

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

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

Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estagio de  
trabalho de parto

**Aluna:** Lic. Cláudia Filipa Antunes dos Santos Alves

Bragança, novembro de 2021



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

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

Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estadio de trabalho de parto

Relatório apresentado à Escola de Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia ao abrigo do Despacho N<sup>o</sup>2823/2020 publicado em Diário da República 2<sup>a</sup> Serie, N<sup>o</sup>43 de 2 de março de 2020.

**Aluna:** Lic. Cláudia Filipa Antunes dos Santos Alves

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Bragança, novembro de 2021

Alves, C. F: A. S. (2021). *Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estadio de trabalho de parto*. Relatório de Estágio de Natureza Profissional de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

**Descritores:** parto (parturition), segundo estadio do trabalho de parto (labor/labour stage, second), postura (posture).

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

Alves, C.F. A. S. & Correia, T. I. G. (2021). Posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto: benefícios. XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor. Vila Nova de Famalicão. Portugal.



Dedico este trabalho a mim mesma, porque às vezes temos de ser egoístas no nosso cuidado e no nosso amor-próprio, porque me reinventei diversas vezes para chegar até aqui, tendo-me perdido muitas vezes de quem sou, sabendo que me tornarei melhor mulher e profissional após a aquisição destes conhecimentos como futura EESMO.





## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer é o ato mais bonito que possuímos e que nos eleva e enche o peito de amor.

Deste modo, gostaria de agradecer primeiramente à minha família por ser sempre o meu porto de abrigo em todas as minhas loucuras.

À minha melhor amiga, Vânia, que longe ou perto, mas sempre no meu coração é uma impulsionadora daquilo que me faz vibrar os olhos e o coração, e por acreditar em mim, tantas vezes, mais que eu mesma.

À minha família do UK que sempre me apoiou em todas as minhas aventuras e que me deram apoio incondicional para esta etapa.

À Professora Doutora Teresa Correia, pela sua calma e força que me levou a bom porto.

À minha querida orientadora, EESMO Fernanda Mendes, voz amiga e conselheira, e claro, a EESMO que o universo me colocou na vida para aprender tanto de prática como de vida e de amor. Tanto de teoria e prática diária de uma sala de partos, como de ser humano. A sapiência de uma alma antiga e de uma EESMO de alma.

Agradecer à minha colega da Early Pregnancy Assessment Unit, Debbie, que sempre me incentivou na busca do conhecimento na área da saúde da mulher e dos tantos conhecimentos que me transmitiu.

Agradecer à minha antiga líder de equipa, Alison, por aquilo que sei hoje sobre gestão de cuidados e que sempre me elogiou e me fez ver na enfermeira que me tornei.

À cidade de Bragança e ao IPB-ESSa que me acolheu desde o primeiro dia e que sempre me guiou neste caminho de EESMO.

**Gratidão a Todos!**



“The female body was designed by our Creator to be a source of pleasure, fertility, movement, strength, and well-being. Our bodies connect us with the moon, the tides, and the seasons.”

Christiane Northrup



## Índice:

RESUMO.....	19
ABSTRACT .....	20
1. Introdução .....	21
2. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional.....	24
2.1. Caracterização da organização.....	24
3. Análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências.....	26
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	26
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica .....	26
3.3. Reflexão crítica das competências adquiridas no Estágio de Natureza Profissional .....	28
3.4. Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	38
4. Análise crítica e reflexiva do Estágio de Natureza Profissional.....	40
5. Estudo de Investigação – Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estadio de trabalho de parto .....	46
5.1. Metodologia.....	50
5.1.1. Tipo de estudo .....	50
5.1.2. Formulação da questão de investigação .....	51
5.1.3. Critérios de inclusão e exclusão .....	52
5.1.4. Procedimentos e métodos na recolha de dados.....	53
5.2. Avaliação, extração e síntese dos dados.....	56
5.3. Discussão da metodologia e resultados.....	76

5.4. Conclusão .....	82
6. Conclusão geral .....	84
Referências Bibliográficas .....	87
Anexos .....	90
Anexo I - Resumo publicado como póster nas XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor.....	91

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Componentes da estratégia PICO para a RSL de acordo com Donato e Donato (2019) .....	52
Tabela 2 – Estudos incluídos na RSL .....	57

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Critérios de tratamento expectante segundo as guidelines da NICE - Tratamento médico e cirúrgico em diagnóstico de gravidez ectópica .....	31
Quadro 2 – Número de experiências mínimas obrigatórias realizadas .....	41
Quadro 3 – Evidência relativa ao estudo Bodner-Adler et al. (2003).....	59
Quadro 4 – Evidência relativa ao estudo de Roberts, Algerts, Cameron e Torvaldsen (2005) .....	60
Quadro 5 – Quadro relativo ao estudo de Aguilar, Romero e Garcia (2013)....	61
Quadro 6 – Quadro relativo ao estudo de Vasco e Poveda (2015) .....	62
Quadro 7 – Quadro relativo ao estudo de Brocklehurst (2017) .....	63
Quadro 8 – Quadro relativo ao estudo Simarro et al (2017).....	64
Quadro 9 – Quadro relativo ao estudo de Peppe et al (2018) .....	65
Quadro 10 – Quadro relativo ao estudo de Deliktas e Kukululu (2018) .....	66
Quadro 11 – Quadro relativo ao estudo de Berta et al (2019).....	67
Quadro 12 – Quadro relativo ao estudo de Zang et al (2020) .....	68
Quadro 13 – Quadro relativo ao estudo de Zang et al (2020) .....	69
Quadro 14 – Quadro relativo ao estudo de Shedmake e Wakode (2021) .....	70



## Índice de Figuras

Figura 1 – Número de partos executados: com episiotomia e períneo íntegro	43
Figura 2 – Processo de seleção de artigos .....	55

## Lista de abreviaturas e siglas

SNS – Serviço Nacional de Saúde  
EESMO – Enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica  
ENP – estágio de natureza profissional  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
NICE – The National Institute for Health and Care Excellence  
APA – American Psychological Association  
CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa  
APGAR – appearance, pulse, grimance, activity and respiration  
ICM – International Confederation of Midwives  
RCM – The Royal College of Midwives  
DUM – data da última menstruação  
 $\beta$ -HCG – hormona gonadotrofina coriónica humana beta  
mUI/mL – mil unidades internacionais por mililitro  
UI/ML – unidades internacionais por mililitro  
TV – transvaginal  
EPAU – Early pregnancy assessment units  
ACOG – The American College of obstetricians and Gynecologists  
UE – União Europeia  
RN – recém-nascido  
IPB – Instituto Politécnico de Bragança  
IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
RSL – revisão sistemática da literatura  
PICO – população, intervenção, comparação e outcome  
SciELO – Scientific Electronic Library Online  
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online  
KCI – Korean Journal Database  
RR – risco relativo  
IC – intervalo de confiança  
PL – práticas laboratoriais

## RESUMO

**Introdução:** A enfermagem de saúde materna e obstétrica exige ao EESMO uma intervenção especializada com a competência nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como a aquisição das competências específicas na área da ESMO. O ENP permitiu desenvolvê-las e aprofundar conhecimentos sobre as posições verticalizadas da mulher no trabalho de parto.

**Objetivo:** Realizar uma apreciação crítico/reflexiva do estágio tendo por base os objetivos gerais do mesmo com vista à discussão pública. Contextualizar a aquisição e reflexão de práticas EESMO de acordo com aquilo que é a prestação de cuidados baseados em evidência e demonstração de competências no domínio da investigação em enfermagem, dando resposta ao problema de investigação colocado de modo a conseguir resolver problemas em situações novas que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

**Metodologia:** durante a realização deste relatório a metodologia usada foi baseada na pesquisa bibliográfica em diferentes motores de busca científicos, através da leitura e translação dos conhecimentos adquiridos da mais recente evidência publicada relativa à saúde da mulher.

**Resultados:** os resultados obtidos consolidaram a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no âmbito do cuidado à mulher em trabalho de parto e parto, bem como a aquisição e reflexão crítica das experiências mínimas obrigatórias. Relativamente à produção científica da revisão sistemática da literatura, foi possível conhecer os benefícios do uso das posições verticalizadas no segundo estadio do trabalho de parto como diminuição de partos instrumentalizados (RR=0,68, IC 95%: 0,50 – 0,92), diminuição da incidência da episiotomia (RR=0,69 e IC 95%: 0,60 – 0,79), diminuição do tempo do segundo estadio do trabalho de parto (MD = -9,95 min, IC 95%: 15,85 - 4,05, p <0,10) e manutenção de períneos íntegros (RR=0,44 e IC 95%: 0,23 – 0,83). Contrariamente, podem ser um fator de risco à presença de lacerações do segundo grau (RR = 1,38, IC 95%: 1,11 – 1,72) e a uma maior perda hemática (RR =1,39, IC 95%: 1,12 – 1,72).

**Conclusão:** o estágio e a reflexão do mesmo, através da produção deste relatório de estágio, permitiram a aquisição e consolidação das competências específicas para a prática da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, a enumeração das experiências mínimas obrigatórias realizadas e a produção de material de investigação. Permitiu conhecer os benefícios do uso das posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto, bem como, a reflexão sobre a mudança de paradigma no modelo de cuidados atualmente usado nas maternidades em Portugal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The midwifery care requires from the midwife a specialized intervention with competency in the domains of professional accountability, continuous improvement in quality, care management and professional learning development, as well as the acquisition of the specific competencies relative to the midwifery field. The professional nature placement allowed to develop the competencies and deepen the knowledge about the upright postures in the women in labour.

