e intestinal, resposta a estímulos externos, presença de reflexos, adequada adaptação à vida extrauterina);
- Monitorização e vigilância do RN em incubadora com pedido de colaboração da equipa de Neonatologia, caso o RN manifeste alterações à adaptação à vida extrauterina (polipneia, gemido, tiragem abdominal, utilização de músculos acessórios, adejo nasal, entre outros);
- Pesagem do RN;
- Identificação do RN com pulseira identificativa e pulseira anti-rapto na presença da parturiente/ acompanhante;
- Administração de vitamina K e vacina VHB;
- Providenciar roupa seca e aquecida para o RN;
- Reestabelecer contacto pele a pele com a puérpera para adequado estabelecimento da díade/ tríade;
- Colaboração em reanimação cardiorrespiratória neonatal;

- Registo das intervenções implementadas e da educação para saúde realizada em sistema informático *Glintt*, em partograma, em Boletim de Vacinação, em Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e preenchimento da notícia de nascimento, de forma a prestar cuidados de ESMO contínuos, seguros e de qualidade à parturiente e RN.

RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar, mestranda, grávidas/ parturientes/ RN's/ acompanhantes

CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023), mais concretamente realizar as atividades com colaboração da EEESMO até à 5ª semana de estágio, supervisionadas até à 12ª semana e, posteriormente, de forma autónoma até à 20ª semana de estágio.

2.4.4. No terceiro estadio do trabalho de parto da parturiente, incluindo o acompanhante como parceiro dos cuidados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados de ESMO à parturiente, tendo o acompanhante como parceiro e interveniente ativo após o parto, promovendo o bem-estar materno-neonatal;
- Promover e potenciar a saúde da parturiente durante o terceiro estadio do trabalho de parto, desenvolvendo a capacidade de identificação precoce de situações anómalas ou complicações durante este período, garantindo um ambiente seguro.

ATIVIDADES A REALIZAR:

- Manutenção de um ambiente calmo e tranquilizador, mantendo as condições de privacidade e individualidade, reduzindo fatores de stress à parturiente/ RN/ acompanhante;
- Demonstração de disponibilidade e atenção, tendo em conta que a parturiente/ RN são o centro dos nossos cuidados, de forma a que possam partilhar os seus sentimentos, emoções, receios e dúvidas;
- Reforço positivo das competências da parturiente/ acompanhante ao longo do primeiro e segundo estadio do trabalho de parto, de forma a tranquilizá-los, esclarecendo os próximos procedimentos a serem realizados e sua finalidade, mobilizando os conhecimentos teóricos adquiridos, baseados na evidência científica mais atual;
- Assegurar a presença do RN/ acompanhante, caso as condições estejam reunidas;
- Providenciar medidas de conforto (posicionamento adequado, gestão do ambiente e dos estímulos externos, privacidade, analgesia perineal);
- Incentivar o posicionamento da parturiente com cabeceira a 45°;
- Avaliação e confirmação do estado hemodinâmico da parturiente, com avaliação dos sinais vitais da mesma;
- Avaliação do bem-estar materno-neonatal durante o contacto pele a pele;
- Realização do exame vaginal;
- Reconhecimento dos sinais eminentes do terceiro estadio do trabalho de parto, com identificação, monitorização, vigilância dos sinais de aproximação da expulsão da placenta, com especial atenção à formação do globo de segurança de Pinard, à quantidade de perda hemática e às suas características;
- Preparação dos recursos materiais necessários à sutura de alterações perineais;
- Respeitar ritmo deste terceiro estadio do trabalho de parto, optando por uma atitude expectante e/ ou fisiológica ou gerindo ativamente, conforme as preferências da parturiente;

- Manutenção do períneo limpo;
- Vigilância da eliminação vesical e se necessário realizar esvaziamento vesical, uma vez que a distensão vesical pode ser um obstáculo à contração uterina;
- Palpação do fundo uterino e da contração uterina;
- Observação e vigilância dos sinais objetivos de descolamento da placenta (cordão firme, súbita saída de sangue pelo introito vaginal, aumento aparente do cordão umbilical devido à descida da placenta pelo introito vaginal, aumento do volume da vagina ou observação no introito vaginal de placenta e membranas fetais);
- Aplicar pressão com o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, pressionando verticalmente, com especial atenção à observação e vigilância do movimento do cordão umbilical (retração ou se se mantém estático, manobra de Kustner);
- Massajar delicadamente o fundo uterino;
- Orientar a parturiente para fazer esforços expulsivos;
- Realizar a manobra de Jacob-Dublin com apropriação da placenta, membranas e cordão umbilical com movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio;
- Identificação do mecanismo de descolamento e expulsão da placenta e membranas;
- Administração de uterotônicos (seguir protocolo institucional);
- Observação das perdas hemáticas vaginais (quantidade e características);
- Realização da expressão uterina;
- Observação da consistência uterina e localização (manutenção do globo de segurança de Pinard, útero bem contraído, globoso, firme ou firmemente contraído);
- Observação e avaliação rigorosa dos sinais de perda hemática excessiva (quantidade de hemorragia, parâmetros vitais, despiste de palidez, tonturas, estado consciência ou fadiga extrema);
- Exposição e confirmação da integridade e características da placenta e membranas (verificar que não houve retenção de fragmentos ou membranas na cavidade uterina) e do cordão umbilical (inserção, comprimento, número de vasos);
- Inspeccionar canal de vaginal e identificar tipo de lesões após o parto (laceração ou episiotomia);
- Aplicação de novo campo esterilizado;
- Inspeccionar mucosa retal através de toque para despistar possíveis lesões do esfíncter ou da mucosa retal;
- Administração de anestesia local, se puerpera queixosa;
- Reparação do períneo por planos, conseguindo identificar as lesões e os tecidos a serem suturados;
- Realização de revisão final da contração uterina, do colo uterino, canal vaginal, períneo;
- Realização de novo toque retal em suturas de planos musculares;
- Realização de crioterapia;

- Realização de promoção da saúde e incentivo à vigilância da quantidade e características dos lóquios, dos sinais e sintomas de infecção puerperal e da importância dos cuidados de higiene no puerpério;
- Promover o conforto da parturiente e esclarecer os procedimentos do quarto estadio do trabalho de parto, mais concretamente os cuidados de ESMO que serão prestados durante as próximas duas horas e que irá permanecer no bloco de partos até ser transferida para o internamento;
- Reforço positivo das competências da parturiente/ acompanhante ao longo de todo o trabalho de parto;
- Avaliar a interação entre a díade/ tríade;
- Registo das intervenções implementadas e da educação para saúde realizada em sistema informático *Glinnt*, em partograma, em BSG e em Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (hora da primeira mamada), de forma a prestar cuidados de ESMO contínuos, seguros e de qualidade à parturiente e RN.

RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar, mestranda, parturientes/ RN/ acompanhantes

CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023), mais concretamente realizar as atividades com colaboração da EEESMO até à 5ª semana de estágio, supervisionadas até à 12ª semana e, posteriormente, de forma autónoma até à 20ª semana de estágio.

2.4.5. No quarto estadio do trabalho de parto da puérpera, incluindo o acompanhante como parceiro dos cuidados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados de ESMO à puérpera (puerpério imediato), tendo o acompanhante como parceiro e interveniente ativo após o parto, promovendo o bem-estar materno-neonatal;
- Promover e potenciar a saúde da puérpera durante o quarto estadio do trabalho de parto, mais concretamente no puerpério imediato, desenvolvendo a capacidade de identificação precoce de situações anómalas ou complicações durante este período, garantindo um ambiente seguro.

ATIVIDADES A REALIZAR:

- Manutenção de um ambiente calmo, tranquilizador, acolhedor, facilitador da vinculação e propício ao estabelecimento da díade/ tríade;
- Demonstração de disponibilidade e atenção, tendo em conta que a puérpera/ RN são o centro dos nossos cuidados, de forma a que possa partilhar os seus sentimentos, emoções, receios e dúvidas;
- Reforço positivo das competências da puérpera/ acompanhante ao longo dos três estadios do trabalho de parto;
- Confirmação da presença do RN/ acompanhante, caso as condições estejam reunidas;
- Fornecimento de medidas de conforto (posicionamento adequado, privacidade, controlo algico, cuidados de higiene e bem-estar);
- Promoção da amamentação e da manutenção do contacto pele a pele iniciado após o nascimento;
- Supervisão da mamada do RN;
- Avaliação sumária do RN (observar pele e mucosas, vitalidade, adaptação à vida extrauterina, eliminação vesical e intestinal);
- Vigilância e identificação precoce de complicações;
- Avaliação do tônus uterino de 15 em 15 minutos;
- Avaliação do estado hemodinâmico da puérpera (avaliação dos sinais vitais);

- Manutenção do repouso no leito;
- Manutenção acesso venoso periférico e cuidados inerentes ao mesmo;
- Manutenção da dieta zero até 2 horas após o parto;
- Observação completa e detalhada do estado hemodinâmico, obstétrico, psicológico e emocional da puérpera e do RN, após duas horas (pele e mucosas, mamas e mamilos, contração uterina e altura do fundo uterino, realizando pressão e verificando se existe presença de coágulos na cavidade uterina e a quantidade/ características dos lóquios, observação do períneo e suas lesões (suturadas ou não), observação e presença de alterações do períneo e da sua integridade, promoção do esvaziamento vesical de forma espontânea ou realizar palpação da zona supra púbica pesquisa globo vesical e, se necessário, realização de esvaziamento vesical, remoção do cateter epidural, avaliação dos sinais vitais, início progressivo da dieta, conforme protocolo institucional);
- Prestação dos cuidados de higiene e conforto à puérpera;
- Realização de crioterapia;
- Reforço da educação para a saúde realizada;
- Promoção do conforto da parturiente e informação de que será transferida para o internamento de puerpério juntamente com RN/ acompanhante;
- Reforço positivo das competências da puérpera/ acompanhante;
- Reavaliação da interação díade/ tríade e observação do envolvimento da puérpera/ acompanhante relativamente ao RN;
- Informação ao serviço de internamento de puerpério que puérpera tem condições para ser transferida juntamente com RN/ acompanhante;
- Registo das intervenções implementadas e da educação para saúde realizada em sistema informático *Glintt*, de forma a atualizar o plano de cuidados de ESMO e a dar continuidade aos mesmos.

RECURSOS HUMANOS: EEESMO cooperante, equipa multidisciplinar, mestranda, puérperas/ RN/s/ acompanhantes

CALENDARIZAÇÃO: Atividades a desenvolver no decorrer do estágio IV no Bloco de Partos (27/02/2023 a 21/07/2023), mais concretamente realizar as atividades com colaboração da EEESMO até à 5ª semana de estágio, supervisionadas até à 12ª semana e, posteriormente, de forma autónoma até à 20ª semana de estágio.

CONCLUSÃO

Com o intuito de delinear os objetivos e as principais metas para este estágio IV, a elaboração deste projeto individual de estágio tornou mais claras e objetivas as competências que pretendo adquirir ao longo destas vinte semanas, bem como a forma de adquiri-las durante a realização do mesmo.

Conceber este projeto individual de estágio, num curto espaço temporal (duas semanas) exige do mestrando uma reflexão e priorização de metas, tendo em conta a complexibilidade e tempo de estágio. Até à data de hoje, estudei e assimilei conhecimentos teóricos, teoria esta que neste momento é fundamental e serve como alavanca para integrar, mobilizar e prestar cuidados especializados de ESMO, num contacto diário direto com parturientes/ puérperas/ RN's/ acompanhantes, bem como com a equipa multidisciplinar que integra a sala de partos deste hospital. No entanto, os conhecimentos teórico-práticos que venho adquirindo ao longo dos vários estágios do 1º semestre do 2º ano também me permitirão prestar cuidados de ESMO de qualidade, mobilizando a evidência científica na qual baseei os meus cuidados de ESMO em estágios anteriores.

A necessidade imperiosa de consolidar e uniformizar conhecimentos com o intuito de prestar cuidados especializados, individualizados, personalizados e centrados nas parturientes e RN's em primeira instância exigiu de mim, nestas duas primeiras semanas, uma atenção e disponibilidade redobrada para conseguir reter o máximo de informação fornecida pela equipa multidisciplinar, bem como averiguar o problema e/ ou situação que pretendo investigar e estudar no âmbito da ESMO em sala de partos.

Espero, desta forma conseguir, através das atividades que planeei, aprimorar e alargar o meu horizonte de conhecimentos e enriquecer a minha prática enquanto futura EEESMO, com o intuito de melhor saber cuidar das grávidas/ parturientes/ puérperas/ RN's, capacitando-as para o trabalho de parto e parto de forma a empoderá-las e capacitá-las para a adequada transição de mulher-grávida para mulher-mãe e tudo o que esta transição envolve em termos físicos, psicológicos, emocionais e sociais.

Por último, reforço que estas atividades foram planeadas tendo em conta as duas primeiras semanas de estágio, sendo que ao longo das restantes dezoito semanas podem sofrer alterações conforme as oportunidades de aprendizagem surjam e as necessidades da sala de partos assim o justifiquem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento n° 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: série II, n° 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n° 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República: série II, n° 85. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>


(2023, março 3a). *O Hospital: Visão, missão e valores*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.hospital.pt/hospital/visao-missao-e-valores>

(2023, março 3b). *Política Qualidade, Ambiente e Segurança*. Serviço Nacional de Saúde. https://www.hospital.pt/storage/texts/CRT.GER.006.01%20_%20Politica%20Qualidade,%20Ambiente%20e%20Seguran%C3%A7a_vf.pdf

(2023, março 3c). *Serviços Maternidade*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.hospital.pt/servicos/maternidade>

**APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO MICROSOFT POWERPOINT INTITULADA DE “A
INFLUÊNCIA DA VERTICALIDADE NO TRABALHO DE PARTO: UMA *SCOPING
REVIEW*”**

Diapositivo 1

 INSTITUTO POLITECNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR:


- **ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS: BLOCO DE PARTOS DO**

A INFLUÊNCIA DA VERTICALIDADE NO TRABALHO DE PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Trabalho elaborado pela mestranda:
Lisa Gaudêncio Nº 210400008
EESMO cooperante
Docente: Profª Agucena Guerra
Hospital, 28 de Junho, 2023

Diapositivo 2

Verticalidade no TP




Diapositivo 3

QUESTÃO DA REVISÃO:

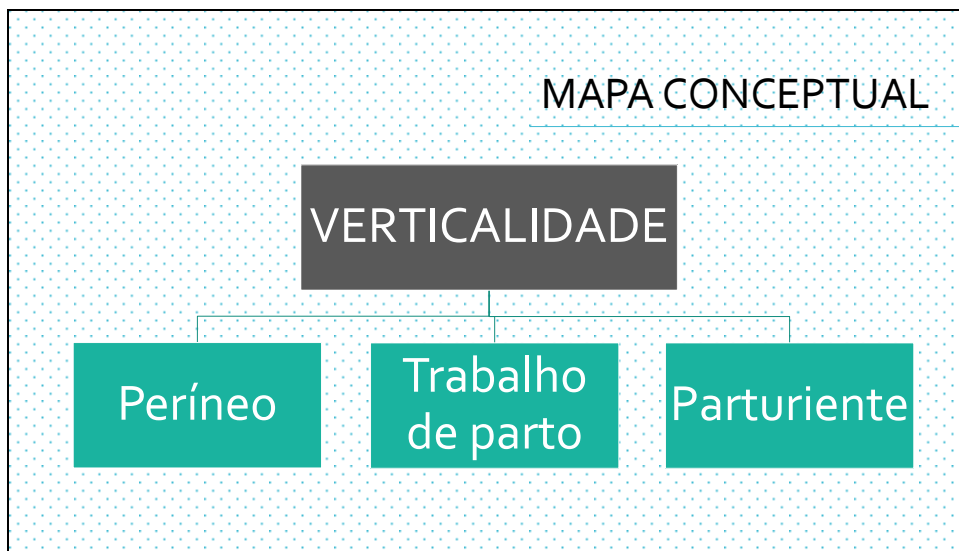
QUAL A INFLUÊNCIA DA VERTICALIDADE NA PREVENÇÃO DE LESÕES DO PERÍNEO, DURANTE O TRABALHO DE PARTO?

OBJETIVO DA REVISÃO:

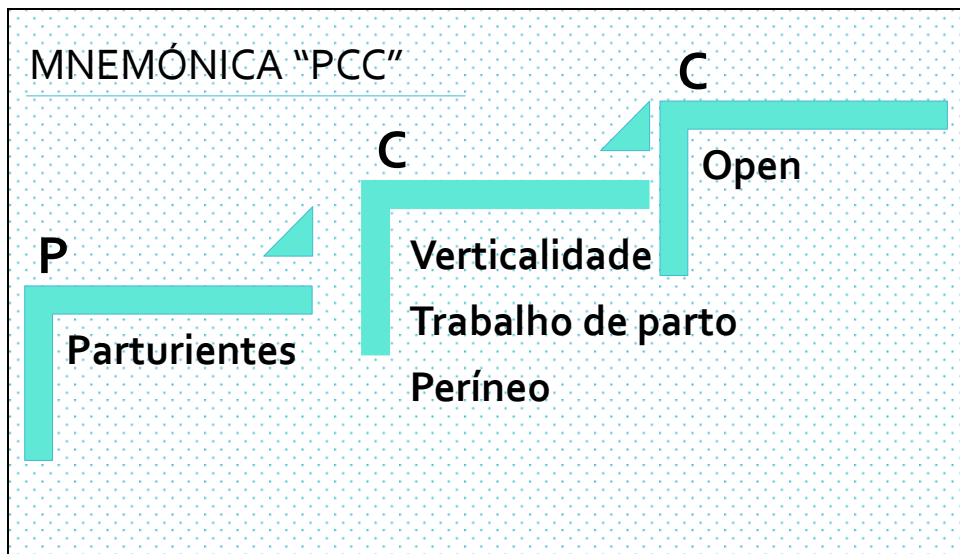
MAPEAR A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA EXISTENTE SOBRE A ADOÇÃO DE POSIÇÕES VERTICAIS E QUAL A SUA INFLUÊNCIA NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO.



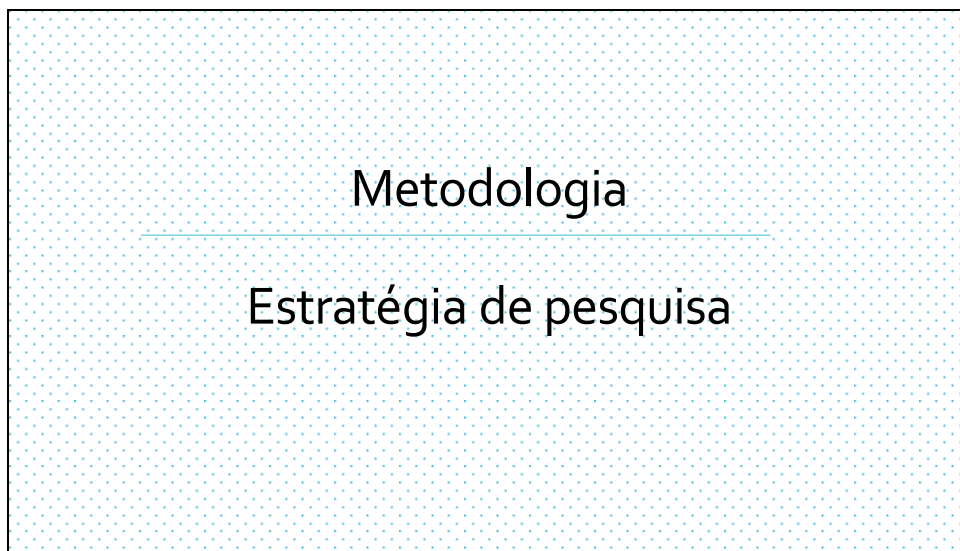
Diapositivo 4



Diapositivo 5



Diapositivo 6



Diapositivo 7

Pesquisa inicial limitada na Plataforma EBSCOhost - Research Databases

Bases de dados	Critérios de pesquisa	Descritores
<p>MEDLINE Complete CINAHL Complete Cochrane Central Register of Controlled Trials MedicLatina PubMed Google Acadêmicos</p>	<p>Friso cronológico de 5 anos (2018-2023)</p> <p>Idioma: inglês, português, espanhol Qualquer país do mundo</p> <p>Foram excluídos todos os artigos que não cumpriram os critérios acima referidos.</p>	<ul style="list-style-type: none">Verticalization*Patient positioning*Birth* positions*Upright labor positions*Vertical*Upright*Posture* <ul style="list-style-type: none">Birth*Term birth*Parturition*Childbirth*Labor*Labor, obstetric*Delivery, obstetric* <ul style="list-style-type: none">Perineum*Lacerations*Tears and Lacerations*

Expressão de pesquisa:

("Verticalization*" OR "Patient positioning" OR "Birthing positions*" OR "Upright labor positions*" OR "Vertical*" OR "Upright*" OR "Posture") AND ("Birth*" OR "Term birth" OR "Parturition" OR "Childbirth*" OR "Labor*" OR "Labor, obstetric" OR "Delivery, obstetric") AND ("Perineum" OR "Lacerations*" OR "Tears and Lacerations*")