**Aim:** to accomplish a critic and reflexive appraisal of the placement based in the general objectives, with the final aim to present it. To contextualized the acquisition and reflection of the midwifery practices in accordance to what is the evidence based care and the demonstration of competencies in the research domain, answering the research question to assist with new questions arising which allow a lifelong learning, in an autonomous way.

**Methodology:** the methodology used was the research in different scientific online databases, through the reading and translation of the acquired knowledge from the recent evidence published related to the women health.

**Results:** the results obtained cemented the acquisition of specialized competencies related to the midwifery practice, labouring women care practices as well as the acquisition and critic reflexion of the minimum obligatory experiences. Relatively to the scientific production of the systematic review, it was possible to recognised the benefits of upright positions during the second stage of labour like decreasing instrumental deliveries (RR 0,68, CI 0,50 – 0,92), incidence of episiotomy (RR 0,69 e CI 0,60 – 0,79), decrease in duration of the second stage of labour (MD = -9,95 min, CI -15,85 - -4,05, p <0,10) and maintaining the integrity of the perineum (RR 0,44 e CI 0,23 – 0,83). Inversely they could be a risk factor for the presence of lacerations of second degree tears (RR = 1,38, CI 1,11 – 1,72) and an increase of blood loss (RR 1,39, CI 1,12 – 1,72).

**Conclusion:** the placements and its reflection, through the production of this report allowed the acquisition and setting of specialized competencies to the midwifery practice and the description of the minimum mandatory experiences realized and the production of research material. It allowed to know the benefits of the use of upright positions during the second stage of labour, as well as the reflection about the model of care which is currently used in the Portuguese maternities and labour wards.

## 1. Introdução

O plano de estudos do curso de mestrado em saúde materna e obstétrica é composto por 4 semestres, sendo que estes estão divididos entre unidades curriculares do foro teórico-prático para aquisição de conhecimentos técnico-científicos e unidades curriculares totalmente práticas que são desenvolvidas em salas específicas de simulação (PL) e principalmente em contexto de ensino clínico (Estágios), em unidades de prestação de cuidados do sistema nacional de saúde (SNS), sendo elas unidades de cuidados de saúde primários e/ou diferenciados.

O segundo ano organizado em dois semestres com unidades curriculares de Estágio que servem de base à consolidação dos conhecimentos técnico-científicos e das áreas de competência do enfermeiro especialista e, especificamente, do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO).

Assim, com a pretensão da aquisição do título de especialista em saúde materna e obstétrica e grau de mestre em saúde materna e obstétrica a unidade curricular eleita para a aquisição de competências do EESMO foi a realização do Estágio de Natureza Profissional, doravante designado de ENP.

A realização do ENP compreende a realização de 420 horas de prática clínica em unidade de cuidados diferenciados, neste caso particular, tendo sido realizado num centro hospitalar que compreende a região do Tâmega e Sousa, no serviço de bloco de partos. Para além das 420 horas de prática clínica realizada a avaliação da unidade curricular compreende a realização de um relatório do ENP que visa a documentação, com explanação e reflexão da aquisição das competências do EESMO e a investigação científica que objetiva dar resposta ao questionamento das práticas vivenciadas com vista a sustentar uma prática baseada na evidência.

O conjunto da realização da prática clínica e apresentação e defesa do relatório do ENP pretendem, em conjunto, responder às exigências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a aquisição do título de EESMO e às definidas pelas

normas e regulamentos dos mestrados para a aquisição do grau académico de mestre em saúde materna e obstetrícia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) reconhece a parteira, em Portugal designada de EESMO, como um profissional de atendimento ao parto especializado. Deste modo, são considerados profissionais de saúde especializados e com o corpo de conhecimentos e competências específicos que lhes permite exercer a sua prática profissional de acordo com a legislação e que promove a prática de cuidados de saúde de alto nível.

Na continuidade de aquisição de competências pessoais e profissionais no âmbito do mestrado de saúde materna e obstetrícia a realização do ENP, tem como objetivo proporcionar ao estudante experiências clínicas que possibilitem mobilizar os conhecimentos teóricos e aplicar as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar da parturiente/família durante o trabalho de parto (parto eutócico e distócico), à puérpera e ao recém-nascido normal e de risco. Pretende-se que o estudante cuide a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

A construção deste relatório tem como objetivo geral a demonstração das competências adquiridas ao longo do percurso académico, nomeada e especificamente durante o ENP.

Assim, os objetivos específicos da realização deste relatório visam: reflexão da aquisição de competências específicas do EESMO aplicadas na prática de estágio que reflitam a capacidade clínica de resolução de problemas; contextualização da aquisição e reflexão de práticas EESMO de acordo com aquilo que é a prestação de cuidados baseados em evidência, tendo por base a capacidade de consolidar a integração de novos e específicos conhecimentos; descrição das experiências mínimas e reflexão crítica das mesmas de forma sumária; demonstrar competências no domínio da investigação em saúde, dando resposta ao problema de investigação colocado, e conclusão acerca das competências adquiridas ao longo do ENP e que serão transportadas para a evolução da prática futura.

O presente relatório será, então, dividido em 4 partes, sendo que a primeira parte a breve e sucinta caracterização da unidade de prestação dos cuidados; a segunda parte irá integrar a reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do EESMO desenvolvidas no supracitado estágio; na terceira parte será feita uma explanação com reflexão crítica da aquisição das experiências mínimas para a aquisição da especialidade e a quarta e última parte será composta pela investigação em saúde acerca dos benefícios das diferentes posições da mulher no segundo estadió do trabalho de parto, parte integrante para a aquisição do grau acadêmico de mestre.

A opção metodológica para a construção deste relatório, bem como da cimentação das competências adquiridas ao longo do ENP tiveram por base evidência científica, sendo que esta pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados indexadas, como a *PubMed*, o *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Scielo* e *plataforma B-On*. Foi também usada a recolha de dados para documentação das experiências mínimas exigidas para a atribuição do título de EESMO pela OE.

A referenciação bibliográfica vai ser realizada tendo por base as regras da *American Psychological Association (APA)*.

## 2. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional

### 2.1. Caracterização da organização

A realização do ENP, de acordo com o guia de orientação de estágios, tem como objetivo proporcionar ao estudante as experiências clínicas que lhe possibilitem utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar da parturiente/família, durante o período de trabalho de parto, parto eutócico e distócico, à puérpera e ao recém-nascido normal e de risco.

Para a aquisição destas competências o local de estágio afeto foi o bloco de partos do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS).

Este serviço é composto por EESMO's, auxiliares de ação médica e médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe que tem a si afeta as funções de chefia e gestão. Em cada turno existe sempre uma EESMO que é responsável de turno e uma EESMO afeto à urgência/admissão.

O serviço é constituído por uma admissão que fica localizado na área física perto do serviço de urgência geral, aqui são admitidos casos de urgência/emergência ginecológica e obstétrica, onde está sempre presente uma equipa com 1 EESMO, uma auxiliar de ação médica e uma equipa médica de urgência.

O serviço de admissão possui uma sala de triagem de enfermagem, uma sala de tratamentos de enfermagem, 3 salas de observação médica, duas delas com ecógrafo, sendo que uma delas está adstrita a possíveis casos positivos para Sars-CoV-2.

Possui uma sala de espera isolada igualmente adstrita para casos positivos ou suspeitos para Sars-CoV-2.

Existem outros dois quartos, com duas camas e dois cardiotocógrafos, em cada sala, para realização de monitorização do bem-estar fetal e de contractilidade uterina.

O serviço de bloco de partos tem uma arquitetura em oval que permite que haja circulação circunferencial. De um dos lados do serviço existem 3 enfermarias de expectantes com duas camas cada, cada cama com cardiotocógrafo ligado em



rede ao sistema *Partograma*. Desse lado existem também duas salas de partos que estão, neste momento adstritas apenas a casos positivos de Sars-CoV-2.

Do lado oposto do serviço existem duas salas de vigilância com duas camas cada, uma sala de tratamento de enfermagem e 5 salas de parto.

Todas as salas de parto possuem um cardiocógrafa que está ligado ao serviço de rede *Partograma* para que seja possível a vigilância na sala médica e na área de trabalho de enfermagem.

Este sistema chamado de *Partograma* permite que haja uma documentação concisa e em tempo real da evolução do trabalho de parto. Aqui são realizados os registos de evolução do trabalho de parto, para além deste programa os registos de enfermagem são também realizados no SClínico e num outro programa chamado de ObsCare. O SClínico é o sistema informático de eleição no SNS, que permite uma ligação dos registos médicos e de enfermagem. O ObsCare é um programa informático que permite o registo de vigilância da gravidez, aqui são documentados a realização/resultados do diagnóstico pré-natal, a realização e consequentes resultados das ecografias e é onde também o EESMO/obstetras/neonatólogos/pediatras fazem o registo das ocorrências e tipo de parto e os dados do nascimento do recém-nascido. Os dados a incluir no registo do parto incluem: início de trabalho de parto (espontâneo/induzido), rotura de membranas (espontânea/terapêutica), antibioterapia intra-parto, realização de epidural, intercorrências durante o trabalho de parto, uso de telemetria, tipo de parto, presença de lacerações e/ou episiotomia, características da dequitação e placenta; e no que toca ao registo do recém-nascido, APGAR (*appearance, pulse, grimace, activity and respiration*), sexo, peso, corte do cordão umbilical, colheita de sangue do cordão, malformações, circulares de cordão, entre outros itens.

### 3. Análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências

#### 3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

O Regulamento nº 140/2019 que define as competências comuns do enfermeiro especialista, após a modificação e publicação dos novos estatutos de enfermagem, para, assim, ir de acordo a essas alterações.

Através do supracitado regulamento são então definidas quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, independentemente da área de especialidade, sendo elas:

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

Abrangendo todos os domínios das competências supracitadas, o documento *High Quality Midwifery Care (The Royal College of Midwives, 2014)*, afirma que o foco da qualidade dos cuidados prestados deve ser uma mãe e bebé saudável e uma família integra.

Todos estes domínios de competência pautaram o desenvolvimento da minha prática de enfermagem enquanto EESMO no decurso dos variados Estágios.

#### 3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

É com o regulamento nº 391/2019, que foram definidas as competências e áreas de atuação independentes e interdependentes dos EESMO, sendo que o momento de estágio é o lugar onde o estudante tem oportunidade de adquirir, desenvolver e cimentar competências e conhecimentos anteriormente adquiridos na formação teórica do curso.

Segundo este mesmo regulamento, são definidas as áreas de intervenção do EESMO, ou seja, o EESMO é responsável pelo desenvolvimento da sua atividade profissional nas seguintes áreas da saúde da mulher: planeamento familiar e preconcecional; gravidez; parto; puerpério; climatério, ginecologia, quer sejam elas desenvolvidas de forma individual ou na comunidade.

Estão presentes no artigo 4º do regulamento nº 391/2019, as competências específicas do EESMO, sendo elas:

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

A *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019) publicou as competências base na formação e prática da enfermeira parteira, reconhecida como EESMO em Portugal, sendo que a estruturação das mesmas se dividiu em quatro categorias que são inter-relacionais, sendo elas:

- 1) Competências de âmbito geral da prática profissional da profissão de parteira e que nela constam a suas atividades autónomas e de responsabilidade ética, e que está sempre presente nas subcategorias 2, 3 e 4;
- 2) Competências específicas da preconceção e da gravidez e cuidados pré-natais;

- 3) Competências específicas durante o trabalho de parto, parto e nascimento;
- 4) Competências específicas durante o cuidado da mulher puérpera e recém-nascido.

Estas categorias têm depois subcategorias de especificidades relativas à prática profissional e que devem ser atendidas durante a formação e prática profissional.

### 3.3. Reflexão crítica das competências adquiridas no Estágio de Natureza Profissional

O curso de mestrado de saúde materna e obstétrica e a conclusão dos diversos Estágios foram permitindo a aquisição e solidificação das diferentes competências específicas do EESMO. Tendo em conta que as diferentes competências dizem respeito quer a cuidados prestados em unidades de cuidados de saúde primários e na comunidade e outros em unidades de cuidados diferenciados estas não serão todas alvo de reflexão neste relatório. Sendo que o ENP foi realizado numa unidade de cuidados diferenciados em ambiente de sala de partos, as competências específicas do EESMO que foram de passível cimentação de conhecimento e técnica foram as seguintes:

- i. Cuida a mulher inserida na família e na comunidade no período pré-natal

Todas as competências definidas no regulamento nº 391/2019, iniciam com a palavra “cuida”, que em português significa “tratar de alguém, garantindo o seu bem-estar, segurança, etc.”. (<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/cuidar>)

Assim, a competência base da prática profissional do EESMO é o cuidado, sendo que ele é o profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de alta qualidade. (High quality midwifery care – The Royal College of Midwives (RCM), 2014)

O *High Quality Midwifery Care* (RCM, 2014) defende que a prestação de cuidados de alta qualidade em enfermagem obstétrica devem ser baseados em evidência científica, onde a mulher é o centro do cuidado e onde os mesmos são prestados de forma efetiva e em condições de segurança.

Uma das competências específicas do cuidar do EESMO é “o cuidar a mulher inserida na comunidade no período pré-natal”. Cada uma destas competências específicas agrega varios denominadores sendo que um deles reflete o cuidado do EESMO no período de abortamento.

A realização de turnos de ensino clínico na área de urgência/admissão obstétrica/ginecológica foram uma fonte de aprendizagens que permitem a aquisição de competências importantes na prática EESMO pois estas permitem a mobilização de diversos conhecimentos teóricos, permitem a aquisição de competências técnicas e de procedimentos em auxílio com o médico obstetra.

Na triagem no serviço de admissão/urgência, foi possível a observação do seguinte caso clínico que levou à reflexão dos cuidados prestados e da evidência científica por detrás dos mesmos. Após realização da triagem de uma grávida, hemodinamicamente estável após monitorização dos sinais vitais, segundo a anamnese apresentava uma perda vaginal de características hemáticas numa gravidez de 9 semanas de acordo com o primeiro dia da última menstruação (DUM) e com queixas algícas abdominais difusas e com ligeira intensidade. Sendo que o serviço de admissão/urgência do bloco de partos não usa a triagem de Manchester o plano realizado pela EESMO seria de aguardar para avaliação do médico assistente.

Na observação pela equipa médica foi realizada uma ecografia transvaginal (TV), onde foi observado uma espessura endometrial de apenas 3 milímetros (mm), com uma massa ecogénica adnexial possivelmente representativa de uma gravidez ectópica, foram pedidas análises com seriação da hormona  $\beta$ -HCG (gonadotrofina coriónica humana) que foram colhidas pela EESMO com cateterismo de veia periférica e indicação para a utente ficar em jejum a aguardar resultados das análises clínicas.

Após resultado das análises de sangue e com a valorização ecográfica a utente foi admitida ao serviço de obstetrícia/ginecologia. A utente tinha um valor sérico de  $\beta$ -HCG 625 mUI/mL (unidades internacionais por mililitro) tendo sido submetida a uma laparoscopia exploradora com salpingectomia à direita para tratamento de gravidez ectópica.

De acordo com as guidelines da NICE *Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management* (2019), tendo sido realizado o diagnóstico de gravidez ectópica, dependendo da quantificação da  $\beta$ -HCG, dos resultados da ecografia TV e do exame físico, existem três tipos de tratamento da gravidez ectópica: conservador, médico e cirúrgico.

As supracitadas guidelines da NICE recomendam que a todas as mulheres com diagnóstico de gravidez ectópica seja fornecida informação verbal e escrita sobre o tipo de tratamentos e o que é expectável antes e após os mesmos e contacto de referência após o tratamento, bem como contacto de emergência e onde se deverá dirigir em caso de emergência.

Os *Protocolos de medicina materno-fetal* de Ayres de Campos (2008), referem a seriação da  $\beta$ -HCG em intervalos de 48 horas de suma importância aquando do diagnóstico de gravidez ectópica não rota e quando haja estabilidade hemodinâmica da utente, sendo que os valores da  $\beta$ -HCG sejam inferiores a 2000 mUI/mL. Sendo que a terapêutica deverá ser sempre individualizada, a salpingostomia laparoscópica é o tratamento cirúrgico de referência para gravidez ectópica não rota, contudo também se poderá optar por tratamentos médicos ou expectantes segundo critérios definidos.

O tratamento médico da gravidez ectópica não rota, segundo as recomendações da NICE e segundos os Protocolos de medicina materno-fetal passam pela administração de metotrexato segundo determinados critérios, sendo eles: dor reduzida, a presença de gravidez ectópica não rota e sem batimentos cardíacos, valores sérios de  $\beta$ -HCG inferiores a 5000 mUI/mL e que haja possibilidade de seguimento em serviço de urgência, consulta ou internamento.

O tratamento cirúrgico deverá ser a primeira linha de tratamento sempre que se tenha a presença de uma gravidez ectópica com presença de dor moderada, com uma massa adnexial igual ou superior a 35mm, com presença de batimentos cardíacos em ultrassonografia e para valores séricos de  $\beta$ -HCG superiores a 5000 mUI/mL.