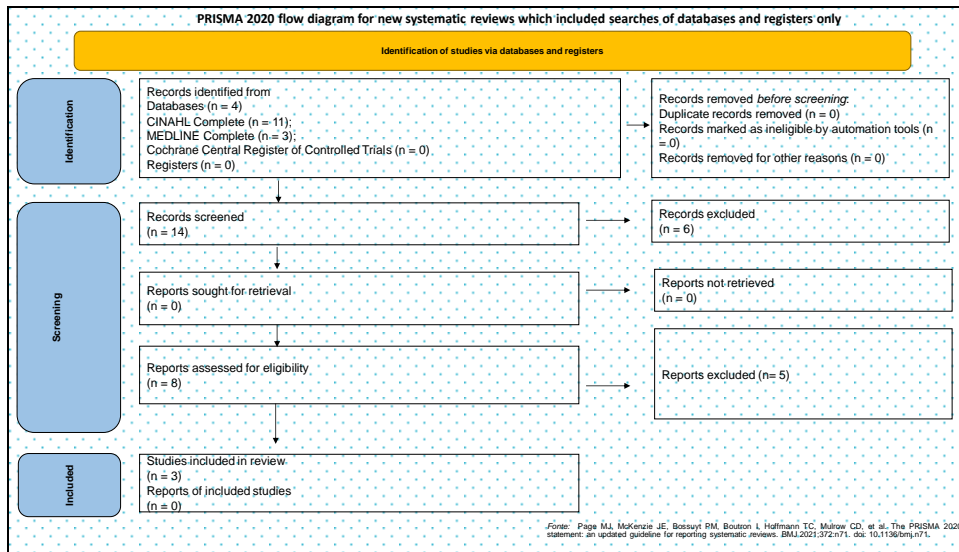
Julho de 2023

Diapositivo 8

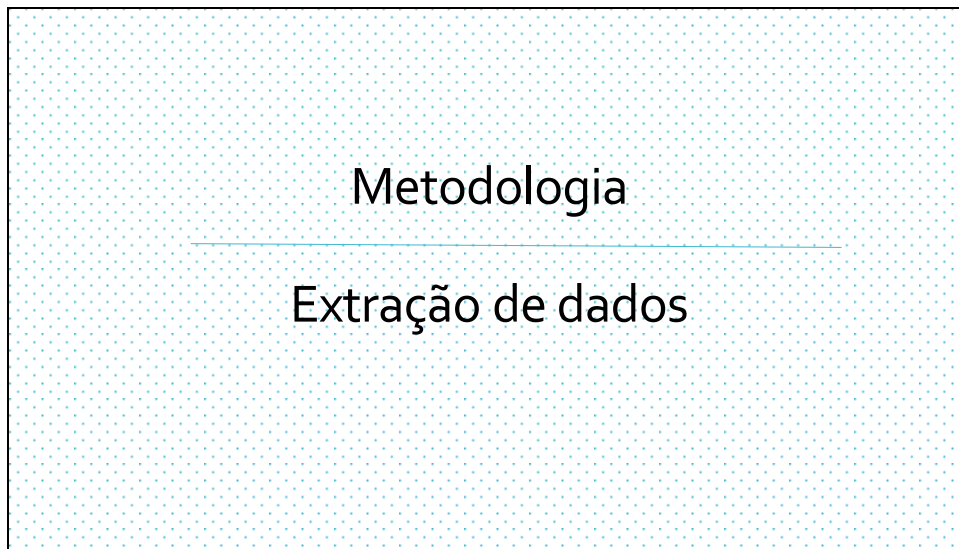
Metodologia

Seleção dos estudos

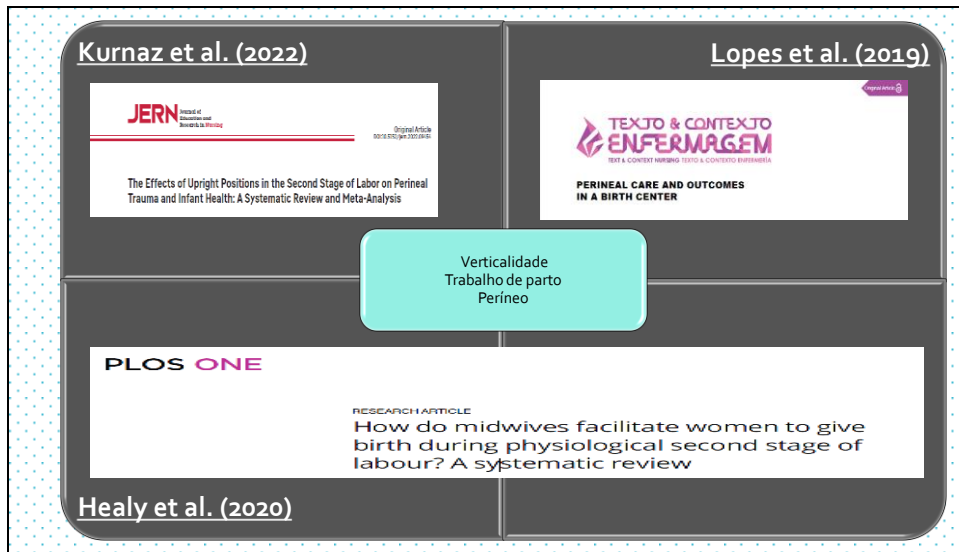
Diapositivo 9



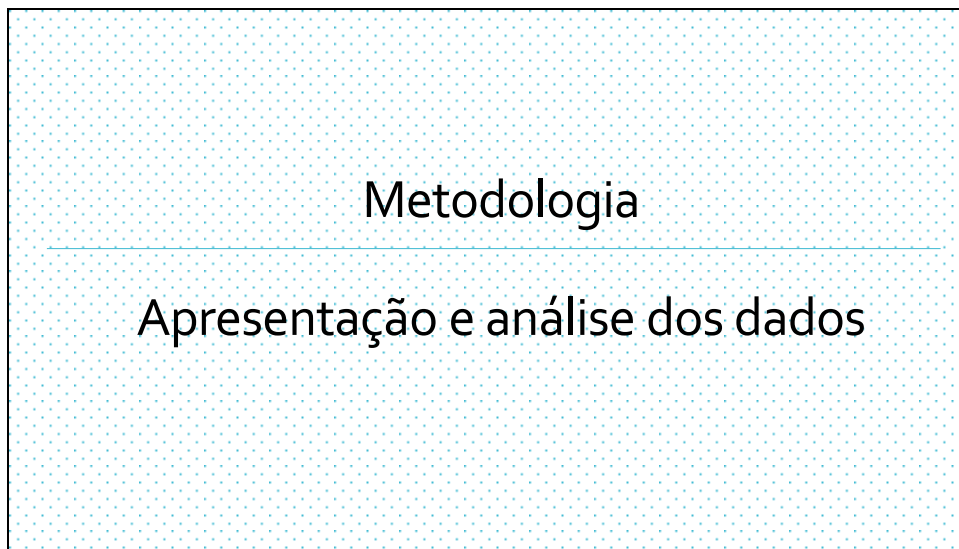
Diapositivo 10



Diapositivo 11



Diapositivo 12



Diapositivo 13

✓ É consensual que o TP é um dos momentos mais importantes da vida de uma mulher, e a forma como ela o experiencia é determinante para a sua vida e qualidade de vida no período pós-parto;

✓ A mudança de paradigma no mundo da obstetrícia imposta pela sociedade, traz cada vez mais aos blocos de partos, mulheres com necessidades acrescidas de educação e de informação, mas também mulheres cada vez mais informadas, empoderadas a vivenciar de forma positiva e a participar ativamente no seu TP e no nascimento dos seus filhos.

Kurnaz et al. (2022), Lopes et al., (2019) & Healy et al., (2020)

Diapositivo 14

TRABALHO DE PARTO

✓ É experienciado por cada parturiente de forma diferente e única, visto este ser influenciado não somente pelo cariz físico, mas também psicológico, social, cultural e religioso;

✓ **Conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez iniciados, de forma induzida ou espontânea conduzem:**

1. Contratilidade uterina regular;
2. Extinção e dilatação cervical;
3. Progressão fetal no canal de parto;
4. Expulsão para o exterior, bem como das membranas e líquido amniótico, cordão umbilical e placenta;

✓ **3 ESTÁDIOS:**

1. Dilatação (1º estadio que se divide em fase latente e fase ativa);
2. Período Expulsivo (2º estadio);
3. Dequitação (3º estadio). Machado & Graça (2017)

✓ O TP é o culminar de uma série de alterações, no útero e colo uterino, de origem endócrina e parácrina emanadas da mãe e feto. Nunes (2017)

✓ O TP fisiológico normal foi definido pela OMS como de início espontâneo, de baixo risco no início do TP, permanecendo com este grau de risco até ao nascimento, de uma gestação entre as 37 e as 42 semanas completas, culminando com o nascimento espontâneo de um RN, na posição de vértice.

✓ Após o nascimento, mãe e RN estão em boas condições clínicas.

✓ **3 ESTÁDIOS:**

1. Período de tempo caracterizado por contratilidade uterina dolorosa regular até à dilatação completa do colo do útero;
2. Período de tempo entre a dilatação completa do colo do útero e o nascimento do RN, experimentando a mulher um desejo, uma vontade involuntária de fazer força expulsiva, motivada pelo aumento da frequência, amplitude, regularidade e potencia da contratilidade uterina;
3. Período após o nascimento do RN que culmina com o nascimento ou a expulsão da placenta e membranas fetais; Healy et al. (2020)

✓ O parto é um evento de vida significativo na vida de uma mulher e a experiência vivenciada pode influenciar positiva ou negativamente a sua própria qualidade de vida, mas também do RN, casal e família, a curto, médio e longo prazo; Healy et al., 2020 & Lopes et al., 2019

Diapositivo 15

TRABALHO DE PARTO

Quando não existe intervenção da equipa de profissionais de saúde ou quando as parturientes são deixadas por conta própria, elas tendem a adotar as posições de conforto para si e para o feto, e neste momento é importante terem em atenção os seus instintos durante a contratilidade uterina característica do TP e escolher a posição mais confortável para o momento, pois são estes instintos que orientam mãe e feto durante o TP;

Nos últimos anos, o uso generalizado das posições horizontais durante o TP, fizeram com que os elementos envolvidos as considerassem como uma interferência ao seu decurso natural;

Kurnaz et al. (2022)

Diapositivo 16

VERTICALIDADE

✓ Adoção de posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da parturiente como, por exemplo, a posição de pé, ajoelhada, sentada, de cócoras ou de gatas.

Mineiro et al. (2016)

POSIÇÃO VERTICAL:
Qualquer posição que apoie os pés da parturiente no chão → de pé, sentada, agachada, ajoelhada;

POSIÇÃO HORIZONTAL:
Qualquer outra posição que apoie a região dorsal no leito → posição supina e litotomia.

POSIÇÃO SEMI-HORIZONTAL:
entendida como a posição lateral

Kurnaz et al. (2022)

POSIÇÕES VERTICAIS:
Posições de cócoras, de pé e ajoelhada

POSIÇÕES NÃO VERTICAIS
Posições de semi-sentada, sentada, quatro apoios e lateral;

Lopes et al. (2019)

POSIÇÕES VERTICAIS:
Posições de pé, agachada ou ajoelhada

POSIÇÕES SUPINAS:
Posições laterais, de litotomia e a semi-reclinada.

Healy et al. (2020)

Diapositivo 17

VERTICALIDADE

- ✓ Apenas a Suécia apresenta números satisfatórios de adoção da verticalidade durante o TP com 70% das primíparas e 83% das multiparas a assumirem posições verticais durante o TP;

No segundo estadio do TP:

- ✓ 37% das parturientes italianas;
- ✓ 9% das parturientes dos EUA;
- ✓ 0,3% das parturientes turcas.

Kurnaz et al. (2022)

A posição preferencial eleita pelas parturientes durante o parto:

- ✓ Posição semi-sentada (30,8%);
- ✓ Posição de agachamento (19,9%);
- ✓ Posição sentada (18,2%);
- ✓ Posições de suporte (16,9%);
- ✓ Apenas uma mulher pariu na posição de supina.

Lopes et al. (2019)

Diapositivo 18

BENEFÍCIOS DA VERTICALIDADE

- ✓ Membros inferiores funcionam e comportam-se como uma alavanca para a pélvis que aliada à ação da força da gravidade, favorece a acomodação do feto na cavidade pélvica, o aumento da pressão exercida pela cabeça fetal no segmento inferior do útero e a sua descida pelo canal vaginal, induzindo otimizando o estiramento progressivo do pavimento pélvico; Vaz et al. (2021)
- ✓ Reflexo hipotálamo-hipófise conduz à produção de ocitocina e, conseqüentemente, à regularidade e ao aumento de intensidade e frequência da contratilidade uterina;
- ✓ ↑ 2 cm o diâmetro ântero-posterior e 1 cm o diâmetro transverso da bacia pélvica; Mineiro et al. (2016)
- ✓ ↑ em 28% a área destinada à saída do feto. Vaz et al. (2021)

- ✓ ↓ a sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo;
- ✓ ↑ a eficácia da força expulsiva e da participação ativa da parturiente;
- ✓ ↓ a duração do período expulsivo;
- ✓ ↓ taxas de parto instrumentalizado;
- ✓ ↓ taxas de episiotomias; Nilsen et al. (2011)
- ✓ Melhoria o fluxo uteroplacentário, a ventilação pulmonar materna e do equilíbrio ácido-base materno-fetal. Mineiro et al. (2016)

Diapositivo 19

BENEFÍCIOS DA VERTICALIDADE

- ✓ É necessária e importante para o bem-estar materno-fetal, neonatal e infantil:
- ✓ Proporciona liberdade de movimentos;
- ✓ ↑ a participação ativa e a satisfação das parturientes;
- ✓ Não aplica pressão nos principais vasos sanguíneos da parturiente;
- ✓ Permite a ampla mobilidade da pélvis não restringindo o seu movimento;
- ✓ Permite a atuação e a sincronia entre parturiente, feto e força da gravidade;
- ✓ Potencia o efeito da contratilidade uterina;
- ✓ ↓ o tempo do segundo estadio do TP;
- ✓ ↑ o fluxo sanguíneo para o feto;
- ✓ Facilita os primeiros movimentos cardinais do TP;
- ✓ Atenua a percepção da dor;
- ✓ ↑ sensação de autocontrole da parturiente;
- ✓ ↓ risco de parto instrumentalizado e/ ou cirúrgico;
- ✓ ↓ necessidade de realização de episiotomias;
- ✓ ↓ taxa de trauma perineal;
- ✓ ↓ riscos relacionados com a morbilidade materna que possam surgir durante o TP.

Kurnaz et al. (2022)

- ✓ É necessária e importante para o bem-estar materno-fetal, neonatal e infantil:
- ✓ ↓ taxas de episiotomia;
- ✓ ↓ a duração do segundo estadio do TP;
- ✓ ↓ a ocorrência de parto instrumentado.

Lopes et al. (2019)

- ✓ ↓ intensidade da dor no segundo estadio do TP, assumindo-se também como um método não farmacológico de controlo da dor durante o TP;
- ✓ ↓ taxas de episiotomias;
- ✓ As mulheres ficam mais propensas à laceração perineal.

Healy et al. (2020)

Diapositivo 20

TRAUMA PERINEAL

- ✓ Pode ocorrer espontaneamente (Laceração);
- ✓ Após a intervenção da equipa de profissionais de saúde (Episiotomia);
- ✓ Estima-se que ocorram traumas perineais em cerca de 85% dos partos vaginais, sendo mais comum em primíparas (90,8%) do que em multiparas (68,8%);

Hartinah et al. (2021)

- ✓ ↑ risco de hemorragia vaginal, hematomas, dor perineal no pós-parto, infeção e deiscência da sutura;
- ✓ ↑ risco de alterações do pavimento pélvico, de incontinência urinária e fecal;

Santos et al. (2020)

- ✓ ↑ risco de depressão e dispareunia;
- ✓ Afetam negativamente as AVD's da mulher, inclusive os cuidados prestados ao RN, a sua qualidade de vida e a sua saúde sexual.

Hartinah et al. (2021)

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus:

- ✓ Grau I quando o trauma ocorre apenas na pele perineal;
- ✓ Grau II quando atinge o músculo perineal, mas não inclui o esfíncter anal;
- ✓ Grau III quando se estende ao músculo do esfíncter anal;
- ✓ Grau IV quando atinge o músculo do esfíncter anal, esfíncter anal e epitélio retal.

ACOG & Hartinah et al. (2021)

Diapositivo 21

TRAUMA PERINEAL

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus:

- ✓ Grau I definido como a laceração ou lesão da pele perineal e/ou mucosa vaginal;
- ✓ Grau II quando a laceração atinge os músculos perineais;
- ✓ Grau III quando há envolvimento ou laceração do esfíncter anal;
- ✓ Grau IV quando se verifica laceração do complexo do esfíncter anal e da mucosa anorretal.

[Kurnaz et al. \(2022\) & Lopes et al. \(2019\)](#)

- ✓ A correta avaliação e descrição da gravidade das lesões perineais é fundamental no processo de TP, uma vez que estão associadas à influência que podem ter na vida e nas AVD's das mulheres;
- ✓ As complicações normalmente estão associadas à alteração da mobilidade, da eliminação vesical e intestinal, à (in)capacidade de prestar cuidados ao RN, entre outras AVD's.

[Lopes et al. \(2019\)](#)

Diapositivo 22

TRAUMA PERINEAL

- ✓ Caso ocorram lacerações do períneo, serão usadas menos suturas quando comparadas com as usadas no procedimento de correção de uma episiotomia e que destas o processo de cicatrização é mais eficaz.

[Kurnaz et al. \(2022\)](#)

- ✓ Quando o trauma perineal é de menor gravidade, a sutura também será menor e, portanto, o risco de ter complicações também será mais reduzido;
- ✓ A episiotomia normalmente está associada a um maior risco de complicações graves para o pavimento pélvico, assim como as lacerações de grau III e IV.

[Lopes et al. \(2019\)](#)

Diapositivo 23

TRAUMA PERINEAL

- ✓ ↓ a probabilidade de realização de episiotomias;
- ✓ ↑ 1,4 vezes mais a ocorrência de lacerações de grau I;
- ✓ Não teve qualquer influência na manutenção de um períneo íntegro;
- ✓ Não teve influência na ocorrência de lacerações de grau II, III e IV.

Kurnaz et al. (2022)

- ✓ 11,8% períneo íntegro;
- ✓ A integridade do períneo foi mais frequente em períodos expulsivos < a uma hora;
- ✓ 61,9% lacerações de grau I;
- ✓ 26,3% lacerações de grau II (maioritariamente em períodos expulsivos prolongados, > a duas horas);
- ✓ Sem lacerações grau III e IV;
- ✓ Sem realização de episiotomias;

Posições semi-sentada, sentada, quatro apoios e lateral ↔ posições de cócoras, de pé ou ajoelhadas:

- ✓ ↓ risco de trauma perineal;
- ✓ ↓ risco de laceração grau II;

Posições de cócoras, de pé ou ajoelhada podem:

- ✓ ↑ ocorrência de lacerações de grau II;
- ✓ ↓ taxa de integridade perineal;
- ✓ Sem ocorrência de lacerações de grau III e IV;

Posição lateral pode:

- ✓ ↑ taxa de integridade perineal e quando comparada com outras posições, contribui para a ↓ de lacerações de grau II.

Lopes et al. (2019)

Diapositivo 24

FATORES DE RISCO AO TRAUMA PERINEAL

- ✓ Fetos macrossômicos;
- ✓ Edema vulvar e/ ou rigidez perineal;
- ✓ Analgesia regional;
- ✓ Manobra de Kristeller;
- ✓ Primíparas;
- ✓ Ocorrência de distócias.

Kurnaz et al. (2022)

- ✓ Local onde ocorre o parto;
- ✓ Assistência, apoio e cuidados prestados pelos profissionais de saúde envolvidos.

Lopes et al. (2019)

Diapositivo 25

FATORES DE RISCO AO TRAUMA PERINEAL

- ✓ **IDADE MATERNA**
↑ risco de desenvolver laceração perineal 4% anualmente (sendo mais frequentes as lacerações grau II);
- ✓ **SEGUNDO ESTADIO DO TP > A DUAS HORAS**
↑ 2,8 vezes mais risco de desenvolver laceração perineal.
Lopes et al. (2019)
- ✓ **DURAÇÃO MAIS LONGA DO SEGUNDO ESTADIO DO TP**
está associada ao ↑ de episiotomias.
Healy et al. (2020)

Estas duas condições ↑ a probabilidade de desenvolver lacerações de grau II.
Lopes et al. (2019)

Diapositivo 26

FATORES PROTETORES DO PERÍNEO

- ✓ **NÚMERO DE PARTOS VAGINAIS ANTERIORES**
↓ 56% o risco de trauma perineal;
↑ incidência de períneos íntegros;
- ✓ **POSICÃO MATERNA ADOTADA**
Posições lateral: ↓ 67% a probabilidade de desenvolver trauma perineal e ↑ da taxa de integridade perineal;
Posição de quatro apoios: ↓ 56% a probabilidade de desenvolver trauma perineal e ↑ da taxa de integridade perineal;
Posições semi-sentada e sentada: ↓ 56% a probabilidade de desenvolver trauma perineal;
Lopes et al. (2019)
- ✓ A verticalidade está associada ao ↑ significativo das dimensões ósseas pélvicas, pelo que, se o progresso do TP for mais lento, deve-se encorajar a parturiente a mudar de posição, principalmente quando esta se encontra em posições horizontais.
Healy et al. (2020)

Diapositivo 27

OUTROS ACHADOS...

- ✓ 84% das lacerações de grau I não foram suturadas;
- ✓ 70,6% das lacerações grau II foram suturadas;
- ✓ Lacerações grau I: quando suturadas, mais de metade (58,5%) apresentaram complicações;
- ✓ Lacerações grau II: quando suturadas, mais de metade (70,1%) apresentaram complicações;

Sutura perineal ↑ 2,5 vezes mais as complicações decorrentes da sutura (edema e dor).