Quadro 1 – Critérios de tratamento expectante segundo as guidelines da NICE  
 - Tratamento médico e cirúrgico em diagnóstico de gravidez ectópica

<b>TRATAMENTO CONSERVADOR EM DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA</b>	
<b>Oferecer</b> tratamento expectante quando (concomitantemente)	<b>Considerar</b> tratamento expectante quando (concomitantemente)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemodinamicamente estáveis e sem queixas álgicas</li> <li>- Tenham uma gravidez ectópica inferior a 35mm e sem atividade cardíaca na eco TV</li> <li>- Tenham o nível sérico de <math>\beta</math>-HCG igual ou inferior a 1,000 UI/L</li> <li>- Possam regressar para <i>follow-up</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemodinamicamente estáveis e sem queixas álgicas</li> <li>- Tenham uma gravidez ectópica inferior a 35mm e sem atividade cardíaca na eco TV</li> <li>- Tenham o nível sérico de <math>\beta</math>-HCG superior a 1,000 UI/L e inferior a 1500 UI/L</li> <li>- Possam regressar para <i>follow-up</i></li> </ul>
<p>Para as utentes que escolham o tratamento conservador, níveis séricos da <math>\beta</math>-HCG devem ser repetidos ao dia 2, 4 e 7.</p> <p>Se existir uma redução de 15% dos valores séricos da <math>\beta</math>-HCG nos dias 2, 4 e 7 então a realização da monitorização da <math>\beta</math>-HCG deverá ser realizada semanalmente até atingir valores negativos, isto é, inferiores a 20UI/L</p> <p>Se estes valores não tiverem uma redução de 15%, se mantenham em plateau ou aumentem deverá ser realizada uma consulta com a mulher para explicar o sucedido e discutir outras potenciais formas de tratamento.</p>	

A minha reflexão crítica acerca desta temática surgiu pela minha anterior experiência profissional como enfermeira especialista assistente numa *Early Pregnancy Assessment Unit* (EPAU), no Reino Unido. Estas unidades funcionam em contexto de consulta externa em cuidados de saúde secundários e que permite aos médicos de família e enfermeiras parteiras a referenciação de qualquer mulher com teste de gravidez positivo entre as 6 e as 12 semanas de gestação e que apresente sintomatologia sugestiva de gravidez ectópica, ameaça de aborto e gravidez molar. Estas unidades são formadas por equipas

multidisciplinares de obstetras, enfermeiras especialistas na área em questão e técnicos de ecografia especializados em ecografias do primeiro trimestre. Servem como base dos protocolos da unidade as guidelines da NICE supracitadas.

- ii. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Sendo que o desenvolvimento do ENP e das 420 horas de ensino clínico se debruçaram grandemente acerca da competência supracitada, foram diversas as reflexões que me foram surgindo ao longo da assimilação das distintas competências técnicas e humanas ao longo do trabalho de parto e parto. Deste modo a pesquisa de evidência científica atual e de suporte da minha prática clínica foi-se desenvolvendo de forma natural para garantir a prestação dos melhores e mais adequados cuidados à mulher e casal.

Tendo como linha de conta a discussão atual sobre o parto humanizado, violência obstétrica e o seu enquadramento e prática baseada na evidência relativamente aos cuidados prestados às mulheres e casais grávidos, especificamente relacionados com o seu momento de trabalho de parto e parto as questões reflexivas com que me deparei foram as seguintes:

- Qual a evidência sobre a realização da amniotomia? Quando fazer? Quais as desvantagens e benefícios?
- Qual a evidência sobre a episiotomia? Qual a prática recomendada pela OMS?
- O que diz a evidência sobre as lacerações e quais os métodos para diminuir a sua incidência e gravidade?
- Qual a evidência sobre puxos dirigidos ou espontâneos?

O decorrer do ensino clínico pressupõe que haja uma transposição dos conhecimentos teóricos ministrados ao longo das unidades curriculares e visa, também, que haja uma reflexão crítica das práticas de enfermagem obstétrica que atualmente se realizam e qual é a evidência que sustenta essas mesmas práticas.



## ○ Amniotomia

A amniotomia é uma intervenção que pode ser realizada durante o trabalho de parto, ela consiste em romper, de forma mecânica e terapêutica, a bolsa amniótica.

Pensa-se que a realização da amniotomia irá levar a que o organismo liberte hormonas estimulantes das contrações uterinas, sendo que o objetivo da sua realização é aumento da frequência e intensidade da dinâmica uterina conseguida através das contrações, de forma a diminuir o tempo de trabalho de parto (Smyth, RMD., Markham, C. & Dowswell, T., 2013).

São vários os autores que defendem que a prática da amniotomia não deve ser realizada de forma rotineira, mas sim tendo em linha de conta as indicações para o uso da mesma.

De acordo com Smyth, Markham, Dowswell (2013), o Comité de práticas obstétricas do *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), as *guidelines* do NICE e a *Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal* afirmam que a prática de amniotomia não deve ser realizada de forma rotineira em mulheres em trabalho de parto, desde que este esteja a evoluir de forma normal.

Deste modo, as recomendações para a realização de amniotomia, segundo o comité de práticas obstétricas do ACOG e as *guidelines* do NICE são:

- Em suspeita de trabalho de parto não evolutivo durante a primeira fase do trabalho de parto;
- Necessidade de monitorização fetal contínua por escalpe fetal.

De igual modo, as recomendações da OMS para o cuidado intraparto para uma experiência de parto positiva e sobre indução do trabalho de parto não recomendam o uso de forma rotineira da amniotomia para a prevenção de trabalho de parto não evolutivo, nem a prática de amniotomia precoce com a infusão de ocitocina para a prevenção do mesmo.

Noto que, é então necessário que haja um profundo conhecimento da fisiologia do trabalho de parto, e que a mesma informação deverá ser transmitida de forma

transparente e empoderadora às mulheres que frequentam os cursos de preparação para o parto.

É necessário desmistificar o tempo expectável e cientificamente aceite sobre as diferentes fases de um trabalho de parto fisiológico.

- Episiotomia

Segundo os dados do *European Perinatal Health Report*, em 2010 a percentagem de episiotomias realizadas a mulheres com partos vaginais é documentado como sendo de 72,9%, sendo que esta percentagem aumenta quando existe a necessidade de realizar um parto instrumentado, sendo ela de 94,4%.

A OMS define nas recomendações para uma experiência de parto positiva, que o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado a mulheres que tenham parto vaginal.

Deste modo, a realização de episiotomia na segunda fase do trabalho de parto deve ser feita de forma restritiva/seletiva, isto é, a realização da mesma deve ser restringida a: partos instrumentalizados e estado fetal não tranquilizador. Sendo que a técnica a usar é a mediolateral para prevenção de lesões da musculatura do esfíncter anal (*guidelines* do NICE e a *Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal*)

Assim, e de acordo com Jiang et al (2017) o uso da episiotomia para prevenção de lacerações graves aquando do período expulsivo não é de todo recomendável pelo facto de não haver evidência que correlacione a realização da episiotomia com melhores resultados para a mulher e o recém-nascido em situações de normalidade.

- Prevenção de lesões no períneo

Depois de uma revisão de quais as indicações para a realização de um corte cirúrgico no períneo da mulher, o que se deveria ter sempre em mente é que o ato de realizar uma episiotomia deveria ser sempre realizado de forma urgente e que o cuidado com as prevenções do períneo deveria ser a máxima que pauta o cuidado do segundo período do trabalho de parto.

Desta forma, e de acordo com a breve pesquisa de evidência relativamente a esta prática, considero que as técnicas de prevenção de lesões do períneo deveriam ser muito mais aprofundadas a nível teórico para que depois se pudesse refletir na prática.

Em Portugal foi realizado um estudo que teve como objetivo estudar os fatores preditivos para períneos intactos após parto vaginal. Para este estudo foram incluídas 1748 mulheres que tiveram parto vaginal, sendo que de estas 441 tiveram períneo intacto e 1307 sofreram lesões no períneo, destas, 405 mulheres tiveram lacerações de grau I, 70 mulheres sofreram lacerações de grau II e apenas 3 mulheres sofreram lacerações de grau III, tendo sido a percentagem de episiotomia de 43,8%, ou seja, 766 mulheres foram submetidas a este corte cirúrgico do períneo (Rodrigues *et al*, 2019).

Rodrigues e os seus colaboradores (2019) com este estudo mostraram que um dos fatores preditivos para manter o períneo intacto são as posições alternativas ou verticalizadas durante o segundo período do trabalho de parto. Sendo que outros fatores referenciados são a multiparidade, ou seja, segundo este estudo a primípara tem 70% mais hipóteses de ter uma lesão do períneo, o peso do recém-nascido e história de parto anterior por cesariana são também fatores que aumentam a probabilidade de ter lesão do períneo em cerca de 60%.

Deste modo, e sabendo de antemão, alguns dos fatores preditivos para períneos íntegros, a pergunta que impera é, quais são as técnicas que temos ao nosso alcance para manter um períneo íntegro durante o segundo estágio do trabalho de parto?

Segundo a *guideline* do NICE, *Intrapartum care for healthy women and babies*, não se deve realizar massagem do períneo e usando a técnica “hands-on” deverá se proteger o períneo e realizar a deflexão da cabeça do recém-nascido. A *Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal* também não recomenda a massagem do períneo, nem a aplicação de anestésico local, recomendando o uso de compressas quentes durante o segundo estágio do trabalho de parto e a proteção ativa do períneo com deflexão da cabeça.

Segundo Aasheim *et al.* (2017) o uso de compressas quentes reduziu as lacerações de terceiro e quarto grau em comparação com o não uso de

compressas e/ou técnica “*hands-off*” bem como o uso de massagem perineal. Apesar da qualidade da evidência ser moderada a baixa e de mais estudos nesta área serem necessários, estas são duas das técnicas recomendadas pela revisão da *Cochrane*.

Deste modo, podemos então concluir, que a EESMO deve ter sempre fatores na sua mente aquando da atenção à parturiente, ou seja, o tipo de parto anterior, a paridade e o percentil da última ecografia para a probabilidade do peso do recém-nascido e, depois associar às técnicas que poderão diminuir as lesões perineais sendo elas, as posturas verticalizadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, o uso de compressas quentes na zona do períneo e a proteção ativa com a manobra de deflexão da cabeça com proteção do períneo.

- Puxos dirigidos ou puxos espontâneos

Um outro tema que me chamou em especial atenção ao longo do meu estágio foi a diferença entre mulheres que iniciam o segundo estagio do trabalho de parto. Algumas parturientes, mesmo com analgesia epidural, referenciam uma dor na região supra-púbica mais intensa, dor na região lombar mais intensa e vontade de puxar, que depois despoleta a realização de exame vaginal com consentimento, que conclui que o primeiro estagio do trabalho de parto está terminado, ou seja, que se atingiu os 10 cm de dilatação e que a parturiente entra no segundo estagio do trabalho de parto.

No entanto, isto não é a realidade para todas as parturientes sob o efeito de analgesia epidural, noutras, esta sensação não é reportada mesmo havendo um exame vaginal que conclui a dilatação completa e o início do segundo estagio do trabalho de parto.

Contudo existe uma prática quase comum neste segundo estagio do trabalho de parto: a indicação para a parturiente começar com esforços expulsivos, ou seja, com puxos dirigidos através da respiração com manobra de valsava.

Uma referência que acho importante ter em atenção é a diferença em trabalho de parto com analgesia epidural e sem analgesia epidural. Outra é o limiar da dor das parturientes mesmo com a analgesia epidural e a sua sensação de esforços expulsivos.

Outra referência que considero também pertinente é a divisão que existe do segundo estadió do trabalho de parto e qual a evidência sobre a duração do mesmo.

Assim, e segundo a *guideline* do NICE, *Intrapartum care for healthy women and babies*, em que se define a divisão do segundo estadió do trabalho de parto em fase passiva e ativa. A fase passiva do segundo estadió do trabalho de parto é considerada com uma avaliação de dilatação completa antes ou na inexistência de contrações uterinas involuntárias de expulsivo. A fase ativa é caracterizada como: o feto é visível, contrações de expulsivo presentes com a dilatação completa ou com sinais de dilatação completa ou esforços maternos expulsivos com a presença de dilatação completa mesmo na ausência de contrações uterinas de expulsivo.

Segundo o documento *Recommendation for intrapartum care for a positive childbirth experience* da OMS (2018) o segundo estadió do trabalho de parto pode ter uma duração, mas primigestas de até 3 horas e nas múltiparas de até 2 horas. É de importância referir que, nestas mesmas recomendações, é afirmado que a parturiente poderá ter a sensação de puxo antes de ter uma dilatação completa e que é verdade que poderá haver o diagnóstico de dilatação completa com a inexistência de sensação de puxo por parte da parturiente. Sendo que os tempos estabelecidos para o segundo estadió de trabalho de parto deverão ser tomados em linha de conta desde que haja bem-estar materno e fetal.

*A Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal* (ministério de la salud, 2010), recomenda que se dê preferência aos esforços expulsivos espontâneos ao invés de dirigidos e, em parturientes com analgesia neuroaxial, se deva incutir os puxos dirigidos na ausência de sensação de esforços expulsivos na presença de uma fase activa do segundo estadió do trabalho de parto.

Os autores Koyucu e Demirci (2017), no seu estudo randomizado sobre puxos dirigidos e espontâneos, concluíram que, apesar da manobra de valsava significar um tempo inferior do segundo estadió do trabalho de parto, mas que esta está igualmente associada a decréscimo do valores de hemoglobina fetais e a maiores ângulos de repuxamento das estruturas uretrais na fase descendente da cabeça fetal. Assim, os puxos espontâneos têm vindo a ser

associados com melhor estado fetal devido a não existir períodos de decréscimo de oxigenação placentar como ocorre quando se realiza a manobra de valsava.

Também Faziri et al. (2016), no seu estudo realizado em mulheres iranianas em que se comparou diferentes métodos de puxo durante o segundo estadio de trabalho de parto, concluiu que esforços expulsivos espontâneos na posição lateralizada reduzem a fadiga materna e a sensação de dor sentida pela parturiente, sendo que não teve qualquer tipo de influência no bem-estar fetal.

Assim, deste modo, podemos concluir que devemos de empoderar a parturiente com ambos os tipos de respiração de expulsivo e esperar que ela sinta esforços expulsivos, mantendo como critérios os já conhecidos motivos de abreviação do segundo estadio do trabalho de parto.

Podemos também refletir que a respiração em manobra de valsava se deverá usar apenas em segundo estadio do trabalho de parto em que não haja presença de alterações do traçado cardiotocográfico para permitir uma boa oxigenação feto-placentar.

#### 3.4. Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A Lei 9/2009 de 4 de Março define as experiências mínimas que respondem à exigência da diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. Deste modo, a validação do título de EESMO/parteira, poderão ser reconhecidos em países da União Europeia (UE) que se tenham orientado pela mesma diretiva, permitindo, assim, que haja mobilidade de profissionais especializados.

Deste modo, o EESMO terá de completar durante a sua formação académica as seguintes experiências mínimas para que lhe seja reconhecido o título de especialista pela ordem que o regulamenta, no caso de Portugal, a OE, sendo elas:

- Consulta de grávidas, incluindo pelo menos 100 exames pre-natais;
- Vigilância e cuidados realizados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de, pelo menos, 40 partos; quando este número não poder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, ao

minimo de 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;

- Participação em partos de apresentação pélvica – em caso de impossibilidade, devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deve ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura – a iniciação à sutura incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos – a prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada, se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e recém-nascidos (RN) normais;
- Observação e cuidados a RN que necessitem cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias do domínio da ginecologia e da obstetrícia;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia – a iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

Para além destas experiências mínimas, a avaliação dos estágios de formação dos EESMO do consórcio do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) é realizado com base nas áreas de competências definidas pelo regulamento nº 391/2019 de 3 de Maio.

#### 4. Análise crítica e reflexiva do Estágio de Natureza Profissional

O estágio é, desde logo, o momento oportuno para a mobilização dos conhecimentos anteriormente adquiridos durante as aulas teóricas e práticas. É, também, o momento de aplicação na prática das técnicas exemplificadas na teoria e o momento oportuno para se realizar uma reflexão crítica daquilo que é o conhecimento teórico e do que são as práticas e protocolos institucionais.

Para a aquisição do título de especialista na OE é necessário que o discente documente e participe de forma autónoma e ativa do que são as experiências mínimas obrigatórias, segundo o que está definido na diretiva nº 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho e que foi transcrita para a lei portuguesa na Lei nº 9/209 de 4 de Março.

Devido à conjuntura atual de pandemia, a realização do estágio de saúde e materna II e o ENP foram desenvolvidos na mesma unidade de prestação de cuidados – bloco de partos do hospital da região do Tâmega e Sousa.

Sendo o bloco de partos um serviço diferenciado e especializado, todos os seus profissionais de saúde são enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, ou seja, a orientação é realizada por um EESMO.

O quadro apresentado de seguida representa a documentação do número de experiências mínimas obrigatórias para a aquisição do título de especialista e que foram desenvolvidas em contexto de bloco de parto durante o estágio de saúde materna e obstétrica II e ENP, sendo que a sua apresentação na tabela seguinte vai ser realizada de forma cumulativa. Este fato deveu-se à atual conjuntura de pandemia que não permitiu uma maior variedade de locais de estágio. Contudo, a reflexão das mesmas é realizada por base dos objetivos do ENP.



Quadro 2 – Número de experiências mínimas obrigatórias realizadas

<b>EXPERIÊNCIAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS</b>	
<b>DENOMINADOR</b>	<b>Nº DE EXPERIÊNCIAS</b>
Consulta de grávidas, incluindo pelo menos 100 exames pré-natais	49
Vigilância e cuidados realizados a, pelo menos, 40 parturientes	125
Realização pelo aluno de, pelo menos, 40 partos; quando este número não poder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, ao mínimo de 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos	49
Participação em partos de apresentação pélvica – em caso de impossibilidade, devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deve ser realizada uma formação por simulação	1
Prática de episiotomia e iniciação à sutura – a iniciação à sutura incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos – a prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada, se tal for indispensável	32
Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco	50
Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e recém-nascidos (RN) normais	162
Observação e cuidados a RN que necessitem cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes	10
Cuidados a mulheres que apresentem patologias do domínio da ginecologia e da obstetrícia	0
Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia – a iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos	25

A densidade e diversidade populacional da área geográfica abrangida pelo centro hospitalar onde foram desenvolvidos os ensinamentos clínicos permitiram que estes fossem repletos de oportunidades para o ganho e cimentação de conhecimentos. O contacto com diversos protocolos e unidades subjacentes ao serviço de bloco de partos foram de suma importância para a cimentação e aquisição de novos conhecimentos e análise crítica das experiências mínimas obrigatórias.

Segundo Fahy (2008, capítulo 2), para criar um “território de parto” a parteira deve criar um ambiente harmonioso onde a mulher se possa sentir segura e onde a fisiologia natural do trabalho de parto e parto não sejam interferidas. Apesar das mulheres reconhecerem as qualidades médicas durante o processo de trabalho de parto e parto, elas não desejam que seja a tônica dominante.