Lopes et al. (2019)

Diapositivo 28

CONCLUSÕES

- ✓ O modelo de atenção centralizado nas parturientes pode estar relacionado com o impacto dos desfechos perineais e a continuidade dos cuidados prestados por ESMO's favorece a redução considerável da ocorrência de episiotomias, uma vez que contribui em grande escala para um parto fisiológico, usando criteriosamente as intervenções estritamente necessárias e relacionadas com os bons resultados maternos, fetais e neonatais;
Lopes et al. (2019)
- ✓ A adoção da verticalidade contribui para a saúde materna uma vez que reduz as taxas de episiotomias, todas as complicações que daí possam advir e que não se assumem como um fator de risco neonatal;
Kurnaz et al. (2022)
- ✓ As parturientes podem e devem assumir várias posições de parto, preferencialmente as verticalizadas, mas, em última análise, elas devem adotar as posições que considerem mais favoráveis ao seu TP e confortáveis para dar à luz os seus filhos. Devem também ser educadas desde o início da gravidez sobre a liberdade de movimento e a adoção de posições verticalizadas, bem como também devem ser encorajadas a escolher cada uma das posições voluntariamente durante o seu TP (Healy et al., 2020).
Healy et al. (2020)

Diapositivo 29

CONCLUSÕES

- ✓ Reforço da segurança da adoção de posições verticais durante o TP;
- ✓ Importante para a tomada de decisão dos EEESMO's durante o seu acompanhamento e assistência à parturiente;
- ✓ Os EEESMO's devem ter formação sobre as possíveis e diferentes posições de parto e quais os seus efeitos a nível do TP (parturiente e feto), devendo ser desafiados e sensibilizados, a nível institucional, através do planeamento e implementação de programas educacionais com o intuito de os instruir e auxiliar a desenvolver as suas capacidades e competências no que se refere à adoção da verticalidade e o seu impacto no TP e na prevenção das lesões do períneo.

Kurnaz et al. (2022)

Diapositivo 30

VERTICALIDADE E O TRABALHO DE PARTO

Movimento da Pelve na Nutação

Nutation
[Flexão das pernas; Cócoras]

Contranutation
[Extensão das pernas]

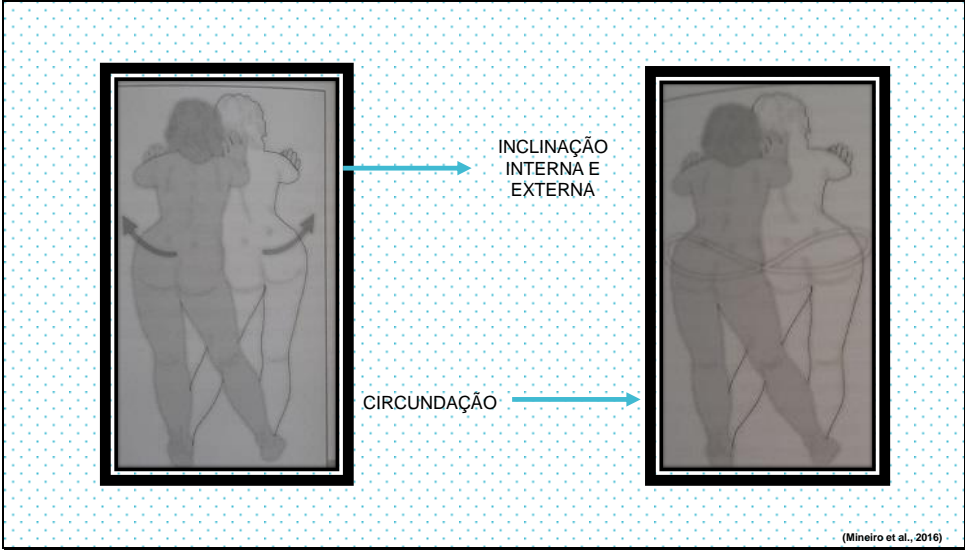
Retropulsão do Coccix

Afastamento Sinfise Pubica

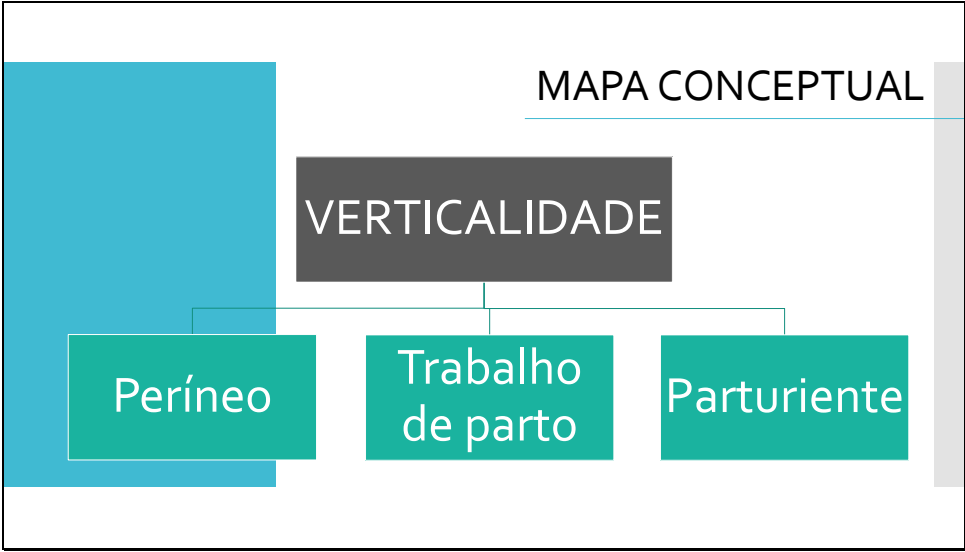
Diapositivo 31



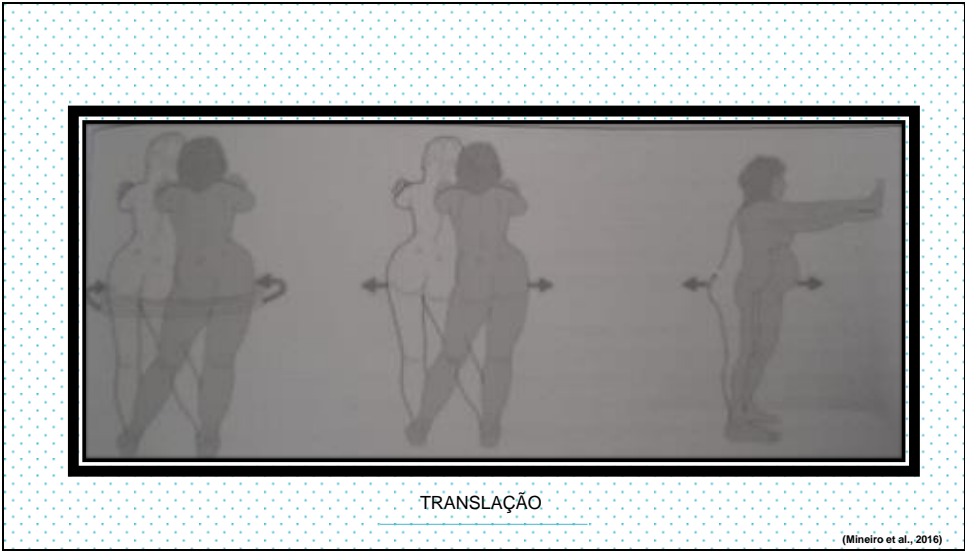
Diapositivo 32



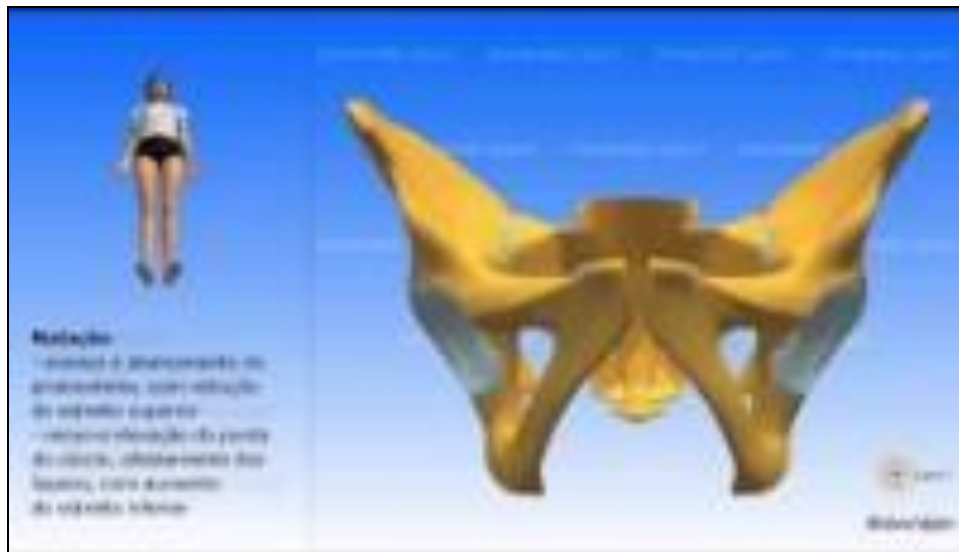
Diapositivo 33



Diapositivo 34



Diapositivo 35



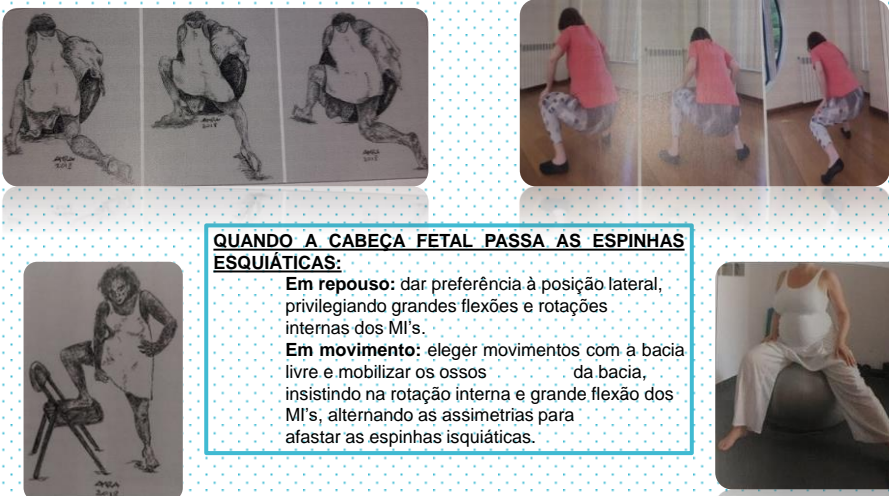
Diapositivo 36

QUANDO A CABEÇA FETAL ESTÁ ACIMA DO ESTREITO SUPERIOR
Objetivo: ampliar o estreito superior.
Em repouso: Relaxamento com aplicação de calor e massagem, evitando qualquer apoio na parte alta do sacro e praticar a verticalidade (posição sentada à "buda" (pernas fletidas em rotação externa, abdução ilíaca e supinação ilíaca); ou a posição lateral (modelo bacia livre);
Em movimento: eleger movimentos com bacia livre (de pé, sentada sobre bola de partos, de gatas);

QUANDO A CABEÇA FETAL ESTÁ NA ESCAVAÇÃO PÉLVICA:
Objetivo: aumentar escavação pélvica para trás e lateralmente, sendo imprescindível que as espinhas isquiáticas se separem e girem para fora.
Em repouso: evitar posição supina e posição sentada com apoio lombar, dando preferência à posição lateral;
Em movimento: de pé, sentada na bola de partos, quatro apoios, elegendo movimentos com bacia livre com assimetria dos MI's: alternância entre rotação externa ↔ rotação interna e flexão > 90° ↔ extensão dos MI's (auxiliando o movimento das espinhas isquiáticas);

(Mineiro et al., 2016)

Diapositivo 37



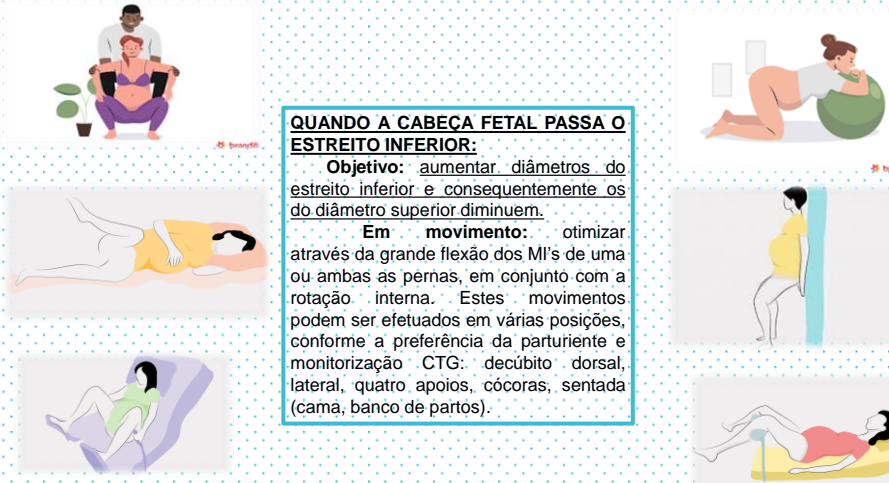
QUANDO A CABEÇA FETAL PASSA AS ESPINHAS ESQUIÁTICAS:

Em repouso: dar preferência à posição lateral, privilegiando grandes flexões e rotações internas dos MI's.

Em movimento: eleger movimentos com a bacia livre e mobilizar os ossos da bacia, insistindo na rotação interna e grande flexão dos MI's, alternando as assimetrias para afastar as espinhas isquiáticas.

(Mineiro et al., 2016)

Diapositivo 38




QUANDO A CABEÇA FETAL PASSA O ESTREITO INFERIOR:

Objetivo: aumentar diâmetros do estreito inferior e consequentemente os do diâmetro superior diminuem.

Em movimento: otimizar através da grande flexão dos MI's de uma ou ambas as pernas, em conjunto com a rotação interna. Estes movimentos podem ser efetuados em várias posições, conforme a preferência da parturiente e monitorização CTG: decúbito dorsal, lateral, quatro apoios, cócoras, sentada (cama, banco de partos).

(Mineiro et al., 2016)

Diapositivo 39



Outras
intervenções de
ESMO

Proteção perineal

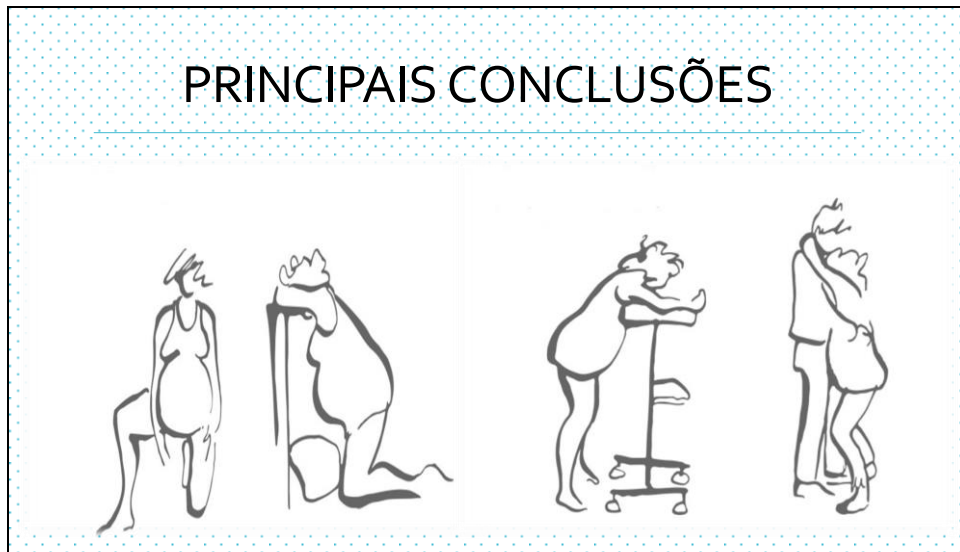
Diapositivo 40




Aplicação de compressas mornas no períneo

Manobra de Ritgen

Diapositivo 41



Diapositivo 42



- Fatores maternos, fetais e fatores relacionados com a assistência obstétrica estão associados à prevalência e ao grau de laceração perineal;
- ↓ probabilidade de realização de episiotomia;
- ↑ probabilidade de laceração grau I;
- Não tem influência na ocorrência de lacerações de grau II, III e IV.

Obrigado pela vossa atenção



Discussão

APÊNDICE III – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DO ESTÁGIO IV

Aconselhamento à família e promoção da saúde	Nº
Realização de exames pré-natais	220
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	117
• Partos eutócicos	46
• Participação ativa em partos distócicos	16
• Episiotomia	3
• Episiotomia/ Perineorrafia	31
Vigilância e prestação de cuidados à grávida em situação de risco ou patologia associada: Hipertensão arterial induzida ou não pela gravidez/ Pré-eclâmpsia Ameaça de parto pré-termo (a realizar tocolíticos)	4
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente em situação de risco ou patologia associada: Rutura prematura das membranas (RPM) ou rutura espontânea da bolsa amniótica (REBA) ≥ 18h; Cesariana recente / Partos pré-termo (PPT) anteriores; Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); Febre intraparto (FIP); Hipotireoidismo; Asma; Oligoâmnios/ Hidrâmnios; Restrição do crescimento fetal (RCF); Obesidade; Hipertensão arterial (HTA)/ Hipertensão arterial induzida pela gravidez (HIG)/ Pré-eclâmpsia (PE); Diabetes mellitus (DM) ou diabetes gestacional (DG); Multiparidade; Streptococcus do grupo B (SB) positivo ou desconhecido; Idade materna avançada;	90
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente saudável no terceiro e quarto estádios do TP	58
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente com patologia associada no terceiro e quarto estádios do TP: HTA/ HIG/ PE; DG; Multiparidade; FIP.	12
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável	43
Vigilância e prestação de cuidados ao RN de risco ou com patologia associada: Síndrome de dificuldade respiratória; RN's com gemido; RN's pequenos ou grandes para a idade gestacional; RN's com líquido amniótico meconial; RN's de mães com SB positivo ou desconhecido; RN's de mães com PE; RN's de mães com DM/ DG; RN's de mães com VIH; RN's de mães com FIP; RN's de mães com REBA's ≥ 18h.	32

**APÊNDICE IV – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DA
TOTALIDADE DOS ESTÁGIOS**

Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	312
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	46
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	16
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	3
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	31
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	41
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	86
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	19
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	200
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	154
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	107
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	30
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	X
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	X
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	X
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

Santarém, 20 de Dezembro de 2023

Estudante/*Student* Lisa Gaudêncio

Professor/*Teacher* Aurora Guerra

Coordenador do curso/*The course coordinator* _____

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago
Num. de identificação: 08560601

APÊNDICE V – PROTOCOLO SCOPING REVIEW

Influência da verticalidade no trabalho de parto: uma *scoping review*

Autores

Lisa Nélia Esgaio Gaudêncio¹ Açucena de Jesus Galhanas Guerra²

1. Mestranda do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém; Enfermeira a exercer funções no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade Caldas da Rainha
2. Professora Adjunta Convidada, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém; Centro de Investigação da Qualidade de Vida (CIEQV), Politécnico de Santarém e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal

Resumo

Objetivo: Mapear a evidência científica existente sobre a adoção de posições verticais e qual a sua influência na prevenção do trauma perineal durante o trabalho de parto.

Introdução: A verticalidade e os seus benefícios são sobejamente conhecidos. Porém é essencial compreender a importância que esta pode ter na redução do trauma perineal e o impacto deste na qualidade de vida da mulher, a curto, médio e longo prazo. Torna-se, igualmente, importante reconhecer fatores de risco para a adoção desta prática de cuidados.

Crítérios de inclusão: São participantes desta revisão as parturientes. Os conceitos norteadores da pesquisa são a verticalidade, o trabalho de parto e o períneo, e o contexto o local onde ocorre o parto (*open*). Foram incluídos estudos com friso cronológico de 5 anos, em inglês, português e espanhol.

Métodos: Realizou-se uma *Scoping Review* segundo o protocolo preconizado pelo *Joanna Briggs Institute*[®]. Os termos utilizados para a pesquisa foram: "Verticalization*", "Patient Positioning", "Birthing Positions*", "Upright labor positions*", "Vertical*", "Upright*", "Posture", "Birth*", "Term Birth", "Parturition", "Childbirth*", "Labor*", "Labor, obstetric", "Delivery, obstetric", "Perineum", "Lacerations" e "Tears and Lacerations*", nas bases de dados (*CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e *MedicLatina*) presentes na Plataforma *EBSCOhost*, *PubMed* e *Google Académico* em julho de 2023. A pesquisa, a análise da relevância dos estudos, a extração e síntese dos dados foram realizadas por duas revisoras. Foram excluídos todos os artigos que não cumpram os critérios acima referidos.

Resultados: A adoção da verticalidade durante o trabalho de parto apresenta claros benefícios maternos e neonatais. Os benefícios mais evidentes prendem-se com o maior controlo e participação da mulher, redução da dor, aumento das dimensões pélvicas, redução do tempo do período expulsivo, não havendo evidência científica da sua influência nas lesões obstétricas do esfíncter anorretal (lacerações grau III e IV).

Conclusões: A mudança recente de paradigma na obstetrícia exige aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica formação contínua, disponibilidade, empatia e entrega total à parturiente. Sendo os benefícios investigados e reconhecidos da utilização da verticalidade no trabalho de parto é fundamental e, prioritário aplicá-los na prática clínica para o exercício de uma prática baseada na mais atual evidência científica. Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é um elemento essencial na informação, educação e empoderamento das grávidas/parturientes, implementando e avaliando a eficácia da alternância de posicionamentos no trabalho de parto, indo ao encontro das preferências das parturientes em cada momento do seu trabalho de parto.

Introdução

O trabalho de parto (TP) é experienciado por cada parturiente de forma diferente e única, visto este ser influenciado não somente pelo cariz físico, mas também psicológico, social, cultural e religioso. Entende-se TP como o conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez iniciados, de forma induzida ou espontânea, conduzem à contratilidade uterina regular, extinção e dilatação cervical, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior, bem como das membranas e líquido amniótico, cordão umbilical e placenta (Machado & Graça, 2017). O TP pode ser dividido em quatro diferentes estádios, designadamente: 1º estádio que se divide em fase latente e fase ativa e que se inicia com o aparecimento de um padrão de contratilidade uterina regular, culminando na dilatação completa do colo uterino (10 centímetros); o 2º estádio compreende o período desde a dilatação completa do colo do útero até ao nascimento; o 3º estádio inicia-se após a expulsão fetal e termina com a dequitação; e, por último, o 4º estádio do TP começa depois da dequitação e prolonga-se pelas duas horas seguintes, também designado por puerpério imediato (Varela et al., 2020a).