A mesma autora descreve a diferença entre “parir” e “fazer o parto”, sendo que o “parir” permite à mulher a promoção de sentimentos como amor, força e autoconfiança e o “fazer o parto” como tantas vezes é referenciado na gíria, induz sentimentos de dependência, fraqueza e gratidão pelo outro.

Tal como está descrito no documento *WHO Recommendations for intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)*, os cuidados à parturiente devem, tendencialmente, adotar o paradigma de cuidados centrados na mulher, se possível adotando o modelo de cuidados liderados pela parteira, em que os cuidados prestados, independentemente da região, sejam holísticos e baseados nos direitos humanos, por forma a proporcionar uma boa experiência de parto.

A equipa onde se realizou o ensino clínico, bem como a EESMO orientadora do mesmo foram um dos grandes pilares para que a diversidade das experiências fosse determinante na minha prática como futura EESMO. O ENP foi pautado por cuidados de excelência onde a tônica dominante era a segurança do utente, a empatia e relação terapêutica, por forma a estabelecer uma relação de confiança com a parturiente/casal e o mínimo intervencionista possível, de acordo com o julgamento crítico.

O serviço de bloco de partos permite que a segurança do utente mantida devido à existência atualizada de diversos protocolos relativos ao cuidado da mulher

grávida e parturiente, à mulher em trabalho de abortamento e com complicações associadas à gravidez e parto.

Os autores Jansen et al (2013) afirmam no seu artigo, que os EESMO's que estejam diretamente ligados ao cuidado da mulher em trabalho de parto deverão ter em conta que, cada intervenção realizada poderá ter uma consequência nefasta para a utente, devendo, assim, avaliar os prós e os contras da realização das mesmas. Caso as intervenções sejam necessárias, as mesmas deverão ser discutidas com a mulher de forma clara para que haja consentimento para que sejam realizadas.



Figura 1 – Número de partos executados: com episiotomia e périneo íntegro

De uma forma mais detalhada, relativamente aos partos realizados, um dos objetivos pessoais a que me propus foi a realização de episiotomias de forma restritiva, de acordo com a atual evidência. Sendo a mesma realizada sob supervisão de uma EESMO. Assim, foi possível que a percentagem total de episiotomias relativamente aos partos realizados seja de 30,61%.

Apesar do gráfico apenas fazer referência à quantificação de episiotomia e laceração, também houve partos com trauma perineal, sendo que a grande maioria foi de fácil correção (lacerações labiais e de grau I e II), apenas em dois dos partos realizados se verificou lacerações de grau III, tendo sido as mesmas corrigidas pelo obstetra de serviço.

Houve também a possibilidade de participação ativa de parto vaginal gemelar por duas vezes. O primeiro parto gemelar vaginal que houve oportunidade de assistir foi de uma gravidez de termo, em que o primeiro gêmeo nasceu de forma distócica com auxílio de ventosa por exaustão materna e o segundo gêmeo nasceu de forma podálica. Ambos os RN foram transferidos para o serviço de neonatologia, onde tive a oportunidade de acompanhar o transporte.

O segundo parto gemelar que assisti foi de uma gravidez pré-termo, ambos os gêmeos cefálicos. Houve a oportunidade de observar os cuidados imediatos aos RN pré-termo com as colegas especialistas de saúde infantil e pediatria e neonatologistas.

O serviço de bloco de partos é dotado de condições que garantem a segurança do utente e a qualidade da prestação dos cuidados, pois a sua infra-estrutura permite que haja a possibilidade da colocação de dois reanimadores neonatais na sala de partos a ser utilizada. Estando dotado também de reanimador neonatais para transferência para a unidade de neonatologia, que se localizada imediatamente ao lado do serviço de bloco de partos.

Em termos de dotação de EESMO's e para o número médio/ano de partos realizados, o serviço em questão beneficiaria de um maior número de especialistas e de, pelo menos, dois especialistas afetos à área de urgência/admissão.

A oportunidade de privar com especialistas que pautam os seus cuidados por serem o mais centrados na mulher/casal, de forma empática e pouco intervencionista permitiu-me adquirir conhecimentos e técnicas que promovem a autonomia da mulher/casal e a realização de intervenções em estreita colaboração com as mulheres.

Apesar da possibilidade de alternância de decúbitos e do uso de posições verticalizadas durante o trabalho de parto, durante o segundo estadio do trabalho de parto, o momento expulsivo foi sempre realizado em posição de supina/litotomia ou ginecológica.

Apesar da abertura dos profissionais de saúde e do reconhecimento da evidência que o uso das posições verticalizadas possuem, não foi possível observar a abertura do mesmo por parte da equipa multidisciplinar.

Deste modo, e como a assistência ao parto fisiológico e de baixo risco é de competência da EESMO, serviu de base para o questionamento e início da formulação da questão de investigação usada para a revisão sistemática da literatura realizada.

Considero, assim, que a partilha de experiências e saberes origina um crescimento e evolução na nossa prática de enfermagem, valorizando-a.

## 5. Estudo de Investigação – Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estadio de trabalho de parto

Com o cada vez mais emergente questionamento acerca do posicionamento da parturiente durante o trabalho de parto e parto e com o uso regular da posição de litotomia/ginecológica durante o trabalho de parto e parto, por parte dos profissionais de saúde, surgiu então o início da linha orientadora deste estudo de investigação.

Primeiramente enquanto mulher e secundariamente como profissional de saúde que presa a busca do conhecimento e a prática da enfermagem baseada na evidência de forma a proporcionar cuidados de excelência às mulheres e de forma holística e cuidada, também surgiu o questionamento pessoal e profissional acerca deste tema e ao facto da posição ginecológica ser a posição vulgarmente adotada para o segundo estadio do trabalho de parto no panorama nacional, sendo que o conhecimento enquanto profissional de saúde num outro sistema de saúde possibilitou o confronto com outro tipo de realidades adotadas.

Com o objetivo de melhor entender quais são as posições que melhor beneficiam a mulher parturiente no seu processo de trabalho de parto, e, mais importante, de parto e qual o suporte da evidência científica para a mudança e adoção dessas práticas, surge a seguinte revisão sistemática da literatura.

Desde antigos estudos antropológicos às figuras egípcias pré-históricas é notável que a presença feminina junto da mulher em trabalho de parto e parto, prestando assistência ao nascimento era a regra e não a exceção (Drife, J., 2002).

No entanto os casos de complicações durante o nascimento e a mortalidade materna e fetal criaram a necessidade de intervenção, o que tornou possível aos cirurgiões passarem a ter um papel preponderante na assistência obstétrica, que era antes apenas realizado por parteiras (Dundes, L., 1987).

De acordo com Drife (2002) foi por volta do século XVII que a assistência aos partos começou a ganhar uma predominância masculina em países como a França, isto devido ao início da instrumentalização do parto. Sendo que

obstetrícia terá sido reconhecida como disciplina académica por influência de William Smellie no século XVIII, no Reino Unido.

A mudança para uma posição mais horizontalizada e o uso da cama, pensa-se que terá ocorrido por volta do ano de 1600, em França, por François Mauriceau. Este cirurgião advogava o uso de uma posição mais horizontal com a elevação da cabeça, com o objetivo de haver uma maior facilidade de intervenção devido à exposição do períneo (Reid, A. J. & Harris, N. L., 1988).

Contudo, ao longo dos tempos, o questionamento da evidência por detrás da adoção da posição de supina ou litotomia tem suscitado interesse.

Desta forma, Dundes (1987) refere no seu artigo que o uso da posição de litotomia não é baseada na evidência, mas sim, terá sido uma alteração às posições primitivas de parto adotadas pelas mulheres, com o intuito de diminuir as dificuldades de assistência com uma melhor visualização do períneo.

Segundo Reid e Harris (1988), no seu trabalho também referem não ter encontrado justificativa baseada na evidência para a adoção generalizada da posição de supina como posição preferível, para além da conveniência do profissional de saúde que presta assistência ao parto.

Conforme Russel (1969) descreve no seu trabalho de radiografia verificou como a pelve materna se comportava em diferentes posições. Ele avaliou a diferença entre as dimensões da pelve materna em posição de supina e posição sentada e verificou o aumento do diâmetro bi-isquiático de 47 dos seus pacientes em 0.9 mm, sendo o desvio padrão de 1,2mm.

Torna-se, então, importante que seja definida a diferença entre posições verticalizadas e horizontais. Assim, posições verticalizadas definem-se como: a posição de cócoras, ajoelhada, de pé, sentada e de gatas ou 4 apoios. Estas posições favorecem uma angulatura superior a 45 graus entre o tronco e os membros inferiores.

As posições horizontais são habitualmente designadas de supina, litotomia e semirreclinada sendo posições onde o ângulo entre os membros inferiores e o tronco seja inferior a 45 graus (Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C., 2018).

Neste trabalho foram consideradas todas as posições verticalizadas referidas, sendo que das posições horizontais, apenas nos debruçamos sobre a posição de litotomia/ginecológica.

A OMS, nas suas recomendações de cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva (2018), define o segundo estadio de trabalho de parto como aquele que vai desde a dilatação completa até ao nascimento fetal, onde existe uma vontade involuntária de puxar por parte da mulher, resultante das contrações uterinas. Este segundo estadio do trabalho de parto poderá ter uma duração variável de mulher para mulher, sendo que está descrito que se poderá prolongar até 3 horas em mulheres primíparas e de até duas horas em múltíparas. É com este conceito que foi desenvolvido a investigação.