A World Health Organization (WHO, 2018) emitiu uma série de recomendações relativamente à conduta dos profissionais de saúde envolvidos no parto, com o intuito de proporcionar à mulher uma experiência de parto positiva, centrada nas suas necessidades e preferências, de forma a humanizar todo o processo do nascimento nas unidades de saúde. De entre os recursos físicos essenciais, enumerados no documento, destaca-se a comunicação efetiva e eficaz, a utilização de estratégias para o alívio da dor e a liberdade de movimentos durante o TP, bem como a adoção de posições de eleição da parturiente.

Neste sentido considera-se a adoção de posições verticais as que proporcionam um ângulo superior a 45º entre o tronco e os membros inferiores da parturiente como, por exemplo, a posição de pé, ajoelhada, sentada, cócoras ou gatas/ quatro apoios (Mineiro et al., 2016).

A adoção de posições verticalizadas durante o TP permite que os membros inferiores funcionem e se comportem como uma alavanca para a pélvis, que aliada à ação da força

da gravidade, induzem e otimizam o estiramento progressivo do pavimento pélvico (Vaz et al., 2021).

O TP é um processo fisiológico influenciado por vários fatores, como a gravidade, que favorece a acomodação do feto na cavidade pélvica, o aumento da pressão exercida pela cabeça fetal no segmento inferior do útero e a sua descida pelo canal vaginal. Estes fatores estimulam o reflexo hipotálamo-hipófise que conduz à produção de ocitocina e, conseqüentemente, à regularidade e ao aumento da intensidade e frequência da contratilidade uterina (Vaz et al., 2021). A verticalização do TP aumenta em cerca de 2 cm o diâmetro ântero-posterior e em 1 cm o diâmetro transversal da bacia pélvica (Mineiro et al., 2016), acreditando-se que aumente, portanto, em 28% a área destinada à saída do feto (Vaz et al., 2021).

A evidência científica tem demonstrado inúmeras vantagens da posição vertical no TP, destacando-se entre elas a diminuição da sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo, aumento da eficácia da força expulsiva e da participação ativa da parturiente, reduzindo, assim, a duração do mesmo, as taxas de parto instrumentalizado e da necessidade de episiotomias, melhoria do fluxo uteroplacentário, da ventilação pulmonar materna e do equilíbrio ácido-base materno-fetal (Mineiro et al., 2016).

O trauma perineal durante o parto pode ocorrer espontaneamente ou após a intervenção da equipa de profissionais de saúde quando é necessário abreviar o período expulsivo e otimizar o bem-estar fetal, estimando-se que ocorram lacerações perineais em cerca de 85% dos partos vaginais, sendo mais comum em primíparas (90,8%) do que em múltiparas (68,8%) (Hartinah et al., 2021). Segundo o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (American College of Obstetricians and Gynecologists et al., 2018) as lacerações perineais são classificadas em quatro graus: grau I quando o trauma ocorre apenas na pele perineal, grau II quando atinge o músculo perineal, mas não inclui o esfíncter anal, grau III quando se estende ao músculo do esfíncter anal e, por último, grau IV quando atinge o músculo do esfíncter anal, esfíncter anal e epitélio retal. Quando ocorre algum tipo de trauma perineal existe o aumento do risco de hemorragia vaginal, hematomas perineais, dor perineal no pós-parto, infeção e deiscência da sutura, o que a longo prazo aumenta o risco de alterações do pavimento pélvico, de incontinência urinária e/ ou fecal (Santos et al., 2020), de depressão e dispareunia, afetando negativamente as atividades de vida diárias da mulher, inclusive os cuidados prestados ao RN, a sua qualidade de vida e a sua saúde sexual (Hartinah et al., 2021).

O respeito pela parturiente e pelas suas preferências deve ser o princípio orientador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), partindo do princípio de que este é o início do estabelecimento e aperfeiçoamento da relação terapêutica que será instituída entre Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e parturiente. A escuta ativa e o respeito pelas preferências da mulher abrem caminho à relação terapêutica, que deve ser construída na base da confiança e empatia, podendo o EEESMO ser visto como um ponto integrante no processo de cuidados e responsável pela condução da autodeterminação e autoconhecimento da própria mulher, podendo emergir durante este processo as competências e as capacidades da parturiente para participar tão ativamente quanto possível no seu TP (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Por este motivo é crucial o EEESMO compreender a dinâmica, a mecânica e todos os processos fisiológicos envolvidos no TP, sendo que este profissional tem competências para promover a verticalidade e geri-la da forma mais adequada, individualizada e personalizada possível, de acordo com as preferências maternas e o bem-estar materno-fetal.

A mudança de paradigma na obstetria, a importância do protagonismo que a mulher pode e deve ter durante o TP, os benefícios e a aparente percepção da promoção do bem-estar materno-fetal decorrente da adoção da verticalidade no TP motivaram o interesse em explorar e aprofundar esta temática do impacto da verticalidade na prevenção do trauma perineal. Deste modo, foi realizada uma pesquisa preliminar na plataforma *EBSCOhost – Research Databases* e *PubMed*. Apesar de serem encontrados alguns documentos que abordam a temática da verticalidade e da sua influência na prevenção do trauma perineal durante o TP, não foram identificadas revisões que estudassem a sua adoção, específica e exclusivamente relacionada com a influência que esta tem na prevenção do trauma perineal, daí a importância e pertinência da realização desta *Scoping Review (ScR)*.

A opção pela realização de uma *ScR* deve-se ao facto de este tipo de revisão permitir identificar a evidência disponível sobre determinado tema, campo, conceito ou questão. Para a fundamentação desta temática, pretendeu-se esclarecer os conceitos e, por consequente, as definições existentes na literatura disponível, garantindo a identificação das palavras-chave relacionadas com estes. Através da pesquisa foi possível aos investigadores ter uma visão geral de quais as pesquisas já realizadas na área. Após o mapeamento, seleção e inclusão dos principais artigos sobre a temática, pretende-se analisá-los e identificar lacunas de conhecimento nesta área (Aromataris & Munn, 2020).

Questão de revisão

Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?

Palavras-chave

Períneo; Trabalho de parto; Verticalidade

Critérios de inclusão

Participantes

Parturientes

Conceitos

Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo

Contexto

Open

Tipos de fontes

Foi considerada, no âmbito da *ScR*, toda e qualquer evidência que se referia à prática de ESMO, incluindo estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, primários e secundários, revisto por pares, que respondam à questão de investigação. Revisões sistemáticas, documentos de texto e de opinião também foram considerados para inclusão na presente revisão. Fontes de literatura cinzenta foram igualmente consideradas, incluindo diretrizes de prática clínica (de instituições e organizações profissionais), políticas e relatórios governamentais, conferências profissionais, artigos editoriais, teses e dissertações. Foram, ainda, incluídos artigos publicados em inglês, português e espanhol, publicados a partir da sua data de inserção na plataforma/ base de dados até à presente data.

Esta ampla abordagem na procura de evidência científica foi necessária devido à especificidade do tema da revisão proposta e da possibilidade de evidência limitada. Esta abrangência de pesquisa de documentos garante que o objetivo e a questão de investigação da *ScR* sejam abordados da forma mais inclusiva possível. Foram excluídos artigos duplicados e todos os que não correspondiam aos critérios de inclusão, acima referidos.

Métodos

Esta *ScR* foi realizada de acordo com o protocolo do *Joanna Briggs Institute*[®] (JBI[®]) para a condução e elaboração de *ScR*.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados. Para o desenvolvimento desta *ScR* foi realizada uma pesquisa preliminar limitada na plataforma *EBSCOhost - Research Databases* e *PubMed*, através da utilização de termos *Medical Subject Headings (MeSH)*, identificados no *MeSH Browser* e combinações de palavras-chave para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e termos indexados foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa utilizando a base de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *MedicLatina* e *Pubmed*. a estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos indexados, foi modificada e adaptada para cada plataforma/ base de dados. A literatura cinzenta foi obtida na plataforma *on-line* Google Académico.

Foram incluídos estudos com friso cronológico de 5 anos (Amendoeira et al., 2022), em inglês, português e espanhol, produzidos e publicados em qualquer país do mundo, o que

permite a inclusão de literatura relevante, explorando a evolução do conceito da verticalidade.

Com base nos conceitos estipulados nos critérios de inclusão (Participantes, Conceitos e Contexto) foram selecionados os seguintes descritores: "*Verticalization**", "*Patient Positioning*", "*Birthing Positions**", "*Upright labor positions**", "*Vertical**", "*Upright**", "*Posture*", "*Birth**", "*Term Birth*", "*Parturition*", "*Childbirth**", "*Labor**", "*Labor, obstetric*", "*Delivery, obstetric*", "*Perineum*", "*Lacerations*" e "*Tears and Lacerations**". A pesquisa nas bases de dados, ocorreu no dia 21 de Julho de 2023, mediada pela relação dos operadores booleanos, "AND" e "OR", obtendo-se a expressão de pesquisa booleana "(*Verticalization* OR *Patient Positioning* [MeSH] OR *Birthing Positions* OR *Upright labor positions* OR *Vertical* OR *Upright* OR *Posture* [MeSH]) AND (*Birth* OR *Term Birth* [MeSH] OR *Parturition* [MeSH] OR *Childbirth* OR *Labor* OR *Labor, obstetric* [MeSH] OR *Delivery, obstetric* [MeSH]) AND (*Perineum* [MeSH] OR *Lacerations* [MeSH] OR *Tears and Lacerations*)", limitada no friso temporal de 2018 a 2023, analisada pelos pares, com *free full text* disponível (Apêndice I).

Seleção dos estudos

Após desenvolver a estratégia de pesquisa completa procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, tendo posteriormente sido removidos os duplicados. Esta análise foi realizada por dois revisores independentes para avaliação em função dos critérios de inclusão para a revisão. Os documentos potencialmente relevantes foram extraídos na íntegra e as suas informações de relevância introduzidas no Sistema *JBI* para a Gestão Unificada, Avaliação e Revisão de Informação (Aromataris & Munn, 2020). O texto integral dos artigos da pesquisa foi avaliado ao pormenor em função dos critérios de inclusão, pelos dois revisores independentes. As razões de exclusão dos documentos que não cumpriram os critérios de inclusão foram registadas e comunicadas na *ScR*. Em cada fase do processo de seleção, as divergências que surgiram entre os dois revisores foram resolvidas através de discussão e, se necessário, haveria a possibilidade de discutir com um ou mais revisores adicionais. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram comunicados na íntegra no relatório final e apresentados numa extensão de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses for ScR (PRISMA2020-ScR)*.

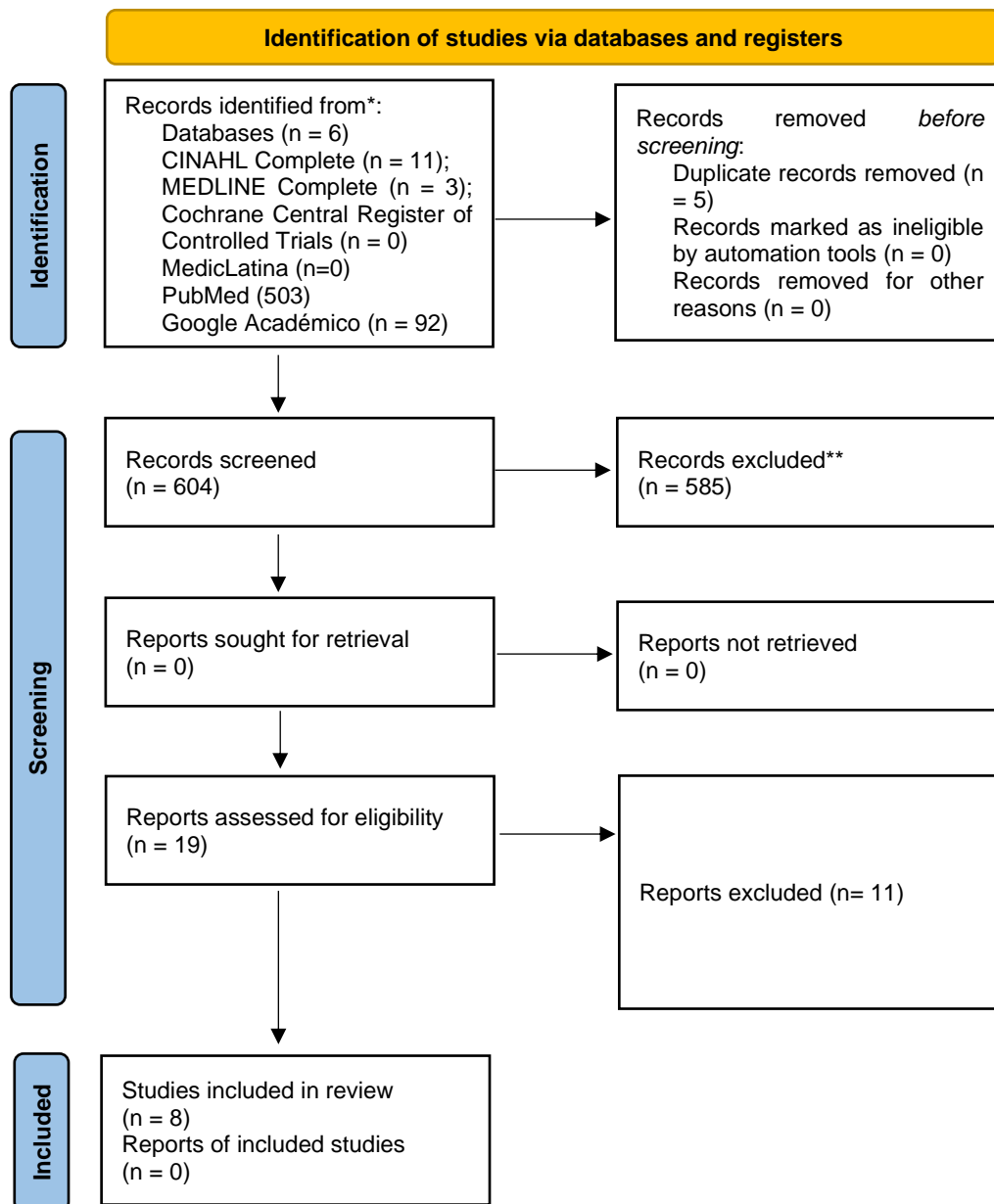
Na etapa de *Identification* foram identificados seiscentos e nove artigos (onze na base de dados *CINAHL Complete*, três na *MEDLINE Complete*, quinhentos e três na *PubMed* e noventa e dois artigos na plataforma Google Académicos). Foram removidos cinco artigos duplicados da plataforma *PubMed*, totalizando assim seiscentos e quatro artigos.

Na etapa seguinte, *Screening*, após a leitura dos títulos e resumos dos artigos, foi excluído um artigo da base de dados *CINAHL Complete* e três do Google Académicos por se encontrarem em idiomas incluídos nos critérios de inclusão, três da *CINAHL Complete*, dois da *MEDLINE Complete*, quatrocentos e noventa e um da *PubMed* e oitenta e cinco do Google Académicos por não contemplarem os critérios de inclusão. Posteriormente, com a leitura integral dos artigos, foi verificada a presença ou ausência da definição clara dos objetivos do estudo, da sua metodologia e da apresentação ou não da discussão dos resultados, sendo que da base de dados *CINAHL Complete* foram excluídos quatro artigos, da *MEDLINE Complete* foi excluído um artigo, da *PubMed* foram excluídos três artigos e

do Google Académicos foram excluídos três artigos por não apresentarem contributos para a investigação em curso.

Tendo em conta o processo seletivo, na etapa *Included*, foram incluídos três artigos finais da Plataforma *EBSCOhost - Research Databases*, quatro artigos da base de dados *PubMed* e um artigo da plataforma *Google Académicos*, totalizando oito artigos com fortes contributos para a investigação desta *ScR* ($n = 8$), como se pode verificar na Figura 1 (Fig.1).

Figura 1. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



Fonte: (Page et al., 2021)

Extração de dados

Os dados foram extraídos de estudos incluídos na *ScR* utilizando o *Data extraction instrument* de acordo com Protocolo da *ScR* do *JBI*[®]. Os dados extraídos incluem conteúdos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e conclusões-chave relevantes para a questão de revisão (Apêndice II).

Os oito artigos incluídos foram publicados em revistas internacionais entre 2019 e 2022, escritos em inglês e português. Os artigos são de origem australiana, turca, sueca, dinamarquesa e brasileira. Foram consideradas três revisões sistemáticas da literatura e cinco estudos quantitativos (estudos transversais retrospectivos e prospectivos). As participantes incluídas nos artigos são 186862 mulheres, sendo que essas mulheres estavam ou estiveram num processo de TP, onde foram avaliadas as várias posições adotadas pelas mulheres em TP e as intervenções que as parteiras podiam implementar para facilitar o TP. Nos artigos quantitativos foi utilizada estatística descritiva para o tratamento dos dados recolhidos através dos registos clínicos das instituições onde decorreu o TP.

As conclusões dos oito estudos atestam que existem benefícios maternos, neonatais, infantis e ganhos em saúde associados à aplicação de posições verticais durante o TP, independentemente da conceptualização das mesmas e que a posição dorsal e de litotomia se encontram em desuso, sendo apenas implementadas quando é necessária uma monitorização mais rigorosa, no caso do registo cardiotocográfico manifestar alterações suspeitas ou patológicas.

Os benefícios da adoção da verticalidade durante o TP são identificados de uma forma quase transversal em todos artigos e estes são descritos, seguidamente, na apresentação e análise dos dados.

Apresentação e análise dos dados

Nos estudos revistos nesta *ScR* é consensual que o TP é um dos momentos mais importantes da vida de uma mulher. A forma como ela o experiencia é determinante para a sua vida e qualidade de vida no período pós-parto. A mudança de paradigma no mundo da obstetrícia imposta pela sociedade, traz cada vez mais aos blocos de partos, mulheres com necessidades acrescidas de educação e de informação, mas também mulheres cada vez mais informadas, empoderadas a vivenciar de forma positiva e ativa no seu TP e no nascimento dos seus filhos.

Sendo o parto um evento de vida significativo na vida de uma mulher, a experiência vivenciada pode influenciar positiva ou negativamente a sua qualidade de vida a curto, médio e longo prazo, assim como os cuidados prestados ao RN (Healy et al., 2020; Lopes et al., 2019).

Estima-se que mais de 85% das parturientes tenham algum tipo de trauma perineal durante o TP, de forma cirúrgica (episiotomia) ou traumática (laceração) (G. Lopes et al., 2019) e estas lesões afetam maioritariamente as mulheres primíparas. Nas primíparas são

relatadas taxas entre os 35,1% e 78,3% de lesões perineais de grau II quando comparadas com as taxas das múltiparas que normalmente ficam entre os 34,8% e os 39,6%. Nas lacerações mais graves (III e IV) também são as primíparas as mais afetadas, registrando-se taxas de 5,1%-8,3% relativamente a 1,8%-2,8% nas múltiparas. É importante também referir que na Suécia registou-se um aumento das taxas de lesões perineais graves (III e IV) em primíparas de 2,9% para 5,1% desde 1990 até 2016 (Jansson et al., 2020).

As complicações do trauma perineal normalmente estão associadas à alteração da mobilidade, da eliminação vesical e intestinal, à (in)capacidade de prestar cuidados ao RN, entre outras atividades de vida diária (Hartinah et al., 2021; Lopes et al., 2019).

As lacerações altas do canal vaginal (ocorridas acima do terço distal da vagina) podem ser responsáveis pela avulsão do músculo levantador do ânus, as lacerações de grau II (onde se incluem as episiotomias) podem ser prejudiciais à função sexual da mulher e aumentar o risco de prolapso do órgão pélvico no futuro e as lacerações perineais de graus III e IV são o maior fator de risco obstétrico para o desenvolvimento de incontinência fecal em mulheres (Jansson et al., 2020).

A cultura, os ambientes de nascimento e as práticas de trabalho afetam a possibilidade da abordagem fisiológica do TP. É essencial que as mulheres com uma gravidez simples e de baixo risco possam ser educadas, sensibilizadas e empoderadas para fazer uma escolha informada e obter acesso a serviços onde possam planejar o seu TP de forma livre com EEESMO's competentes e sensibilizados para o tema e que defendam a abordagem fisiológica do TP (Healy et al., 2020).

No que se refere à incorporação da evidência científica na prática de obstetria, a literatura sinaliza dois tipos de barreiras, as institucionais e as profissionais. A política institucional, as condições de trabalho, o reduzido número de profissionais de saúde para a assistência a partos nas instituições são fatores determinantes na experiência vivenciada pelas parturientes (Healy et al., 2020; Kurnaz et al., 2022; Rocha et al., 2020).

Do lado das barreiras profissionais, surgem como principais obstáculos, a formação, principalmente na área médica, que se rege ainda pelo modelo biológico direcionado pela atitude intervencionista do médico no decurso do parto, sendo que em alguns locais ainda se observa uma resistência dos mesmos em aderir às boas práticas obstétricas e em romper com o antigo paradigma tecnicista de cuidado. Neste contexto, os EEESMO's, profissionais com sensibilidade para entender o parto como um momento único e subjetivo na vida de uma mulher, respeitando a sua fisiologia, assumem um papel preponderante na mudança de paradigma do modelo de prestação de cuidados obstétricos uma vez que, cada vez mais o setor da saúde prioriza e elege a formação diferenciada, baseada na evidência científica sendo esta o pilar para o cuidado e a tomada de decisão, abrindo e mantendo o caminho ao protagonismo das mulheres e à humanização da assistência em todo o processo de TP e nascimento (Healy et al., 2020; Rocha et al., 2020).