O estudo observacional de Reynolds (1991) verificou que as mulheres que adotaram posições de pé e cócoras durante o segundo estadio do trabalho de parto consideraram estas posições como mais confortáveis, eficazes e seguras em comparação com a posição horizontalizada.

Os autores Jonge, Teunissen e Lagro-Janssen (2004) referem que a posição de supina em comparação com outras posições está associada com um aumento do número de partos instrumentalizados. Apesar da posição de supina estar relacionada com uma perda hemática inferior e uma incidência de hemorragia pós-parto inferior o número de episiotomias é superior nesta posição.

Também Walker, Kibuka, Thornton e Jones (2018) referem que, a variação de posições em mulheres durante o segundo estadio do trabalho de parto, e que tenham epidural como forma de analgesia, evitando a posição de supina resulta em mais partos normais, uma melhor experiência, sendo que não existe qualquer tipo de consequência nefasta para a mãe ou bebé quando comparadas com posições verticalizadas.

Atendendo ao estudado por Russel (1982) que evidencia e corrobora que o uso de posições primitivas de parto, como as posições verticalizadas, revela que o fémur atua como alavanca nos ossos inominados resultando num aumento dos diâmetros do canal de parto por abdução e flexão das coxas.



No seu trabalho, também Russel (1982) afirma que é indiferente se a mulher escolhe a posição de cócoras ou ajoelhada desde que a abdução das coxas esteja presente. O mesmo autor também refere que as parteiras mais experientes do Reino Unido, realizavam uma técnica durante o segundo estadio de trabalho de parto, em mulheres posicionadas de forma horizontal, onde usavam as solas dos pés como alavanca para fletir as pernas da mulher de modo a aumentar os diâmetros pélvicos.

O documento da OMS sobre as recomendações de cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto, afirma que a mulher em trabalho de parto e sem analgesia epidural poderá escolher a posição de parto de sua escolha, incluindo as posições verticalizadas. De igual modo, as mulheres no segundo estadio de trabalho de parto e com analgesia epidural também têm liberdade de escolher a posição de parto e optar por posições verticalizadas, tendo, contudo, em linha de conta, o tipo de bloqueio neuro motor provocado pela analgesia (OMS, 2018).

Ao longo da realização do estágio de saúde materna e obstétrica I e no atual decurso do estágio de saúde materna e obstétrica II não tendo verificado nenhuma prática de período expulsivo que não na posição de litotomia e atendendo às atuais recomendações da OMS e dos benefícios já conhecidos da adoção de outras posições que não a de litotomia nasceu a vontade de reunir informação através de uma revisão da literatura para conhecer quais os benefícios das diferentes posições que poderão ser adotadas pelas mulheres durante o período expulsivo também denominado de segundo estadio do trabalho de parto.

Assim, este trabalho trará mais-valias: empoderamento dos profissionais de saúde com os conhecimentos atuais sobre práticas baseadas na evidência e quais os benefícios das posições verticalizadas; e suporte científico para a realização de sessões de preparação para o parto e parentalidade, onde a transmissão de conhecimentos sobre os benefícios das posições atuará como empoderamento, aumentando assim a literacia em saúde das mulheres e casais grávidos.

Deste modo, o objetivo geral do presente estudo será identificar os benefícios das posições verticalizadas da mulher no segundo estadio do trabalho de parto, em comparação com a posição de litotomia/ginecológica.

## 5.1. Metodologia

### 5.1.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo a ser adotado para este trabalho de investigação será uma revisão sistemática da literatura (RSL).

Os autores Siddaway, Wood e Hedges (2019) consideram o potencial das RSL como uma investigação que tem o potencial de desenhar uma conclusão ou resposta a uma questão de estudo explicando o como e porquê dos estudos existentes já realizados e como é que estas conclusões poderão influenciar a prática clinica ou servir de alavanca a outro tipo de estudos. Assim, e apesar de uma RSL ser resultado de uma pesquisa teórica, esta poderá dar origem a novos conceitos.

As RSL, apesar de sere um estudo secundário *per se* também pode ser considerada como um tipo de investigação particular que possibilita providenciar uma síntese extensa que permita a construção de conclusões amplas e robustas (Siddaway, Wood & Hedges, 2019; Galvão & Pereira, 2014).

Assim, a RSL deverá obedecer a critérios rigorosos metodológicos para que a investigação daí resultante produza uma síntese e conclusão das melhores práticas baseadas na mais recente evidência científica produzida.

Donato e Donato (2019) e Galvão e Pereira (2014) fazem referências às seguintes etapas para a construção de uma RSL, sendo elas:

- a. Formulação da questão de investigação
- b. Definição critérios de inclusão e exclusão
- c. Pesquisa da literatura
- d. Seleção de artigos
- e. Avaliação da qualidade dos estudos
- f. Extração de dados
- g. Síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência

## h. Redação e publicação dos resultados

### 5.1.2. Formulação da questão de investigação

A evidência científica publicada recentemente acerca das diferentes posições adotadas pela mulher grávida durante o trabalho de parto, nomeadamente durante o segundo estadio do trabalho de parto, tem sido diversa.

Esta evidência suscitou curiosidade e tendo em linha de conta o que ainda é a prática clinica das EESMO em muitas unidades de bloco de partos, esta questão foi suscitando interesse para que fosse possível responder com a melhor e mais atual evidência científica.

A pertinência de quais os benefícios das diferentes posições durante o segundo estadio de trabalho de parto, foi o ponto de partida para a presente investigação.

Deste modo, para a formulação da questão de investigação foi usada a estratégia População, Intervenção, Comparação e *Outcome* (PICO) sendo que o acrónimo significa (Donato e Donato, 2019)

- a. P de população a ser estudada
- b. I de intervenção
- c. C de comparação
- d. O de resultado ou *outcome*

Tabela 1 – Componentes da estratégia PICO para a RSL de acordo com Donato e Donato (2019)

P	População	Mulheres no segundo estadio do trabalho de parto
I	Intervenção	Posições verticalizadas da mulher em trabalho de parto
C	Comparação	Posição litotomia/ginecológica da mulher em trabalho de parto
O	Resultado/ <i>Outcome</i>	Benefícios das posições verticalizadas da mulher em trabalho de parto

Assim, para a RSL a pergunta de investigação será: **quais os benefícios das posições verticalizadas da mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto, em comparação com a posição de litotomia/ginecológica?**

Definimos assim, como objetivo geral do presente estudo, identificar os benefícios das posições verticalizadas da mulher no segundo estadio do trabalho de parto, em comparação com a posição de litotomia/ginecológica.

### 5.1.3. Critérios de inclusão e exclusão

O ato de formular critérios de inclusão e exclusão antes da pesquisa da literatura permite ao investigador não ficar enviesado por estudos publicados. Deste modo, estes critérios devem ser definidos tendo por base a pergunta de investigação criada (Siddaway, Wood & Hedges 2019)

#### **Critérios de inclusão:**

- Artigos no idioma inglês, português e espanhol
- Artigos disponíveis com o texto integral e de livre acesso
- Artigos publicados a partir do ano 2000, inclusive
- Artigos em que a amostra do estudo incluía parturientes no segundo estadio do trabalho de parto
- Artigos em que o estudo abranja as posições verticalizadas e de litotomia/ginecológica

- Estudos de elevada qualidade metodológica que incluam níveis de evidência entre I e II.

**Crítérios de exclusão:**

- Estudos de experimentação em animais
- Revisões sistemáticas da literatura
- Artigos que não façam referência ao estadio do trabalho de parto
- Artigos que não façam referência à posição escolhida para o segundo estadio do trabalho de parto

5.1.4. Procedimentos e métodos na recolha de dados

De acordo com as melhores práticas na condução de uma RSL esta deve ser realizada por dois investigadores de forma independente usando as palavras-chave definidas (Siddaway, Wood & Hedges (2019) e Tulder, Furlan & Bombardier (2003)).

Deste modo, as palavras-chave definidas tendo em conta a pergunta de investigação foram: parto (*parturition*), segundo estadio do trabalho de parto (*labor/labour stage, second*), postura (*posture*).

A pesquisa realizou-se através do uso de operadores booleanos “OR” e “AND” perfazendo a: “labor stage, second” OR “labour stage, second” AND “parturition” AND “posture”.

A pesquisa foi realizada na plataforma B-On onde estão integradas um conjunto de base de dados como: a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Korean Journal Database (KCI), Derwent innovations índice e Current Contents Connect. A colheita de dados decorreu entre 1 de julho e 30 agosto de 2021.

A seleção de artigos foi efetuada primeiramente por uma leitura do título bem como o tema dos artigos.

A segunda seleção de artigos foi baseada nos critérios de inclusão e exclusão anteriormente estabelecidos.

Emergiram então 270 artigos compreendidos entre o ano 2000 e 2021 inclusive, sendo que 227 artigos foram excluídos pela leitura do título, por esta não

corresponder aos critérios de inclusão; 5 artigos foram excluídos por se encontrarem repetidos e 1 foi excluído por o texto integral se apresentar em iraniano.