Desta forma, é fundamental que o EEESMO tenha um papel preponderante na sua própria formação, na capacidade de comunicação, educação, empoderamento das mulheres no seu TP (Kurnaz et al., 2022), sendo também necessário que os que acompanham o TP adotem práticas para manter a fisiologia do TP, respeitando a autonomia das parturientes

(G. Lopes et al., 2019), não intervindo desnecessariamente, mas sim, apenas na presença de desvios da normalidade (Pinheiro et al., 2012).

A qualidade da assistência por parte da equipa de profissionais de saúde à parturiente e o impacto que estas têm na vida de cada uma, são motivos de preocupação, pelos efeitos adversos que o excesso de intervenções parece ter sobre a evolução do TP e os prováveis desfechos perineais. O uso criterioso de intervenções desnecessárias no TP e a adoção de práticas baseadas na evidência científica têm sido apontados como pilares na prática de ESMO contribuindo para a eficácia e boa evolução do TP, bem como para o alcance de resultados favoráveis à parturiente, feto/ RN e na redução de traumas perineais graves (G. Lopes et al., 2019).

Quando não existe intervenção da equipa de profissionais de saúde no TP ou quando as parturientes são deixadas por conta própria, elas tendem a adotar as posições de conforto para si e para o feto, e neste momento é importante terem em atenção os seus instintos durante a contratilidade uterina característica e escolher a posição mais confortável para o momento, pois são estes instintos que orientam mãe e feto durante o TP (Kurnaz et al., 2022).

A verticalidade pode assumir várias definições, neste contexto, é entendida como a adoção de posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da parturiente como, por exemplo, a posição de pé, ajoelhada, sentada, de cócoras ou de gatas (Mineiro et al., 2016).

No entanto, esta definição não é consensual como por exemplo, Lopes et al. (2019) consideram posições verticais como as posições de cócoras, de pé e ajoelhada, enquanto que as posições não verticais são as de semissentada, sentada, quatro apoios e lateral; no estudo de Reis et al. (2019) a posição sentada, ajoelhada, joelho/ cotovelo ou quatro apoios, agachada e de pé são vistas como posições verticais e posições como a semirreclinada, lateral e de litotomia pertencem ao grupo das posições supinas. Já Healy et al. (2020), consideram verticalidade a adoção das posições de pé, agachada ou ajoelhada e como posições supinas a lateral, de litotomia e a semirreclinada. Por sua vez, Rocha et al. (2020) definem posições verticalizadas como a posição de cócoras (com/sem uso de banco de parto ou com/ sem sustentação do acompanhante), semilateral, lateral, quatro apoios e posição de pé, sendo a posição de litotomia/ horizontal entendida como parturiente deitada na marquesa de parto (com/sem uso de pernas de apoio) ou em posição dorsal; para Souza et al. (2020) as posições de parto horizontais são as de semissentada, deitada e em decúbito lateral esquerdo e as posições de parto verticais são as posições de cócoras, Gaskin, em banco de parto e de pé/joelhos; Jansson et al. (2020) definem posições flexíveis do sacro, onde estão incluídas as posições de agachada, ajoelhada ou lateral e as posições com flexibilidade reduzida do sacro onde se incluem a adoção da posição de litotomia, supina e sentada durante o TP; e, por último, Kurnaz et al. (2022) nomeiam qualquer posição que apoie os pés da parturiente no chão como posição vertical (de pé, sentada, agachada, ajoelhada), posição horizontal como a adoção de qualquer outra posição que apoie a região dorsal no leito (posição supina e litotomia) e ainda posição semihorizontal (entendida como a posição lateral).

As duas grandes barreiras para a adoção da verticalidade durante o TP é a possível ineficácia e ineficiência na monitorização cardiotocográfica do feto (muitas vezes otimizada

pela adoção de posições horizontais) e a ocorrência de trauma perineal (Kurnaz et al., 2022).

Em termos estatísticos, apenas a Suécia apresenta números satisfatórios de adoção da verticalidade durante o TP, com 70% das primíparas e 83% das multíparas a assumirem posições verticais durante o TP, 37% das parturientes italianas, 9% das parturientes dos Estados Unidos da América e apenas 0,3% das parturientes turcas realizam o segundo estágio do TP na posição vertical (Kurnaz et al., 2022), o que contraria os resultados obtidos pelo estudo de Jansson et al. (2020) em que afirmam que na Suécia, a maioria das mulheres assumiram durante o parto posições não flexíveis de sacro (82,2%), sendo a posição de litotomia a que regista maior adesão. É importante também referir que na Suécia registou-se um aumento das taxas de lacerações perineais graves (III e IV) em primíparas de 2,9% para 5,1% desde 1990 até 2016 (Jansson et al., 2020).

Já no Brasil, um país conhecido pela sua elevada taxa de incidência de partos distócicos por cesariana, num estudo realizado a 415 mulheres numa casa de partos autónoma, onde as mulheres podiam escolher livremente a posição de parto, a posição preferencial adotada pelas parturientes durante o parto foi a posição semissentada (30,8%), seguida da posição de cócoras (19,9%) e, por último, a posição sentada (18,2%). Apenas uma mulher pariu na posição supina. Neste estudo a maior prevalência de trauma perineal foi a laceração grau I (61,9%) seguida da laceração grau II (26,3%). 11,8% das mulheres mantiveram um períneo íntegro, não há registo de episiotomias, nem de ocorrência de lacerações de grau III e IV (G. Lopes et al., 2019).

Ainda no Brasil, mas num estudo realizado numa maternidade em que, apesar do TP ser assistido por EEESMO's, os médicos eram os principais responsáveis pelos partos. Das 1728 mulheres incluídas no estudo, 86,2% apresentaram um parto em posição supina e 13,8% em posição vertical, sendo que a mais comumente escolhida para parir foi a posição semirreclinada. A maioria destas mulheres apresentou lacerações perineais, mais especificamente, 36,1% lacerações grau I, 42,4% lacerações grau II, 2,5% lacerações grau III e, por último, 0,2% de lacerações grau IV, sendo que este último grupo de lacerações (IV) ocorreu na posição de litotomia, semirreclinada e sentada. Foram realizadas episiotomias a 18,3% das parturientes (Reis et al., 2019).

No entanto, para Souza et al. (2020) esta é uma realidade do país em questão uma vez que, as taxas de episiotomias rondam os 75% de todas as primíparas e 50% das restantes. Por sua vez, Espanha apresenta um percentual semelhante na ordem dos 70,3%.

No que diz respeito à adoção da verticalidade e da sua possível influência na ocorrência de lacerações perineais, Souza et al. (2020) vêm ainda corroborar os achados de Reis et al. (2019) através de um estudo realizado a 226 parturientes, em que 80,1% preferiram parir em posições horizontais, sendo a posição semissentada a de maior preferência das mulheres quando comparadas com as 19,9% de parturientes a optarem pela adoção das posições de parto verticais, sendo neste grupo a de cócoras a posição preferencial. No que respeita às lacerações perineais espontâneas, 70,4% das mulheres apresentaram algum tipo de trauma perineal, das quais 32,7% apresentaram laceração grau I e II, 4,9% apresentaram laceração grau III e não houve registo da ocorrência do tipo de laceração grau IV. A episiotomia foi praticada em 10,2% das parturientes.

No posicionamento vertical durante o parto, mais especificamente na posição de cócoras e no uso do banco de parto, a maioria das lacerações registadas nas parturientes foi a laceração grau II. Nas posições de pé/ ajoelhada, 50% das parturientes não apresentaram trauma perineal espontâneo, no entanto 33,3% das mulheres apresentaram lacerações grau III (Souza et al., 2020).

Também num estudo realizado na Dinamarca a 10629 mulheres, 1171 pariram em banco de partos, verificando-se um aumento do risco de ocorrência de lacerações perineais e uma redução das taxas de integridade perineal, quando comparado com mulheres que pariram em outras posições, independentemente da paridade (Thies-Lagergren et al., 2020).

Por sua vez, também Jansson et al. (2020) encontraram resultados similares a Reis et al. (2019) e Souza et al. (2020) uma vez que, a maioria das mulheres assumiram posições não flexíveis de sacro (82,2%), com 55,6% destas a optarem pela posição de litotomia e 23,8% pela posição sentada. Do lado das posições que permitem maior flexibilidade do sacro, apenas 17,2% das parturientes as adotaram no momento do parto, sendo a posição lateral a que teve maior adesão (15,2%). Relativamente à ocorrência de lacerações perineais e à sua gravidade 18,2% apresentou laceração grau I, 40,6% apresentou laceração grau II, 7,3% das parturientes apresentaram lacerações grau III e, por último, 0,35% apresentaram lacerações grau IV.

A adoção da verticalidade e a liberdade de movimentos que esta proporciona durante o TP aumenta a participação ativa e a satisfação das parturientes relativamente a todo o seu processo de TP, sendo recomendada tendo em conta a evidência científica (DGS, 2023b; WHO, 2018), porque melhora o fluxo uteroplacentário/impede a compressão dos grandes vasos maternos ganhando cerca de 30-40 mmHg de pressão intrauterina (Mineiro et al., 2016), permite a ampla mobilidade da pélvis, não restringindo o seu movimento e permite a atuação e a sincronia entre parturiente, feto e força da gravidade. Além disso, a verticalidade potencia o efeito da contratilidade uterina, diminui o tempo do segundo estágio do TP, aumenta o fluxo sanguíneo ao feto, facilita os primeiros movimentos cardinais do TP, atenua a percepção da dor e aumenta a sensação de autocontrolo da parturiente. Por conseguinte, a adoção de posições verticais durante o TP, reduz o risco de parto instrumentalizado ou cirúrgico, a necessidade de realização de episiotomias e todos os riscos relacionados com a morbilidade materna que possam surgir durante o TP (Kurnaz et al., 2022; Lopes et al., 2019; Mineiro et al., 2016; Nilsen et al., 2011; Reis et al., 2019; Rocha et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2020; Vaz et al., 2021; WHO, 2018).

Posto isto, pode-se afirmar que a adoção da verticalidade no TP é necessária e importante para o bem-estar materno-fetal, neonatal e infantil (Kurnaz et al., 2022; G. Lopes et al., 2019). Um outro benefício, não menos importante, da verticalidade é o aumento do envolvimento ativo do acompanhante no processo de TP (Reis et al., 2019).

O principal motivo pelo qual é defendida a adoção das posições verticalizadas durante o parto é a ação da força da gravidade no feto e na cavidade pélvica, que contribui para a modificação dos ângulos da pélvis, o que não se verifica na adoção da posição de litotomia, já que esta forma uma curvatura do canal vaginal pouco favorável à evolução fisiológica do parto (Mineiro et al., 2016; Rocha et al., 2020), dificultando, por isso, a descida do feto no período expulsivo, contribuindo também para o aumento das intervenções obstétricas,

como a realização de episiotomias, sendo que a adoção da verticalidade durante o período expulsivo reduz significativamente essas taxas (Rocha et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2020).

Apesar do número de lacerações perineais aumentar quando o parto ocorre em posições verticalizadas, também se verificam muitos benefícios na adoção das mesmas, nomeadamente, a rotação dos fetos que se encontram em variedade occípito-ílica-posterior para a occípito-ílica-anterior durante o TP (Rocha et al., 2020). No estudo de Thies-Lagergren et al. (2020), no que diz respeito ao grupo das múltiparas que pariram com apoio de banco de partos, verificou-se um maior número de partos na posição occipital-posterior persistente, pelo que os autores defendem que possa ter influenciado a ocorrência e a gravidade das lacerações ocorridas (lacerações de grau II, III e IV), mas que por outro lado, a verticalidade e a utilização do banco de partos pode ter facilitado o parto vaginal em apresentações menos favoráveis, levando a concluir que os benefícios superam os riscos e por isso as parturientes devem ser encorajadas pelos EEESMO's a adotar posições verticalizadas, conforme a sua preferência e conforto (Rocha et al., 2020).

No que diz respeito ao TP na posição de litotomia, os estudos indicam que, esta aumenta o nível de dor e desconforto (Kurnaz et al., 2022; Rocha et al., 2020), está associada a desvios da normalidade da monitorização cardiotocográfica, potencia as taxas de episiotomias e diminui a prevalência de parto vaginal espontâneo (Lopes et al., 2019; Rocha et al., 2020), pelo que está normalmente conotada, como um fator de risco para o desenvolvimento de trauma perineal grave (Kurnaz et al., 2022), o que contraria os achados de Jansson et al. (2020) que defendem que a adoção de posições de reduzida flexibilidade do sacro diminuem significativamente o risco de ocorrência de laceração grau II e que não estão associadas a lacerações perineais graves.

Existe ainda uma relação significativa entre a posição adotada no momento do parto e a realização de episiotomia uma vez que, no estudo realizado por Souza et al. (2020) todas as mulheres submetidas a episiotomia estariam em posições horizontais e, portanto, de fácil acesso ao períneo, levando a concluir que as parturientes que adotam posições horizontais no segundo estágio do TP tem maior incidência à realização desta intervenção. O que corrobora os achados de Thies-Lagergren et al. (2020) que verificaram que ao parirem em banco de partos, as parturientes, registaram menores taxas de realização de episiotomias. Por outro lado, a realização de episiotomia demonstrou ser protetora da ocorrência de lesões perineais grau III e IV em partos instrumentados. Contudo, no parto vaginal espontâneo a ocorrência do trauma perineal grave decresce quando a realização da episiotomia passa de rotineira a pontual ou restrita (Jansson et al., 2020).

Na realização do seu estudo, Lopes et al. (2019) verificaram que o risco de ocorrência de lacerações grau II é mais reduzido nas parturientes que assumem posições não verticais no segundo estágio do TP, quando comparadas com as que adotam posições verticais, uma vez que, em posições verticalizadas, além do aumento da ocorrência de lacerações grau II, há, também, evidência de uma redução da taxa de integridade perineal. No entanto, em nenhum dos grupos se verificou a ocorrência de lacerações de graus III e IV. No caso de partos em posição lateral verificou-se o aumento da taxa de integridade perineal e quando comparada a outras posições, contribui para a redução de lacerações de grau II (G. Lopes et al., 2019).

Já o estudo de Kurnaz et al. (2022) demonstra que a adoção da verticalidade durante o TP diminui a probabilidade de realização de episiotomias, aumentando, porém em 1,4 vezes mais a ocorrência de lacerações de grau I, não demonstrando qualquer influência na manutenção de um períneo íntegro, nem na ocorrência de lacerações de grau II, III e IV logo, a verticalidade não tem influência na lesão do esfíncter anal.

Em contrapartida, Reis et al. (2019) e Souza et al. (2020), em estudo distinto referem não haver associação significativa entre a posição de parto, seja ela vertical ou horizontal, e a ocorrência de lacerações perineais graves (III e IV).

A lesão perineal profunda pode acontecer quando há fatores de risco, nomeadamente, fetos macrossômicos, ocorrência de edema vulvar e/ ou rigidez perineal, utilização de analgesia regional, realização de manobra de Kristeller, parturientes primíparas e variedade fetal (Kurnaz et al., 2022), local onde ocorre o parto, a assistência, o apoio e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde envolvidos (G. Lopes et al., 2019). A idade materna assume-se igualmente, como um fator de risco para o desenvolvimento de trauma perineal durante o TP, aumentando o risco de laceração perineal em 4% (sendo mais frequentes as lacerações grau II) assim como, o segundo estágio do TP prolongado, superior a duas horas, também aumenta em 2,8 vezes mais este risco. A duração do segundo estágio do TP é apontada como um fator relacionado com a laceração perineal, quanto mais longo for o período expulsivo, maior a probabilidade de ocorrer trauma perineal e de maior gravidade (G. Lopes et al., 2019), assim como o aumento da incidência de episiotomias (Healy et al., 2020).

A investigação realizada por Lopes et al. (2019), sugere que a multiparidade e a posição adotada durante o TP podem reduzir significativamente o risco de desenvolvimento de trauma perineal, aumentando a taxa de integridade perineal. As posições lateral, sentada, semissentada e quatro apoios são, também, consideradas como fatores de proteção perineal para a ocorrência de lacerações, uma vez que na posição lateral, a taxa de ocorrência de trauma perineal foi 67% menor, na posição de quatro apoios 56% menor e nas posições semissentada e sentada registou-se uma redução de 51%, não só relativamente à sua ocorrência como também à sua gravidade. Verificou-se maior integridade perineal quando as parturientes adotaram as posições lateral e de quatro apoios.

Resumidamente, a verticalidade está associada ao aumento significativo das dimensões ósseas pélvicas, pelo que, se o progresso do TP for mais lento, deve-se encorajar a parturiente a mudar de posição, principalmente quando esta se encontra em posições horizontais, favorecendo a boa evolução do TP e a facilitação do nascimento (Healy et al., 2020).

Outros achados não menos importantes no estudo de Lopes et al. (2019) é o facto de a maioria das lacerações de grau I não terem sido suturadas, e quando suturadas, mais de metade apresentaram complicações, o que sugere que a sutura perineal aumenta em 2,5 vezes mais as complicações decorrentes da sutura, sendo a dor e o edema os principais sintomas referidos pelas puérperas.

A literatura também revelou que caso ocorram lacerações do períneo, são usadas menos suturas quando comparadas com as usadas no procedimento de correção de uma episiotomia e que destas o processo de cicatrização é mais eficaz (Kurnaz et al., 2022). Quando o trauma perineal é de menor gravidade, a sutura também será menor e, portanto, o risco de complicações é mais reduzido. A episiotomia normalmente está associada a um maior risco de complicações graves para o pavimento pélvico, assim como as lacerações de grau III e IV (G. Lopes et al., 2019).

O modelo de atenção centrado nas parturientes pode estar relacionado com o impacto dos desfechos perineais e a continuidade dos cuidados prestados por EEESMO's, uma vez que contribui em grande escala para um parto fisiológico, usando criteriosamente as intervenções estritamente necessárias e relacionadas com os bons resultados maternos, fetais e neonatais (G. Lopes et al., 2019).

Os oito estudos analisados reforçam a segurança na adoção de posições verticais durante o TP, sendo importante a consciencialização dos seus benefícios, mas também o conhecimento e familiarização dos fatores de risco associados para a tomada de decisão dos EEESMO's durante o acompanhamento e assistência das parturientes. Os EEESMO's devem ter formação sobre as possíveis e diferentes posições de parto e quais os seus efeitos durante o TP (parturiente e feto), devendo ser desafiados e sensibilizados, a nível institucional, através do planeamento e implementação de programas educacionais com o intuito de os instruir e auxiliar a desenvolver as suas capacidades e competências no que se refere à adoção da verticalidade, ao seu impacto no TP e à possível prevenção das lacerações do períneo (Kurnaz et al., 2022).

Agradecimentos

Agradeço à minha família, principalmente marido e filha, pelo tempo que não lhes consegui dedicar, pela compreensão e apoio incondicional. Agradeço também pela orientação pedagógica e tutorial ao longo de toda a construção desta *ScR*.

Financiamento

Não aplicável.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Referências Bibliográficas

Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, R., & Dias, H. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura*
- A Scoping Review.
https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf

- American College of Obstetricians and Gynecologists, Cichowski, S., & Rogers, R. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 132(2), e87–e102. http://unmfm.pbworks.com/w/file/fetch/140666574/ACOG%20Practice%20Bulletin%20No.%20198_Prevention%20%26%20Mgt%20of%20Obstetric%20Lacerations%20at%20Vag%20Delivery.pdf
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- DGS. (2023). *Orientação DGS: Cuidados de Saúde durante o trabalho de parto (002/2023)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Hartinah, A., Usman, A. N., Sartini, Jafar, N., Arsyad, M. A., Yulianty, R., Sirenden, H., & Nurung, J. (2021). Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife. *Gaceta Sanitaria*, 35, S216–S220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.024>
- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R., & Verhoeven, C. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. In *PLoS ONE* (Vol. 15, Issue 7 July). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>
- Jansson, M., Franzén, K., Hiyoshi, A., Tegerstedt, G., Dahlgren, H., & Nilsson, K. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT - cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(749). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
- Kurnaz, D., Balacan, Z., & Karaçam, Z. (2022). The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 383–395. <https://doi.org/10.5152/jern.2022.09454>
- Lopes, G., Leister, N., & Riesco, M. (2019). Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>
- Machado, M., & Graça, L. (2017). V. Parto e pós-parto: Trabalho de parto - fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In Lidel (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5ª, pp. 220–228).
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & de Sousa, C. (2016). A posição da Mulher no Trabalho de Parto. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, pp. 335–347).
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições * THE PAIN AND BEHAVIOR OF WOMEN DURING LABOR AND THE DIFFERENT POSITIONS FOR CHILDBIRTH. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(3), 557–565. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8mM8f6zHskXgYBtrsg8C8sQ/abstract/?lang=pt>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J., & Marques, R. (2012). *Documento de Consenso «Pelo direito ao parto normal - Uma Visão Partilhada»* (Ordem Enfermeiros). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Reis, Z., Pereira, G., Vianini, A., Monteiro, M., & Aguiar, R. (2019). Do We Know How to Avoid OASIs in Non-Supine Birth Positions? A Retrospective Cohort Analysis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 41(10), 581–587. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697986>
- Rocha, B., Zamberlan, C., Pivetta, H., Santos, B., & Antunes, B. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 54(e03610), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Santos, M., Lopes, S., Prata, A., Sequeira, A., Freitas, C., & Carvalho, M. (2020). Avaliação do estado do períneo. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 187–207).
- Souza, M., Farias, L., Ribeiro, G., Coelho, T., Costa, C., & Damasceno, A. (2020). Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 54(e03549). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>
- Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. (2020, February 1). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. *Women and Birth*, 33(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.006>
- Varela, V., Amaral, C. F., Santos, M. E., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª edição, pp. 75–114).

Vaz, V., Rodrigues, M., Martins, N., Rigonato, G., Carvalho, M., Nascimento, G., Nascimento, N., & Silva, N. (2021). Benefícios da posição verticalizada no parto normal / Benefits of the upright position in normal childbirth. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 18533–18539. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-004>

WHO. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Apêndices

Apêndice I: Estratégia de pesquisa

Search	Query	CINAHL Complete	Cochrane Central Register of Controlled Trials	MEDLINE Complete	MedicLatina	PubMed	Google Acadêmicos
#1	Verticalization* OR "Patient Positioning" OR Birthing Positions* OR Upright labor positions* OR Vertical* OR Upright* OR "Posture" AND Birth* OR "Term birth" OR "Parturition" OR Childbirth* OR Labor* OR "Labor, obstetric" OR "Delivery, obstetric" AND "Perineum" OR "Lacerations" OR Tears and Lacerations*	11	1	17	2	11	428
#2	"Patient Positioning"	1027	-	844	-	934	17300
#3	Birthing Positions*	36	-	4	-	713	17600
#4	Upright labor positions*	-	-	-	-	44	1090
#5	Vertical*	2161	256	7575	229	4809	68300
#6	Upright*	300	80	807	8	483	16500
#7	"Posture"	2436	-	2952	-	428	25800
#8	Birth*	11881	1292	25039	684	35230	94400
#9	"Term Birth"	99	3	124	-	5195	33700
#10	"Parturition"	1168	31	2123	17	10832	8460
#11	Childbirth*	-	-	-	-	8786	20900
#12	Labor*	-	-	-	-	68990	60700
#13	"Labor, obstetric"	361	18	458	3	2772	16400
#14	"Delivery, obstetric"	1258	-	3807	-	8635	17300
#15	"Perineum"	162	2	369	6	336	5680
#16	"Lacerations"	270	13	336	13	402	11600
#17	Tears and Lacerations	-	-	-	-	257	3020
#18	Verticalization* OR "Patient Positioning" OR Birthing Positions* OR Upright labor positions* OR Vertical* OR Upright* OR "Posture"	5669	335	11477	233	10208	10700
#19	Birth* OR "Term birth" OR "Parturition" OR Childbirth* OR Labor* OR "Labor, obstetric" OR "Delivery, obstetric"	13374	1319	27742	693	10297	18100
#20	"Perineum" OR Lacerations* OR Tears and Lacerations*	420	15	683	18	665	6600
#21	Verticalization* OR "Patient Positioning" OR Birthing Positions* OR	11	-	3	-	503	92

	<i>Upright labor positions* OR Vertical* OR Upright* OR "Posture" AND Birth* OR "Term birth" OR "Parturition" OR Childbirth* OR Labor* OR "Labor, obstetric" OR "Delivery, obstetric" AND "Perineum" OR "Lacerations" OR Tears and Lacerations*</i>						
--	---	--	--	--	--	--	--

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Dondu Kurnaz, Zeynep Balacan, e Zekiye Karacam</p>
<p>Título: The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis (Kurnaz et al., 2022)</p>
<p>Ano de publicação: 2022</p>
<p>País de origem: Turquia</p>
<p>Objetivos: Determinar o efeito da verticalidade no segundo estágio do trabalho de parto no que diz respeito ao trauma perineal e à saúde neonatal e infantil.</p>
<p>Metodologia/métodos:</p> <p>Este estudo trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura que teve como base dezasseis artigos publicados em inglês sobre o efeito da adoção da posição vertical durante o trabalho de parto relativamente ao trauma perineal e à saúde do recém-nascido. Os estudos incluídos obedeceram aos critérios da metodologia PICOS em que foram avaliados quanto ao grupo de estudo, à intervenção (neste contexto, a verticalidade), em comparação com as posições designadas horizontais, aos desfechos (períneos íntegros, episiotomias, lacerações perineais, índices de Apgar e necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais) e, por último, quanto aos desenhos dos estudos.</p> <p>Sete estudos experimentais, oito estudos transversais e um estudo de pesquisa de prevalência, que foram publicados entre 2009 e 2018. Os estudos foram agrupados e avaliados através de meta-análise. Os dados obtidos para o trauma perineal foram agrupados em categorias de períneo íntegro, episiotomia, laceração grau I, lacerações de grau I e II, laceração de grau III e IV e lesão do esfíncter anal e tratados através de testes de heterogeneidade (teste de Q de <i>Cochran</i>, <i>Higgins I2</i> e <i>odds ratio</i>), sendo que todos os estudos descreveram o efeito das posições de parto no trauma perineal e a relação existente entre a adoção da verticalidade e a preservação da integridade do períneo, a necessidade de realização de episiotomia e a ocorrência de lacerações, em contexto de cuidados obstétricos. Por fim, estes mesmos estudos foram avaliados de acordo com o seu nível de evidência.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Para a realização da revisão sistemática da literatura foi realizada pesquisa pelos autores entre novembro de 2019 e janeiro de 2020 no <i>PubMed</i>, <i>Ulusal Tez Merkezi</i>, <i>DergiPark</i>, <i>Ulakbim</i>, <i>MEDLINE</i>, Biblioteca <i>Cochrane</i> e motores de busca <i>EBSCO</i>. A Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida pelos autores teve como base sete ensaios controlados randomizados, que foram publicados entre 2009 e 2017 com o total de 6352 mulheres, sendo que o tamanho das amostras variou de 67 a 3093 parturientes; oito estudos transversais que foram publicados entre 2010 e 2018 com um total de 123260 mulheres, sendo o tamanho das amostras variáveis entre 264 e 113256 parturientes; e, por último, o estudo de prevalência publicado em 2016, com uma amostra de 1196 mulheres.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: Esta revisão sistemática teve como objetivo determinar o efeito da verticalidade quando adotada pela parturiente no segundo estágio do TP relativamente ao trauma perineal e à saúde infantil do RN. A verticalidade, além dos benefícios que traz para a parturiente e feto/ RN, também pode aumentar o empoderamento e a participação ativa da parturiente/ casal e a satisfação dos mesmos com todo o processo de TP, diminuindo a sensação dolorosa e o desconforto associados a este momento. Sendo também conhecido que a maioria das mulheres podem sofrer algum tipo de trauma perineal durante o TP e que este acontecimento pode afetar negativamente a vida da mulher a curto e longo prazo, é importante perceber se pode reduzir a sua ocorrência e incidência, através, entre outras intervenções de ESMO, da adoção da verticalidade, uma vez que o EEESMO pode e deve ter um papel preponderante na educação das grávidas/ parturientes sobre a adoção da verticalidade e na manutenção da sua autonomia durante o TP. Na ótica destes autores, há fatores de risco associados ao trauma perineal, relativamente à sua ocorrência e gravidade, sendo a posição de litotomia reconhecida como um fator de risco importante na ocorrência de trauma perineal grave.</p>

Tendo em conta os resultados obtidos nesta revisão sistemática, os autores indicam que é seguro e eficaz a adoção da verticalidade durante o TP, referindo que reduz a probabilidade de realização de episiotomias. Referem também que a adoção de posições verticais, não tem qualquer influência na manutenção da integridade perineal e na ocorrência de lacerações de grau II, III e IV. Por seu lado, aumenta a incidência de lacerações de grau I. No que diz respeito à saúde infantil, não há qualquer impacto no Índice de Apgar dos RN's ao primeiro e quinto minutos de vida e não houve impacto no número de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos ou Especiais Neonatais. Os resultados obtidos através deste estudo, reforçam a segurança da adoção de posições verticais durante o TP, sendo importante para a tomada de decisão dos EEESMO's durante o seu acompanhamento e assistência à parturiente. Os EEESMO's devem ter formação sobre as possíveis e diferentes posições de parto e quais os seus efeitos a nível do TP (parturiente e feto), devendo ser desafiados e sensibilizados, a nível institucional, através do planeamento e implementação de programas educacionais com o intuito de os instruir e auxiliar a desenvolver as suas capacidades e competências no que se refere à adoção da verticalidade e seu impacto no TP. Por outro lado, as grávidas/ parturientes também devem ter fácil acesso a políticas de saúde que as eduquem e as informem sobre a importância da adoção da verticalidade e para que possam escolher livremente a posição de parto.

Como recomendações para o TP, os autores reforçam que as parturientes devem ter liberdade para assumir adotar as posições de sua preferência e conforto durante o TP, devendo ser apoiadas nas suas escolhas. Quando não devidamente informadas, as parturientes devem evitar a adoção da posição de litotomia.

Nível de evidência alcançado (se aplicável):

Artigo Científico – Revisão Sistemática de Literatura

Levels of evidence for effectiveness segundo a *JBI*[®]:

Level 1. – Experimental Designs

Level 1.b – Systematic review of Randomized Controlled Trials and other study designs

Contributos para a questão de revisão:

Quando não existe intervenção da equipa de profissionais de saúde ou quando as parturientes são deixadas por conta própria, elas tendem a adotar as posições de conforto para si e para o feto, e neste momento é importante e terem em atenção os seus instintos durante a contratilidade uterina característica do TP e escolher a posição mais confortável para o momento, pois são estes que orientam a mãe e feto durante o parto.

O uso generalizado da posição prona no segundo estágio do trabalho de parto é considerado uma interferência no curso natural do TP. É fundamental que tanto a equipa de profissionais de saúde olhe para a marquesa de parto como uma ferramenta obstétrica e não como um recurso material comum ao TP.

Nos últimos anos, o uso generalizado das posições horizontais durante o TP, fizeram com que os elementos envolvidos no TP, as considerassem como uma interferência ao decurso natural do TP.

Em termos estatísticos, apenas a Suécia apresenta números satisfatórios de adoção da verticalidade durante o TP, com 70% das primíparas e 83% das múltiparas a assumirem posições verticais durante o TP, 37% das parturientes italianas, 9% das parturientes dos Estados Unidos da América e apenas 0,3% das parturientes turcas realizam o segundo estágio do TP na posição vertical. No entanto, um achado não menos importante, é o facto da adoção da posição horizontal ter aumentado, tendo em conta o também aumento das intervenções obstétricas.

A adoção da verticalidade e a liberdade de movimentos que esta proporciona durante o TP aumenta a participação ativa e a satisfação das parturientes relativamente a todo o seu processo de TP, sendo recomendada, tendo em conta as últimas evidências científicas, porque não aplica pressão nos principais vasos sanguíneos da parturiente, permite a ampla mobilidade da pélvis não restringindo o seu movimento e permite a atuação e a sincronia entre parturiente, feto e força da gravidade. Além disso, a verticalidade potencia o efeito das contratilidade uterina, diminui o tempo do segundo estágio do TP, aumenta o fluxo sanguíneo para o feto, facilita os primeiros movimentos cardinais do TP, atenua a percepção da dor e aumenta a sensação de autocontrolo da parturiente, durante o TP. Desta forma, a adoção de posições verticais durante o TP, reduz o risco de parto instrumentalizado e/ ou cirúrgico, a necessidade de realização de episiotomias, a taxa de trauma perineal e reduz todos os riscos relacionados com a morbilidade materna que possam surgir durante o TP. Desta forma, pode-se afirmar que a adoção da verticalidade no TP é necessária e importante para o bem-estar materno-fetal, neonatal e infantil.

No que diz respeito ao TP na posição horizontal, esta causa maior índice de dor e é responsável também pelo aumento do desconforto. A posição prona e a litotomia são reconhecidas como posições e fatores de risco para o desenvolvimento de trauma perineal grave.

No entanto, também é reconhecido que a política institucional e as práticas e preferências da equipa de profissionais que acompanham o TP é fundamental para proporcionar ou não experiências positivas ou negativas às parturientes e suas famílias, sendo este facto um fator determinante na escolha e adoção de determinadas escolhas das parturientes durante o decorrer do TP. Desta forma o ESMO tem um papel preponderante, inicialmente, sobre a sua própria formação, e, posteriormente, sob a capacidade de educação, empoderamento e participação ativa das mulheres no seu processo de TP.

A grande barreira para a adoção da verticalidade durante o TP é a eficaz e eficiente monitorização cardiotocográfica do feto, facto este que é facilitado e otimizado pelo posicionamento horizontal durante o TP e a ocorrência de trauma perineal. Motivo pelo qual surgem os resultados obtidos por este estudo, no sentido de determinar o efeito da verticalidade durante o segundo estágio do TP no trauma perineal e na saúde infantil, nomeadamente, no que diz respeito ao Índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto e à necessidade de internamento do RN em Unidade de Cuidados Intensivos/ Especiais Neonatais.

Desta forma, conclui-se que a verticalidade diminui a probabilidade de realização de episiotomias, aumenta em 1,4 vezes mais a ocorrência de lacerações de grau I, não tem qualquer influência na manutenção de um períneo íntegro após o parto, mas também não tem na ocorrência de lacerações de grau II, III e IV. A verticalidade também não tem influência na lesão do esfíncter anal. Por sua vez, no que diz respeito ao RN, não se verificou influência significativa nos Índices de Apgar (scores < 7) ao primeiro e quinto minutos de vida dos RN's, assim como também não se verificou um impacto significativo no número de RN's internados em Unidades de Cuidados Intensivos/ Especiais Neonatais. Outros achados importantes é que a literatura também revelou que caso ocorram lacerações do períneo, são usadas menos suturas quando comparadas com as usadas no procedimento de sutura de uma episiotomia e que destas o processo de cicatrização é mais eficaz. Desta forma, a adoção da verticalidade contribui para a saúde materna uma vez que reduz as taxas de episiotomias e todas as complicações que daí possam advir e que não se assumem como um fator de risco neonatal, tendo em conta os achados.

A lesão perineal profunda pode acontecer quando há fatores de risco que assim predispõem a parturiente, como por exemplo, fetos macrossômicos, ocorrência de edema vulvar e/ ou rigidez perineal, utilização de analgesia regional, realização de manobra de Kristeller pela equipa de profissionais de saúde envolvida, parturientes primíparas e ocorrência de distócias.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Gisele Almeida Lopes, Nathalie Leister e Maria Luiza Gonzalez Riesco</p>
<p>Título: <i>Perineal care and outcomes in a birth center</i> (G. Lopes et al., 2019)</p>
<p>Ano da publicação: 2019</p>
<p>País de origem: Brasil</p>
<p>Objetivos: "(...) <i>this study aimed to analyse perineal outcomes and postpartum perineal care in an FBC.</i>" (Lopes et al., 2019, p.3)</p> <p>O objetivo deste estudo é o de analisar os resultados perineais e os cuidados perineais prestados no pós-parto numa casa de parto "Casa Ângela FBC", cujo intuito da sua construção foi a modificação do ambiente hospitalar, para um ambiente domiciliary, criando as condições necessárias à evolução e progressão do TP, reduzindo sobretudo as intervenções obstétricas desnecessárias, respeitando a fisiologia do TP, a autonomia das parturientes, contribuindo assim para resultados favoráveis e promissores do TP e para a redução do trauma perineal grave que pode ocorrer durante este processo. Este estudo descreve a ocorrência e o grau de trauma perineal das parturientes, bem como os fatores associados que podem influenciar positiva ou negativamente a ocorrência e gravidade do mesmo.</p>
<p>Metodologia/ métodos: Este estudo trata-se de um estudo transversal retrospectivo em que os autores recorrem a testes de estatística descritiva para reportar a proporção de lacerações perineais e a sua gravidade durante o trabalho de parto.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Neste estudo foi realizada uma análise secundária retrospectiva, recorrendo a dados e registos clínicos da monitorização da prática de cuidados obstétricos prestados por parteiras (registos institucionais, registos do livro de partos e registos de transferências maternas e neonatais) a 415 parturientes participantes, entre janeiro de 2016 e junho de 2017, numa casa de parto no Brasil. Todas as parturientes tiveram gestações sem complicações, sem morbididades ou fatores de risco relacionados e foram todas admitidas em TP, entre 37 e 42 semanas de idade gestacional.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: Este estudo teve como objetivo analisar os resultados/ eventos perineais e os cuidados perineais prestados numa casa autónoma de partos, em que as parturientes tinham liberdade de escolha da posição de partos e em que apenas uma mulher realizou o parto em decúbito dorsal. O TP de parto em decúbito dorsal pode estar associado a alterações do bem-estar materno-fetal e monitorização cardiográfica, maiores taxas de episiotomia e menor prevalência de parto vaginal espontâneo, enquanto que a adoção da verticalidade no TP está associada à redução das taxas de episiotomia, da duração do período expulsivo e da ocorrência de parto instrumentalizado.</p> <p>Os principais resultados obtidos no que diz respeito à adoção da verticalidade, foram que a maior prevalência de trauma perineal foi a laceração grau I, ocorrida em 61,9% das mulheres. 11,8% mantiveram um períneo íntegro e 26,3% apresentaram laceração grau II. Não foram realizadas episiotomias, nem ocorreram lacerações de grau III e IV.</p> <p>A integridade perineal foi mais frequente quando o período expulsivo foi inferior a uma hora, enquanto que a ocorrência de laceração de grau II (maior gravidade obtida no estudo) foi mais frequente quando o período expulsivo ultrapassou as duas horas.</p> <p>Como fatores de risco, os autores apontam para a idade materna, que aumenta em 4%, anualmente, a probabilidade de ocorrência de desenvolvimento de trauma perineal e a duração do período expulsivo, neste caso, prolongada (superior a duas horas), aumentando em 2,8 vezes mais a probabilidade de ocorrência de desenvolvimento de trauma perineal. Estes dois fatores de risco aumentam, não só a probabilidade de ocorrência como também a gravidade do trauma perineal.</p> <p>Como fatores protetores do desenvolvimento do trauma perineal, surge a multiparidade, reduzindo 56% a probabilidade de desenvolvimento de trauma perineal e aumentando a taxa de integridade perineal a cada parto e a posição de parto adotada pelas parturientes, sendo as posições de semissentada, sentada, quatro apoios e lateral as que tem menos probabilidade de desenvolver</p>

trauma perineal, quando comparadas com as posições de cócoras, de pé e ajoelhada que aumentam o risco de desenvolver lacerações de grau II e reduzem a probabilidade de manutenção da integridade perineal.

A maioria das lacerações de grau I não foram suturadas (84%), enquanto que a maioria das lacerações grau II foram suturadas (70,6%). No entanto, quando suturadas a maioria das lacerações grau I e II apresentaram complicações, de entre as mais referidas pelas puérperas, dor e edema, aumentando em 2,5 vezes mais o risco de desenvolver complicações.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Artigo científico - Estudo transversal retrospectivo

Levels of evidence for effectiveness segundo a *JBI*[®]:

Level 4. – Observational – Descriptive Studies.

Level 4.b – Cross-sectional study

Contributo para a questão de revisão: Estima-se que mais de 85% das parturientes tenham algum tipo de trauma perineal durante o TP, de forma cirúrgica (episiotomia) ou traumática (laceração).

As complicações associadas ao trauma perineal podem influenciar negativamente a saúde da mulher tanto a curto, como médio e até mesmo a longo prazo, estando relacionadas com a alteração da mobilidade, eliminação vesical e intestinal, capacidade de prestar cuidados ao RN, entre outras atividades de vida diária.

A gravidade das lesões também está associada à influência que estas podem ter na vida e nas atividades de vida diárias das mulheres que passaram pelo processo de TP. Quando o trauma perineal é de menor gravidade, a sutura também será menor e, portanto, o risco de ter complicações também são mais reduzidos. A episiotomia normalmente está associada a um maior risco de complicações graves para o pavimento pélvico, assim como as lacerações de grau III e IV.

Existem fatores maternos e fetais que normalmente estão associados a uma maior ocorrência e gravidade de lacerações perineais, neste contexto, o local onde ocorre o parto, a assistência, apoio e cuidados prestados pelos profissionais de saúde envolvidos e capacitados, podem afetar a ocorrência e o grau das lacerações ocorridas durante o TP.

A média de idades das parturientes admitida foi de 27,8 anos, sendo que 64,6% da amostra das parturientes eram primigestas. O valor médio da dilatação cervical na admissão destas parturientes foi de 5,6cm. Intervenções como amniotomia e administração de ocitocina foram usadas excecionalmente, em 6,5% e 6,3% parturientes, respetivamente.

O acompanhante de livre escolha da mulher esteve presente em 99,5% dos partos. Em 76,9% das parturientes o segundo estágio do TP durou até uma hora. Relativamente à posição eleita pelas parturientes durante o parto, 30,8% elegeram posição semissentada, seguida de 19,9% que elegeram a posição de agachamento, 18,2% a posição sentada e 16,9% elegeram posições de suporte. As parturientes pariam onde se sentissem mais confortáveis, sendo que 32,4% dos partos ocorreram na água, mas também ocorreram na marquesa de parto, em banco de parto, no chuveiro ou mesmo no chão.

A média dos pesos dos RN's foi de 3240g e a média do perímetro cefálico foi de 34,3cm. Relativamente à integridade dos períneos, 11,8% das parturientes apresentaram um períneo íntegro, 61,9% das parturientes apresentaram lacerações de grau I e 26,3% lacerações de grau II. Nenhuma parturiente apresentou lacerações de grau III e IV e não foram realizadas episiotomias. A maioria dos traumas perineais ocorreram a nível dos pequenos lábios (37,5%), logo seguidas de lacerações a nível do corpo perineal ou parede vaginal posterior (36,2%), 16,7% ocorreram a nível do vestíbulo e, por último, 9,6% das lacerações ocorreram na parede vaginal anterior.

A integridade perineal foi mais frequente quando a duração do segundo estágio do TP foi inferior a uma hora, enquanto que a laceração de grau II ocorreu maioritariamente em períodos expulsivos superiores a duas horas

No que diz respeito à integridade perineal ou ocorrência de trauma perineal, ambos não estão relacionados com a administração de ocitocina, com a aplicação de compressas mornas no períneo durante o período expulsivo, nem com a posição materna no parto.

A idade materna é um fator de risco para o desenvolvimento de trauma perineal durante o TP, sendo assim, o risco de desenvolver laceração perineal aumenta 4% anualmente, de igual forma o segundo estágio do TP superior a duas horas aumenta em 2,8 vezes mais este risco. Estas duas condições (idade materna e período expulsivo prolongado) aumenta também a probabilidade de desenvolver lacerações de grau II.

Por outro lado, os fatores facilitadores ou redutores do risco de desenvolvimento de trauma perineal é o número de partos vaginais anteriores (diminuindo em 56% o risco de trauma perineal) e a posição materna adotada durante o TP. No presente estudo, os autores consideraram as posições verticais como as posições de cócoras, de pé e ajoelhada, enquanto que as posições não verticais são as de

semissentada, sentada, quatro apoios e lateral. Desta forma, os autores concluem que nas parturientes que assumiram posições não verticais (semissentada, sentada, quatro apoios e lateral) no segundo estágio do TP o risco de trauma perineal foi menor, relativamente às parturientes que assumiram as posições verticais (cócoras, de pé ou ajoelhadas).

Na posição lateral (assumida com não vertical) a probabilidade de desenvolver trauma perineal foi 67% menor, na posição de quatro apoios reduziu 56% da probabilidade e nas posições semissentada e sentada registou-se uma probabilidade 56% menor, relativamente à ocorrência de trauma perineal, mas também à gravidade da mesma (laceração grau II).

Outros achados não menos importantes, 84% das lacerações de grau I não foram suturadas, enquanto que na maioria (70,6%) das lacerações grau II foram suturadas.

Por sua vez, quando suturadas, mais de metade (58,5%) das lacerações de grau I apresentaram complicações, enquanto que 70,1% das lacerações grau II suturadas também apresentaram complicações, o que sugere que a sutura perineal aumenta em 2,5 vezes mais as complicações decorrentes da sutura, sendo a dor e o edema os principais sintomas referidos pelas puérperas.

Como principais conclusões:

A idade materna aumenta a probabilidade de laceração perineal (sendo mais frequentes as lacerações grau II); a multiparidade diminui a probabilidade de laceração perineal (com maior incidência de períneos íntegros); o segundo estágio do TP é claramente apontado como um fator relacionado com a laceração perineal, quanto mais longo for o período expulsivo maior a probabilidade de ocorrer trauma perineal e de maior grau de gravidade; a verticalidade pode reduzir as taxas de episiotomia, a duração do segundo estágio do TP e a ocorrência de parto instrumentado; a verticalidade pode aumentar a ocorrência de lacerações de grau II, reduziu a taxa de integridade perineal, mas não se verificou a ocorrência de lacerações de graus III e IV; o decúbito lateral pode aumentar a taxa de integridade perineal, reduzir a ocorrência de episiotomia, lacerações a nível dos lábios vaginais e de edema local. Além disso quando comparada com outras posições, contribui para a redução de lacerações de grau II; verificou-se mais períneos íntegros quando as parturientes adotaram as posições lateral e quatro apoios. As posições sentada e semissentada foram fatores protetores para a ocorrência de lacerações perineais quando comparadas com o outro grupo de posições; as posições lateral, sentada, semissentada e quatro apoios são consideradas como fatores de proteção perineal contra a ocorrência de lacerações.

O modelo de atenção centralizado nas parturientes pode estar relacionado com o impacto dos desfechos perineais e a continuidade dos cuidados prestados por ESMO's favorece a redução considerável da ocorrência de episiotomias, uma vez que contribui em grande escala para um parto fisiológico, usando criteriosamente as intervenções estritamente necessárias e relacionadas com os bons resultados maternos, fetais e neonatais.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Maria Healy, Viola Nyman, Dale Spence, René H. J. Otten, Corine J. Verhoeven</p>
<p>Título: How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review</p>
<p>Ano de publicação: 2020</p>
<p>País de origem: Austrália</p>
<p>Objetivos: Averiguar e examinar as evidências científicas existentes sobre os cuidados obstétricos intraparto, mais especificamente na prestação de cuidados de enfermagem no segundo estágio do TP.</p>
<p>Metodologia/métodos: Este estudo trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura que teve como base dezassete artigos publicados em inglês, e todos descreveram os cuidados prestados ou práticas das parteiras durante o Segundo estágio do TP fisiológico e/ ou normal. Os estudos incluídos obedeceram aos critérios da metodologia PICO/PEO para estudos quantitativos e qualitativos, respetivamente, em que foram avaliados quanto ao grupo de estudo, à intervenção (neste contexto, prestação de cuidados intraparto por parteiras) com o intuito de facilitarem o TP fisiológico.</p> <p>Foram inclusas seis revisões sistemáticas da literatura, seis ensaios clínicos randomizados, um estudo de Coorte, duas pesquisas de prevalência e dois estudos qualitativos, que foram publicados entre 2008 e 2019. Os estudos foram agrupados e avaliada a sua qualidade metodológica, sendo que os ensaios clínicos randomizados obtiveram qualidade baixa a moderada, no entanto todos os restantes estudos obtiveram qualidades metodológicas situadas entre a moderada e a boa.</p> <p>Os resultados empíricos foram agrupados nos seguintes temas: posições de parto, alívio não farmacológico da dor, técnicas de expulsão fetal e técnicas de otimização de resultados/ eventos perineais.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Para a realização da revisão sistemática da literatura foi realizada pesquisa pelos autores entre 1 de janeiro de 2008 e 5 de setembro de 2019, no <i>EMBASE.com</i>, <i>CINAHL</i>, <i>PsycINFO</i>, <i>PubMed</i>, <i>Maternity and Infant Care Database</i> e <i>The Cochrane Library</i>.</p> <p>A Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida pelos autores teve como base seis ensaios controlados randomizados, que foram publicados entre 2010 e 2017 com o total de 2158 mulheres, sendo que o tamanho das amostras variou de 64 a 1646; seis revisões sistemáticas da literatura publicadas entre 2017 e 2019, com um total de 36960 mulheres, sendo o tamanho das amostras variáveis entre 2103 e 15181; um estudo de Coorte publicado em 2018, com 114 mulheres participantes; dois estudos de pesquisa publicados entre 2011 e 2018, perfazendo um total de 2103 mulheres, com a amostra a oscilar entre as 607 e as 1496 mulheres; e, por último, dois estudos qualitativos publicados entre 2008 e 2019, com 21 e 31 mulheres participantes, respetivamente.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: Esta revisão sistemática da literatura teve como objetivo determinar as evidências científicas relacionadas com os cuidados obstétricos intraparto, focada principalmente no período expulsivo do TP. Os resultados empíricos obtidos deste estudo foram agrupados nos seguintes temas: posições de parto, alívio não farmacológico da dor, técnicas de expulsão fetal e técnicas de otimização de resultados/ eventos perineais. Relativamente às posições de parto, este estudo concluiu que a posição de cócoras e o agachamento diminuem a intensidade da dor no período expulsivo, que as primíparas que adotam a posição sentada estão menos propensas à realização de episiotomia e mais propensas à ocorrência de trauma perineal, que um período expulsivo prolongado está associado à realização de mais episiotomias, que as posições verticais estão associadas a uma redução da duração deste mesmo período.</p> <p>Os autores referem que as mulheres devem ser sensibilizadas e educadas em relação a todas as posições possíveis de parto, devendo ser encorajadas a adotar o posicionamento que lhes seja mais confortável e cómodo durante o TP, de forma a que as possam adotar de forma livre e voluntária.</p>
<p>Nível de evidência alcançado (se aplicável): Artigo Científico – Revisão Sistemática de Literatura</p>

Levels of evidence for effectiveness segundo a JBI®:

Level 1. – Experimental Designs.

Level 1.b – Systematic review of Randomized Controlled Trials and other study designs.

Contributos para a questão de revisão: O parto é um evento de vida significativo na vida de uma mulher e a experiência vivenciada pode influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida a curto, médio e longo prazo a vida da mulher, RN, casal e família. A OMS destaca a importância de proporcionar uma experiência de parto positiva, assegurando um ambiente de parto íntimo, privado e seguro, com a prestação de cuidados obstétricos individualizados e personalizados a cada parturiente, tendo em conta a prestação de cuidados por uma equipa de profissionais de saúde gentis, competentes e treinados para a assistência à gravidez, TP e puerpério, valorizando o parto fisiológico.

A cultura, os ambientes de nascimento e as práticas de trabalho afetam a possibilidade da abordagem fisiológica do TP. É essencial, portanto, que as mulheres com uma gravidez simples possam ser educadas, sensibilizadas e empoderadas para fazer uma escolha informada e obter acesso a serviços onde possam planejar o seu TP de forma livre por ESMOS's competentes e sensibilizados para o tema e que defendam a abordagem fisiológica do TP.

Para isso é necessário priorizar a pesquisa e a investigação sobre como identificar e destacar os aspetos da assistência obstétrica e como otimizar os processos biológicos e fisiológicos do TP.

A equipa de profissionais de saúde e o ambiente de formação dos ESMO's também influencia positiva ou negativamente a sua prática e, portanto, terá um impacto na experiência que podem proporcionar às parturientes a quem prestam cuidados. Um dos fatores apontados pelos ESMO's durante a prestação de cuidados e, mais especificamente, na escolha das posições de parto das parturientes são as condições de trabalho e o ambiente institucional, isto é, a filosofia do cuidado médico que se encontra em uso na instituição, não obstante, a dificuldade de montagem do equipamento que favorece ou facilita o parto em posições não horizontais. Um outro fator condicionante da adoção de posições não horizontais de parto é a formação académica e a experiência obtida pelos ESMO's ao longo da sua carreira.

Neste estudo, os achados empíricos foram sintetizados em quatro temas principais, nomeadamente posições de parto, alívio não farmacológico da dor durante o TP, potenciais técnicas não farmacológicas usadas durante o período expulsivo e técnicas para otimização de resultados de eventos perineais.

Relativamente às posições de parto, o uso da posição de cócoras e o agachamento diminuem a intensidade da dor no segundo estágio do TP, assumindo-se também como um método não farmacológico de controlo da dor durante o TP. Nas mulheres primíparas que adotam a posição sentada a probabilidade de realizar uma episiotomia é menor, ficando mais propensas à laceração perineal.

A duração mais longa do segundo estágio do TP está associada ao aumento de episiotomias. Já a posição vertical está associada à redução do tempo de duração do período expulsivo e ao aumento significativo das dimensões ósseas pélvicas femininas, pelo que, se o progresso do TP for mais lento, deve-se encorajar a parturiente a mudar de posição, principalmente quando esta se encontra em posições horizontais, sugerindo assim a boa evolução do TP e a facilitação do nascimento.

Desta forma, as parturientes podem e devem assumir várias posições de parto, preferencialmente as verticalizadas, como, por exemplo, de pé, agachadas ou ajoelhadas), mas, em última análise, elas devem adotar as posições que considerem mais favoráveis ao seu TP e confortáveis para dar a luz o seu filho. Devem também ser educadas desde o início da gravidez sobre a liberdade de movimento e a adoção de posições verticalizadas, bem como também devem ser encorajadas a escolher cada uma das posições voluntariamente durante o seu TP.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Bruna Dedavid da Rocha, Cláudia Zamberlan, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Bianca Zimmermann Santos, Bibiana Sales Antunes</p>
<p>Título: Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise</p>
<p>Ano de publicação: 2020</p>
<p>País de origem: Brasil</p>
<p>Objetivos: Investigar se a adoção de posições verticalizadas pela mulher, no parto, comparada à posição de litotomia, previne lacerações perineais.</p>
<p>Metodologia/métodos: Este estudo trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura que teve como base oito estudos publicados, em qualquer idioma, sem friso cronológico. Foram incluídas 3180 parturientes submetidas a parto vaginal, que tiveram lacerações perineais e/ ou que registaram períneos íntegros, após adotarem posições verticais ou posição de litotomia no segundo estágio do TP, com o intuito de investigar a prevenção ou a ocorrência de lacerações perineais ao adotarem posições verticalizadas em contraste com a adoção da posição de litotomia. Nos estudos incluídos não foi tido em conta a paridade, nem a idade gestacional das parturientes, no entanto as parturientes não tiveram analgesia durante o parto, nem foram submetidas a indução do TP com ocitocina sintética. Os estudos incluídos obedeceram aos critérios da metodologia PICO e foram incluídos sete ensaios clínicos randomizados e um ensaio clínico randomizado controlado publicados entre 1983 e 2011. Após avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos neste artigo, os ensaios clínicos randomizados foram classificados como baixo risco de viés.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Para a realização da revisão sistemática da literatura foi realizada pesquisa pelos autores no período de dezembro de 2016, nas bases de dados <i>Medline/ PubMed, Lilacs</i> (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), <i>CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)</i>, <i>Scopus (Scopus Info Site)</i>, <i>Cochrane Librar, Science Direct</i> e <i>Web of Science</i> e duas bases de literatura não convencional <i>Google Scholar</i> e <i>OpenGrey</i>. A Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida pelos autores teve como base sete ensaios controlados randomizados, que foram publicados entre 1983 e 2011 com o total de 3180 mulheres, sendo que o tamanho das amostras variou de 158 a 1002.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: Esta revisão sistemática da literatura teve como objetivo investigar se a adoção de posições verticalizadas pela mulher, no parto, previne lacerações perineais, quando comparadas com a posição de litotomia, com especial destaque à manutenção de um períneo íntegro. Apesar das pequenas diferenças estatísticas encontradas nos artigos analisados, os autores concluem que a adoção de posições verticalizadas e cômodas às parturientes deve ser aconselhada, quando comparadas com a posição de litotomia, uma vez que podem prevenir traumas graves do períneo e reduzir as intervenções obstétricas desnecessárias, como por exemplo, a realização de episiotomias.</p>
<p>Nível de evidência alcançado (se aplicável): Artigo Científico – Revisão Sistemática de Literatura <i>Levels of evidence for effectiveness</i> segundo a <i>JBI</i>[®]: <i>Level 1. – Experimental Designs.</i> <i>Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials</i></p>

Contributos para a questão de revisão: Ao longo dos anos, o cuidado envolvido no parto tem sofrido fortes modificações, relacionadas com o desenvolvimento tecnológico, com o poder da interferência médica no cenário de parto e com a hipermedicalização da prática obstétrica que se tornou rotina nos serviços de saúde. No entanto, a trajetória da saúde obstétrica das mulheres tem feito avanços consideráveis no que diz respeito a políticas públicas.

Os modelos qualificados e humanizados de assistência à mulher que têm surgido sugerem a ampliação do estímulo ao empoderamento e protagonismo da mulher na maternidade, mas também à melhoria crescente da assistência prestada em saúde materna e obstétrica por meio da melhoria da qualidade dos serviços e capacitação dos seus profissionais, tendo em conta a evidência científica mais atual.

No que se refere à incorporação da evidência científica na prática de obstetrícia, a literatura sinaliza dois tipos de barreiras, as institucionais e as profissionais. A elevada procura de trabalho, a precariedade das estruturas físicas e o reduzido número de camas e profissionais de saúde para a assistência a partos nas instituições, constituem as principais barreiras à incorporação das evidências científicas atuais na assistência prestada às parturientes. Do lado das barreiras profissionais, surgem como principais obstáculos, a formação, principalmente na área médica, que se rege ainda pelo modelo biológico direcionada pela atitude intervencionista do médico no decurso do parto, sendo que em alguns locais ainda se observa uma resistência dos mesmos em aderir às boas práticas obstétricas e em romper com o antigo paradigma tecnicista de cuidado.

Neste contexto, os EEESMO's, profissionais com sensibilidade para entender o parto como um momento único e subjetivo na vida de uma mulher, respeitando a sua fisiologia, assumem um papel preponderante na mudança de paradigma do modelo de prestação de cuidados obstétricos, uma vez que cada vez mais o setor da saúde prioriza e elege a formação diferenciada, baseada na evidência científica sendo esta o pilar para o cuidado e a tomada de decisão, abrindo e mantendo o caminho ao protagonismo das mulheres e à humanização da assistência em todo o processo de parto e nascimento.

Tendo em conta a pertinência do tema para o contributo da incorporação da evidência científica mais atual na prática de obstetrícia, este estudo pretende investigar e comparar a adoção de posições verticalizadas relativamente à posição de litotomia adotada pela mulher, no parto, e a possível relação/ prevenção de lacerações perineais. Posto isto, os autores definem posições verticalizadas como a posição de cócoras (com/ sem uso de banco de parto ou com/ sem sustentação do acompanhante), semilateral, lateral, quatro apoios e, por último, posição de pé. Por outro lado, a posição de litotomia ou horizontal é definida como deitada na cama/ marquesa de parto com ou sem uso de pernas de apoio e a posição dorsal. De acordo com esta, a posição de litotomia no momento do parto aumenta a ocorrência de partos vaginais instrumentados, dor perineal e frequência cardíaca fetal não tranquilizadora. Posto isto, as parturientes devem ser desaconselhadas a adotarem a posição de litotomia em prol da adoção de posições que lhes sejam confortáveis.

O principal motivo pelo qual é defendida a adoção das posições verticalizadas durante o parto é ação da força da gravidade no feto e na cavidade pélvica, ou seja, a contribuição do efeito da verticalidade na descida do feto pelo canal vaginal e a modificação dos ângulos da pélvis, enquanto que a adoção da posição de litotomia durante o parto, forma uma curvatura do canal vaginal pouco favorável à evolução fisiológica do mesmo, dificultando, por isso, a descida do feto no período expulsivo. Ainda relativamente à posição de litotomia, vários estudos sugerem que a adoção desta última contribui para o aumento das intervenções obstétricas, como por exemplo, a realização de episiotomias, sendo que a adoção da verticalidade durante o período expulsivo reduz significativamente as taxas de episiotomias.

Nos estudos analisados para esta revisão sistemática da literatura, a análise estatística demonstrou que o número de lacerações perineais aumenta quando o parto ocorre em posições verticalizadas, mas que também existem muitos benefícios na adoção das mesmas, como, por exemplo, a rotação dos fetos que se encontram em variedade de posição occipito-posterior para a occipito-anterior durante o TP, levando a concluir que os benefícios superam os riscos e por isso as parturientes devem ser encorajadas pelos profissionais de saúde que as acompanham a adotar posições verticalizadas, conforme a sua preferência e conforto.

Na ótica destes autores, há fatores que podem influenciar negativamente os resultados perineais após os partos, como é o caso da falta de controlo do tempo em que a parturiente permanece em posições verticalizadas ou a falta de tolerância às mesmas.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Zilma Silveira Nogueira Reis, Glaucia Miranda Varella Pereira, Anna Laura Freitas Vianini, Marilene Vale Castro Monteiro, Regina Amélia Lopes Pessoa Aguiar</p>
<p>Título: <i>Do We Know How to Avoid Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIs) in Non-Supine Birth Positions? A Retrospective Cohort Analysis</i></p>
<p>Ano de publicação: 2019</p>
<p>País de origem: Brasil</p>
<p>Objetivos: Avaliar associação entre posições maternas verticais e supinas adotadas durante o parto e a taxa de incidência de OASI's.</p>
<p>Metodologia/métodos: Como método, este artigo culminou com um estudo retrospectivo de coorte observacional, com base em critérios de elegibilidade de partos vaginais ocorridos entre julho de 2016 e fevereiro de 2018, do qual inicialmente incluíam os registos de 3473 mulheres e 3529 nados vivos. No entanto, tendo em conta os critérios de elegibilidade apenas os registos de 1728 mulheres foram incluídos no presente estudo.</p> <p>Os autores recorrem a testes de estatística descritiva para reportar a posição de nascimento e a proporção de lacerações perineais bem como a sua gravidade durante o parto. Descrevem também as características clínicas e obstétricas relativamente à adoção de posições verticais ou supinas durante o parto e os fatores de risco associados às mesmas posições.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Neste estudo foi realizada uma análise secundária retrospectiva, recorrendo a dados e registos clínicos da monitorização da prática de cuidados obstétricos prestados pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros obstétricos, através de registos institucionais de 1728 parturientes elegíveis a participar, entre julho de 2016 e fevereiro de 2018. Todas as parturientes apresentaram partos vaginais cefálicos simples de RN's vivos com peso de nascimento superior ou igual a 2500g.</p>
<p>Interpretação desenvolvida:</p> <p>É facto conhecido que a posição de litotomia tradicional favorece a assistência fetal, tendo os profissionais de saúde fácil acesso ao períneo e facilitando a proteção do mesmo através das manobras de proteção. Mas também é conhecido que esta mesma posição favorece a abordagem intervencionista dos profissionais de saúde, aumento desta forma a taxa de episiotomias e de partos vaginais instrumentados.</p> <p>A ocorrência de lesões perineais graves, mais especificamente de lacerações de grau III (laceração que se estende até ao esfíncter anal) e IV (laceração que atinge a mucosa retal, expondo o seu lúmen) é multifatorial, não sendo os fatores de risco isoladamente responsáveis pela sua incidência. Desta forma, conhecer os fatores de risco é extremamente importante durante o trabalho de parto e parto, para que se possa dirigir as intervenções de ESMO e para que se possa aconselhar a alternância de posicionamentos no momento do parto, com o intuito de atingir melhores resultados maternos (perineais) e fetais, que se traduzirão a curto, médio e longo prazo em melhores resultados de saúde obstétrica e ginecológica da mulher.</p> <p>Desta forma, a principal contribuição deste estudo foi a de fornecer uma visão abrangente sobre a importância de monitorizar os fatores de risco de lacerações graves durante o trabalho de parto, no sentido de prevenir lesões perineais graves.</p>
<p>Nível de evidência alcançado (se aplicável):</p> <p>Artigo científico - Estudo transversal observacional retrospectivo</p> <p><i>Levels of evidence for effectiveness</i> segundo a <i>JBI</i>[®]:</p> <p><i>Level 3. – Observational – Analytic Designs</i></p> <p><i>Level 3.c – Cohort study with control group</i></p>

Contributos para a questão de revisão:

O objetivo do presente estudo é o de avaliar a associação entre posições maternas verticais e supinas adotadas durante o parto e a taxa de incidência de lacerações designadas graves, grau III e IV.

Neste estudo, do grupo das posições verticais adotadas no momento do parto pela parturiente pertencem a posição de sentada, ajoelhada, joelho/cotovelo ou quatro apoios, agachada e de pé, enquanto que as posições supinas são definidas como semirreclinada, lateral e litotomia. Já a episiotomia foi enquadrada nas lacerações grau II.

Dos registos das 1728 parturientes incluídas no estudo, 86,2% apresentaram um parto em posições supinas e 13,8% em posições verticais, sendo que a mais comumente escolhida para parir foi a posição semirreclinada. A taxa de episiotomia foi de 18,3%, no entanto esta taxa foi significativamente inferior nas parturientes que pariram em posições supinas.

Em 81,1% das parturientes registou-se a ocorrência de lacerações perineais, mais especificamente, 36,1% lacerações grau I, 42,4% lacerações grau II, 2,5% lacerações grau III e, por último, 0,2% de lacerações grau IV, sendo que este último grupo de lacerações (IV) ocorreram na posição de litotomia, semirreclinada e sentada.

Após o tratamento estatístico dos dados, nenhuma associação significativa foi encontrada entre o posicionamento na hora do parto e a ocorrência de lacerações graves III e IV e não existiram evidências científicas de que a ocorrência de lacerações graves III e IV estejam relacionadas com a analgesia epidural durante o parto, à realização de episiotomias, ao eventual aumento da administração de ocitocina no segundo estágio do TP ou à ocorrência de distócias de ombros.

No entanto, a ocorrência de lacerações graves foi maior em parturientes nulíparas, submetidas a partos instrumentados com fórceps (aumentando em 4,8 vezes mais o risco de ocorrência), sendo que o peso médio dos RN's no grupo em que ocorreram as lacerações graves foi maior.

Por outro lado, as evidências estatísticas deste estudo demonstram um efeito protetor da adoção de posições supinas relativamente à ocorrência de lacerações graves do períneo (63%), contrastando com os resultados obtidos relativamente à adoção de posições verticais no momento do parto. A episiotomia não contribuiu para reduzir a incidência de lacerações graves do períneo, não sendo considerado um efeito protetor da mesma.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Marcella Rocha Tavares de Souza, Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias, Gabriela Lima Ribeiro, Tatiane da Silva Coelho, Camila Chaves da Costa e Ana Kelve de Castro Damasceno</p>
<p>Título: Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal</p>
<p>Ano de publicação: 2020</p>
<p>País de origem: Brasil</p>
<p>Objetivos: Identificar as associações entre os desfechos perineais em primíparas e as intervenções ocorridas durante o TP e parto.</p>
<p>Metodologia/métodos: Como método, este artigo culminou com um estudo transversal, correlacional, retrospectivo com abordagem quantitativa, com base em critérios de elegibilidade de partos vaginais ocorridos em mulheres primíparas, com gestação a termo entre as 37 e as 42 semanas, simples, de risco habitual e de fetos vivos, em apresentação cefálica, entre julho de 2017 e janeiro de 2018. Da amostra fizeram parte 226 parturientes, cujos registros foram introduzidos em sistema clínico informático por enfermeiras obstetras.</p> <p>Os autores recorrem a testes de estatística descritiva para reportar vários dados: dados sociodemográficos, dados sobre o trabalho de parto, características sobre a assistência dos profissionais de saúde no segundo estágio do TP e dados do RN (peso e Índice de Apgar), os quais foram relacionados com o desfecho perineal, bem como a sua gravidade. Descrevem também as características clínicas e obstétricas relativamente à adoção de posições verticais ou supinas durante o parto e os fatores de risco associados às mesmas posições.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Neste estudo foi realizada uma análise secundária retrospectiva, recorrendo a dados e registros clínicos da monitorização da prática de cuidados obstétricos prestados pelos profissionais de saúde, através de registros institucionais de 226 parturientes elegíveis a participar, entre julho de 2017 e janeiro de 2018. Todas as parturientes apresentaram gestações simples, com apresentação cefálica, de termo que culminaram em partos vaginais de RN's vivos.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: A crescente medicalização do TP e interferência profissional no decorrer normal, natural e fisiológico do TP, levou ao início de reflexões e movimentos sobre a influência da standardização de procedimentos caracterizados como intervenções desnecessárias ao TP, que quando utilizados desnecessária e excessivamente podem causar danos para a mulher e RN, a curto, médio e longo prazo.</p> <p>No campo da obstetrícia, os ESMO's têm se vindo a assumir como elementos importantes, potenciadores e defensores de um modelo assistencial que não interfira com o decurso normal do TP e com o desenvolvimento fisiológico do TP e parto e que empodere a parturiente e seu acompanhante em todo este processo.</p> <p>Apesar de alguns autores defenderem a realização de episiotomia para redução do trauma perineal espontâneo e da sua gravidade, para a possível redução de injúrias ao trato uroginecológico e suas estruturas adjacentes e como forma de resolução de algumas distócias de ombros, o consenso sobre a episiotomia ser um fator de risco ou de proteção relativamente às lacerações perineais espontâneas do esfíncter anal ainda está longe de ser alcançado.</p> <p>As evidências estatísticas deste estudo demonstram um efeito protetor da adoção de posições verticais relativamente à realização de episiotomias, sendo apontada como um fator importante na sua redução, o que por si só reforça que as orientações emanadas pelos ESMO's em relação à adoção da verticalidade durante o TP e parto são adequadas e contribuem um desfecho perineal positivo, no que diz respeito à redução da taxa de episiotomias de forma rotineira.</p>
<p>Nível de evidência alcançado (se aplicável):</p> <p>Artigo científico - Estudo transversal retrospectivo</p> <p><i>Levels of evidence for effectiveness</i> segundo a <i>JBI</i>[®]:</p> <p>Level 4. – <i>Observational – Descriptive Studies.</i></p>

Level 4.b – Cross-sectional study

Contributos para a questão de revisão:

As lacerações perineais são comuns em mulheres que apresentaram partos vaginais e a sua ocorrência normalmente está relacionada com vários fatores que se podem definir como potenciadores do risco, como por exemplo, as características ginecológicas e obstétricas de cada mulher, as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde no decorrer do TP e também com características fetais.

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus conforme a sua gravidade e extensão no períneo, sendo a laceração de grau I a que envolve os frênulos dos pequenos lábios, a pele do períneo e a mucosa vaginal, e onde se incluem também as lacerações peri-uretrais, a laceração de grau II em que, além do atingimento das estruturas nomeadas anteriormente, também atinge a fáscia e os músculos do corpo perineal, mas não o esfíncter anal. Na laceração de grau III há o envolvimento do esfíncter anal externo., enquanto que a laceração grau IV atravessa toda a mucosa retal, implicando a rutura dos esfíncteres anais externo e interno.

Por sua vez, a episiotomia caracteriza-se por uma incisão cirúrgica na região perineal, que é realizada durante a exteriorização da cabeça fetal para evitar a ocorrência de lacerações vaginais extensas, envolvendo os músculos do corpo perineal, mucosa e pele. No entanto, conhecer a extensão da realização de uma episiotomia ou da ocorrência de uma laceração é uma incógnita e atualmente considerado um procedimento controverso na obstétrica e, portanto, a sua realização também pode acarretar lesões profundas e com maior grau de gravidade quando comparada às lacerações perineais espontâneas. Algumas indicações obstétricas encontradas neste artigo são as características obstétricas e fetais, como, por exemplo, primigestas, fetos macrossómicos, segundo estágio do TP prolongado, parto instrumentalizado com fórceps e distócias de ombros.

Tendo em conta a repercussão que a lesão perineal pode ter na vida das mulheres que pariram os seus filhos através de partos vaginais e da sua multifatorialidade, é necessário e imperioso o estudo das associações entre as causas das lacerações perineais e os fatores maternos, fetais e as intervenções realizadas durante o TP e parto, como forma de criar evidência científica e alterar comportamentos e hábitos institucionais e profissionais que possam ter relevância na prática clínica, como forma de prestar assistência segura e baseada na mais atual evidência científica, desenvolvendo estratégias para reduzir ou atenuar os desfechos perineais, que tanto podem influenciar a qualidade de vida da mulher.

Em termos estatísticos, no Brasil 50% das mulheres e 75% de todas as primíparas que apresentam partos vaginais são sujeitas à realização de episiotomias, sendo que em Espanha a percentagem de primíparas submetidas a este procedimento obstétrico é similar (70,3%).

Neste artigo definiram-se como posições de parto horizontais, as de semissentada, deitada e em decúbito lateral esquerdo e como posições de parto verticais como as posições de cócoras, Gaskin, em banco de parto e de pé/joelhos.

Dos registos das 226 parturientes incluídas no estudo, 80,1% pariram em posições horizontais (72,6% em posição semissentada, 4,4% em posição deitada e 3,1% em decúbito lateral esquerdo), enquanto que as posições de parto verticais foram adotadas por 19,9% das parturientes do estudo (13,7% na posição de cócoras, 0,4% em posição de Gaskin, 3,1% pariram em banco de parto e 2,7% na posição de pé/joelhos).

No que diz respeito às lacerações perineais espontâneas, das 226 mulheres 159 apresentaram algum tipo de trauma perineal (70,4%), das quais 32,7% apresentaram laceração grau I, 32,7% laceração grau II, 4,9% laceração grau III e não houve registo da ocorrência do tipo de laceração mais grave, IV. Em 10,2% das parturientes foi realizada episiotomia e destas 4,3% das parturientes apresentou laceração grau I e 8,7% apresentou laceração grau II.

A posição mais frequentemente adotada foi a de semissentada (72,6%), seguida da posição de cócoras (13,7%).

Sendo a posição semissentada a mais adotada pelas parturientes no momento do parto, esta também foi a posição que registou maior número de lacerações grau I (36,6%), de grau II (30,5%), e de grau III (72,7%). Ainda nas posições horizontais, o decúbito lateral esquerdo registou também o maior número de lacerações grau II (71,4%) e na posição deitada 50% das mulheres não apresentou lacerações espontâneas e 40% apresentaram lacerações classificadas como grau I.

No posicionamento vertical durante o parto, a posição de cócoras, a maioria das lacerações registadas nas parturientes foi a laceração grau II (41,9%) e no uso do banco de parto a maioria das parturientes apresentou lacerações grau II (71,4%). Nas posições de pé/ ajoelhada, 50% das parturientes não apresentaram trauma perineal espontâneo, no entanto 33,3% das mulheres apresentaram lacerações grau III.

Em suma, neste estudo, não se verificou uma associação significativa entre a posição adotada no momento de parto, seja ela horizontal ou vertical, e a ocorrência de lacerações perineais. A relação existente entre lacerações perineais e a posição adotada pelas parturientes no momento do parto ainda é controversa, necessitando de estudos bem delineados e criação de evidencia científica para melhor entender esta associação.

De igual forma, também não se verificou uma relação significativa entre o peso do RN e o Índice de Apgar, no que diz respeito a ocorrência de lacerações perineais. Foi encontrada uma relação significativa entre a posição adotada no momento do parto e a realização de episiotomia, uma vez que todas as 10,2% de parturientes submetidas à realização de episiotomia estariam em posições horizontais e, portanto, de fácil acesso ao períneo, sendo que 17,4% estavam na posição deitada e 82,6% encontrava-se semissentadas no momento do parto. Desta forma, as parturientes que adotam posições horizontais no segundo estágio do TP têm maior tendência à realização de episiotomia.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: Markus Harry Jansson, Karin Franzén, Ayako Hiyoshi, Gunilla Tegerstedt, Hedda Dahlgren e Kerstin Nilsson</p>
<p>Título: <i>Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective Pelvic Floor In Pregnancy And Childbirth (POPRACT) - cohort study</i></p>
<p>Ano de publicação: 2020</p>
<p>País de origem: Suécia</p>
<p>Objetivos: Estimar a incidência de lacerações vaginais altas e perineais de grau II, III e IV em mulheres primíparas e estudar de que forma as características sociodemográficas e da gravidez, os fatores hereditários, a intervenção obstétrica e o processo de parto podem estar relacionados com a sua incidência.</p>
<p>Metodologia/métodos: Como método, este artigo culminou com um estudo transversal, prospetivo, com base em critérios de elegibilidade de partos vaginais ocorridos em mulheres nulíparas obedecendo a um protocolo de parto específico, entre dia 1 de outubro de 2014 e dia 1 de outubro de 2017. Da amostra fizeram parte 644 parturientes, cujos inquéritos foram registados e automaticamente introduzidos em sistema clínico informático por enfermeiras obstetras. Os autores recorrem a testes de estatística descritiva para reportar vários dados: dados sociodemográficos, da gravidez, fatores hereditários, intervenções obstétricas, dados sobre o processo de parto e dados do RN (peso e perímetro cefálico), os quais foram relacionados com o desfecho perineal, bem como a sua gravidade. Descrevem também as características clínicas e obstétricas relativamente à adoção de posições flexíveis e não flexíveis do sacro no momento do parto e a sua relação com o desfecho vaginal e perineal.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Neste estudo foi realizada uma análise secundária de um estudo de coorte prospetivo, recorrendo a mulheres nulíparas elegíveis que apresentaram partos vaginais e que aceitaram participar em estudo denominado estudo do assoalhado pélvico durante a gravidez e no parto. Os dados foram preenchidos, colhidos e introduzidos através de questionário em quatro momentos distintos: ao entrar no estudo, necessariamente antes das 15 semanas e 6 dias de gestação, às 36 semanas de gestação, 8 semana pós-parto e um ano pós-parto, sendo que o início da gravidez ocorreu entre 1 de outubro de 2014 e 1 de outubro de 2017.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: As alterações hormonais, fisiológicas e anatómicas decorrentes da gravidez são adaptações do corpo necessárias ao momento do nascimento e, posteriormente, puerpério. Com o aumento da flexibilidade dos tecidos pélvicos, a descida do móvel fetal pelo canal vaginal parece estar relacionada com a eficácia do equilíbrio entre o alongamento e a resistência dessa musculatura. A incidência de lacerações perineais em partos vaginais é alta e conhecer os fatores que podem interferir na sua diminuição ou aumento torna-se fundamental tendo em conta o prejuízo que a ocorrência destas pode acarretar na vida das mulheres a curto, médio e longo prazo, podendo a equipa de profissionais de saúde adotar medidas preventivas e praticas respeitosas de assistência à parturiente.</p>
<p>Nível de evidência alcançado (se aplicável): Artigo científico – Estudo de Coorte prospetivo <i>Levels of evidence for prognosis</i> segundo a <i>JBIR</i>®: <i>Level 3. – Cohort studies</i> <i>Level 3.b – Cohort study</i></p>

Contributos para a questão de revisão: Existe uma grande percentagem de lesões perineais durante os partos vaginais, lesões estas que afetam maioritariamente as mulheres primíparas. Nas mulheres primíparas são relatadas taxas como 35,1% a 78,3% de lesões perineais de grau II quando comparadas com as taxas das múltiparas que normalmente ficam entre os 34,8% e os 39,6% e 5,1%-8,3% de lesões perineais de grau III e IV em primíparas quando comparadas com os 1,8%-2,8% de taxa em múltiparas. É importante também referir que na Suécia registou-se um aumento das taxas de lesões perineais graves (III e IV) em mulheres primíparas de 2,9% para 5,1% desde 1990 até 2016.

Neste estudo, os autores admitem que as lacerações altas do canal vaginal (ocorridas acima do terço distal da vagina) podem ser responsáveis pela avulsão do músculo levantador do anus, que as lacerações de grau II (onde incluem as episiotomias) podem ser prejudiciais à função sexual da mulher e aumentar o risco de prolapso do órgão pélvico no futuro e que as lacerações perineais de graus mais graves (III e IV) são o maior fator de risco obstétrico para o desenvolvimento de incontinência fecal em mulheres. Desta forma, os autores considerem de extrema importância conhecer a incidência das lacerações vaginais/ perineais e investigar e estudar as características e fatores associados a estes números bem como a sua influência na qualidade de vida da mulher e do casal.

A realização de episiotomia demonstrou ser protetora contra a ocorrência de lesões perineais grau III e IV em partos instrumentados, no entanto no parto vaginal espontâneo a ocorrência do trauma perineal grave decresce quando a realização da episiotomia passa de rotineira a pontual ou restrita. Outros fatores de risco que demonstraram ser independentes à ocorrência destas lesões graves são o segundo estágio do TP prolongado, peso do RN superior a 4000 gramas e apresentação fetal occipitoposterior.

Neste estudo, um importante dado é que o posicionamento materno durante o segundo estágio do TP foi dividido em dois grupos: posições flexíveis do sacro, onde estão incluídas as parturientes que pariram agachadas, ajoelhadas ou de lado (decúbito lateral) e as posições com flexibilidade reduzida do sacro onde se incluem as parturientes com parto vaginal em posição de litotomia, supina e sentada. A maioria das mulheres do estudo assumiram posições não flexíveis de sacro (82,2%), com 55,6% da amostra a optar pela posição de litotomia, 2,8% pela posição supina e 23,8% pela posição sentada. Por sua vez, as posições que permitem maior flexibilidade do sacro foram assumidas pela minoria das parturientes (17,2%), sendo a posição lateral a que teve maior adesão (15,2%).

Relativamente à laceração e à sua gravidade, 14% apresentou laceração vaginal alta, 18,2% apresentou laceração grau I, 40,6% apresentou laceração grau II, 7,3% das parturientes apresentaram lacerações grau III e, por último, 0,35% apresentaram lacerações grau IV.

O risco de ocorrência de laceração vaginal alta aumenta significativamente quando existe história familiar de hereditariedade de disfunção do assoalhado pélvico e/ ou deficiência do tecido conjuntivo, indução do TP e perímetro cefálico do RN superior a 35 centímetros.

Já o risco de ocorrência de lacerações perineais grau II aumenta significativamente quando existem fatores de risco associados como parto pós-termo, parto instrumentalizado por ventosa e peso fetal superior a 4000 gramas. Por outro lado, nos achados estatísticos deste estudo, as posições maternas com reduzida flexibilidade do sacro diminuem significativamente este risco e nenhuma delas esteve associada a lacerações perineais graves.

No que diz respeito às lacerações perineais graves, neste caso III e IV, o parto instrumentalizado por ventosa e o peso fetal superior a 4000 gramas também são fatores de risco que aumentam significativamente o risco de ocorrência deste tipo de trauma perineal.

Por sua vez, fatores sociodemográficos parecem não ter influência no risco de ocorrência de lacerações vaginais/ perineais.

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

<p>Título da Revisão: A influência da verticalidade no trabalho de parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da verticalidade na prevenção de lesões do períneo, durante o trabalho de parto?</p> <p>Critérios de inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes</p> <p>Conceitos: Verticalidade, Trabalho de parto, Períneo</p> <p>Contexto: <i>Open</i></p>
<p>Autor/es: <i>Li Thies-Lagergren, Trine Uldbjerg, Rikke Damkjær Maimburg</i></p>
<p>Título: <i>Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data</i></p>
<p>Ano de publicação: 2020</p>
<p>País de origem: Dinamarca</p>
<p>Objetivos: Descrever ruturas do trato genital em mulheres que pariram em banco de parto, em comparação com mulheres que pariram noutras posições (estratificadas por mulheres com ou sem cesarianas anteriores).</p>
<p>Metodologia/métodos: Como método, este artigo culminou com um estudo de coorte observacional prospetivo, com base em critérios de elegibilidade de partos vaginais de 10629 mulheres. Os autores recorrem a testes de estatística descritiva para reportar as características da população, a posição de nascimento e a proporção de lacerações perineais bem como a sua gravidade durante o parto. Descrevem também os fatores de risco associados às mesmas posições.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: Neste estudo foi realizada uma análise secundária prospetiva, recorrendo a dados e registos clínicos da monitorização da posição adotada no parto e da ocorrência de lacerações perineais, através de registos institucionais mulheres elegíveis a participar, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2012. Todas as parturientes apresentaram partos vaginais espontâneos, simples, em apresentação cefálica, com idade gestacional superior a 35 semanas + 0 dias, cujos inquéritos foram registados e automaticamente introduzidos em sistema clínico informático por enfermeiras obstetras.</p>
<p>Interpretação desenvolvida: As lacerações perineais graves têm vindo a aumentar, razão pelo qual é importante conhecer as estratégias para reduzi-las ou mesmo preveni-las. Como fatores de risco conhecidos à ocorrência de lacerações perineais prevalecem a primiparidade, partos instrumentados com ventosas/fórceps, período expulsivo prolongado e RN's macrossómicos. A utilização do banco de parto, em que a mulher permanece na posição de cócoras, durante o período expulsivo, está associado a um segundo estágio do TP mais curto, facilitando-o, mas também a um aumento das lacerações perineais e à redução das taxas de integridade perineal.</p>
<p>Nível de evidência alcançado (se aplicável): Artigo científico – Estudo de Coorte prospetivo <i>Levels of evidence for prognosis</i> segundo a <i>JBJ</i>[®]: <i>Level 3. – Cohort studies</i> <i>Level 3.b – Cohort study</i></p>
<p>Contributos para a questão de revisão: A utilização do banco de partos, onde a mulher se posiciona de cócoras para parir, aumenta os diâmetros da saída pélvica e reduz, por sua vez, o tempo do período expulsivo. Em períodos expulsivos controlados onde a parturiente se encontra clinicamente bem e estável, com monitorização cardiotocográfica normal para o momento, retardar o período expulsivo pode ser uma boa estratégia para reduzir o risco de lacerações perineais, já que um período expulsivo lento protege da ocorrência de lacerações perineais. No entanto, as manobras associadas à proteção do períneo podem surgir como um desafio, nas parturientes que optam por parir em banco de parto.</p> <p>As primíparas que pariram em banco de parto, apresentaram menor probabilidade de realização de episiotomia.</p> <p>Independentemente da paridade, o parto realizado em banco de parto aumenta o risco de ocorrência de lacerações perineais e reduz as taxas de períneo íntegro, quando comparado com mulheres que pariram em outras posições. No grupo das múltiparas que pariram com apoio de banco de partos, verificou-se um maior número de partos na posição occipital-posterior persistente, pelo que os autores defendem que possa ter influenciado a ocorrência e a gravidade das lacerações, com o aumento de lacerações de grau II, III e IV. Por outro lado, a utilização do banco de partos pode</p>

facilitar o parto vaginal, mesmo em apresentações menos favoráveis como é o caso da occipital posterior persistente.