Após a leitura do resumo foram excluídos 7 artigos por serem artigos de opinião e 11 por não corresponderem aos critérios de inclusão para a questão de estudo em causa e 1 por não apresentar o texto integral completo.

Após a leitura do texto integral foram excluídos 6 estudos foram excluídos segundo os critérios de exclusão.

Assim, para a análise final ficaram 12 artigos.

Para um melhor entendimento do processo de seleção, em seguida é apresentado um fluxograma das etapas do processo.

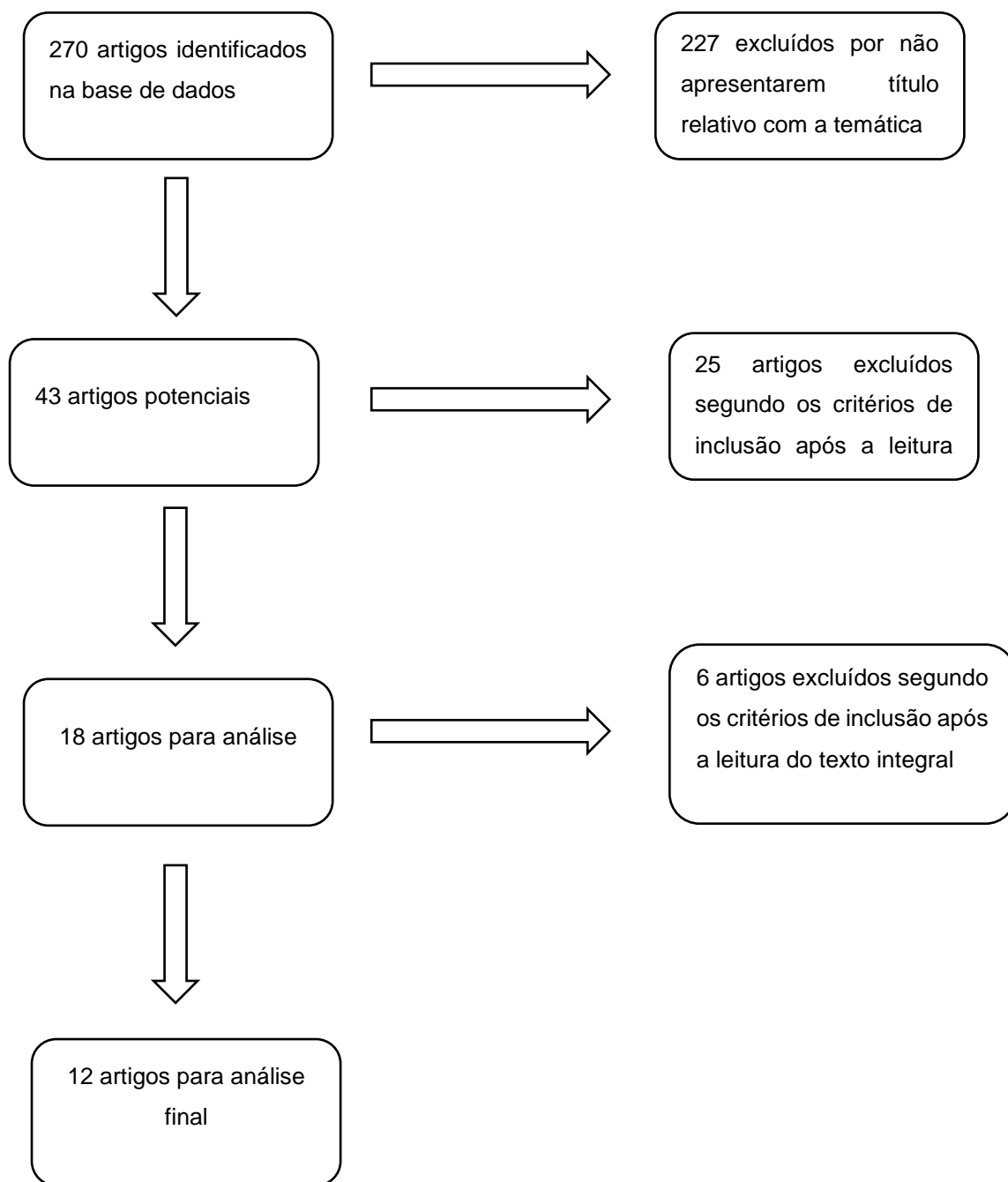


Figura 2 – Processo de seleção de artigos

## 5.2. Avaliação, extração e síntese dos dados

O procedimento de realização de análise crítica, extração e síntese dos dados dos artigos, foi realizada por dois revisores independentes. Em caso de discordância entre os revisores relativamente à inclusão de artigos, procedeu-se à discussão dos mesmos até ser formulado um consenso, não tendo sido necessária a consulta a um terceiro revisor.

Para que a interpretação de dados fosse realizada de forma mais sucinta e homogênea, procedeu-se à construção de tabelas, com a informação resultante dos vários artigos, sendo que estas foram construídas para inclusão dos seguintes tópicos: título, autores, ano, amostra, metodologia, intervenções, principais resultados e conclusões, implicações práticas e nível de evidência.

Deste modo, elaborou-se uma tabela com o objetivo de ordenar numericamente dos artigos selecionados com vista a facilitar a sua referência.



Tabela 2 – Estudos incluídos na RSL

Nº	Ano de publicação	Autores	Título
1	2003	Bodner-Adler et al.	Women’s position during labour: influence on maternal and neonatal outcome
2	2005	Roberts, C.L; Algerts, C.S.; Cameron, C.A.; Torvaldsen. S.	A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia
3	2013	Aguilar, O. C.; Romero, A. L. F.; Garcia, V. E. M	Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical vs supina
4	2015	Vasco, M. S. & Poveda, C. B	Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales
5	2017	Brocklehurst, P	Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with a low dose of epidural analgesia: BUMPES randomised controlled trial
6	2017	Simarro, et al.	A prospective randomized trial of postural changes vs passive supine lying during the second stage of labor under epidural analgesia
7	2018	Peppe et al.	Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labour
8	2018	Deliktas, A. & Kukulu, K	A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the stage of labour, without routine epidural analgesia
9	2019	Berta et al.	Effect of maternal birth positions on duration second stage of labor: systematic review and meta-analysis
10	2020	Zang et al.	Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis

11	2020	Zang et al.	Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: a meta-analysis
12	2021	Shedmake, P.V. & Wakode, S.R	A Hospital-based randomized control trial – comparing the outcome of normal delivery between squatting and lying down positions during labour

Para uma apresentação mais sucinta dos resultados dos estudos selecionados, os mesmos serão apresentados sumariamente nos seguintes quadros:

Quadro 3 – Evidência relativa ao estudo Bodner-Adler et al. (2003)

<p><b>1 - Bodner-Adler, B., et al. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. The middle european journal of medicine. 115 (19-20), pp. 720 - 723</b></p>	
Objetivo	Comparar os resultados maternos, perineais e neonatais de posições verticalizadas e de litotomia em maternidade com mulheres de baixo risco.
Metodologia	Estudo de caso-controlo retrospectivo realizado no departamento de ginecologia e obstetrícia do hospital universitário de Viena durante 1997 e 2002, com uma amostra de 614 mulheres: 307 alocadas a posições verticalizadas e 307 controlos com utilização de posição de litotomia.
Resultados	<p>Uso de analgesia teve diferença estatisticamente significativa nas mulheres em posição verticalizada comparativamente à posição de litotomia – 31/307 vs 64/307 com <math>p=0,0001</math>.</p> <p>Uso de ocitocina também apresentou diferença estatisticamente significativa nas mulheres em posição verticalizada 32/307 comparando com o controlo 64/307 para um <math>p= 0,0001</math>.</p> <p>A realização de episiotomia foi também o item que demonstrou ter diferença estatisticamente significativa 14/307 para posição verticalizada comparativamente com 57/307 para o controlo com <math>p=0,0001</math>.</p>
Conclusões	Neste estudo pode-se verificar que os benefícios do uso da posição verticalizada prendem-se com a diminuição do uso da analgesia, uso da ocitocina e frequência da realização de episiotomia. Contrariamente a adoção destas posições está associado a um aumento do trauma perineal.
Nível de Evidência	Nível 1 – caso controlo

Quadro 4 – Evidência relativa ao estudo de Roberts, Algerts, Cameron e Torvaldsen (2005)

<p><b>2 - Roberts, C.L; Algerts, C.S.; Cameron, C.A.; Torvaldsen. S. (2005). <i>A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia</i>. Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica, 74, pp. 794 - 798</b></p>	
Objetivo	Determinar a eficácia que a adoção de posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto tem na prevenção de partos instrumentalizados em mulheres que escolhem analgesia epidural
Metodologia	Meta-análise de 2 estudos randomizados, onde foram usados os seguintes termos para pesquisa: “epidural”, “obstetric analgesia”, “labor (or labour)”, “ upright”, “walk”, “ambulate”, “squat”, “stand”, “chair” e “stool”, até julho de 2013 usando a MEDLINE, EMBASE e CINAHL como motores de busca. O total da amostra dos estudos perfaz um total de 291 mulheres.
Resultados	<p>Redução significativa da duração mediana do segundo estadio do trabalho de parto: 109 min em posição verticalizada e 133 min em posição litotomia com <math>p=0,02</math>.</p> <p>Redução significativa da média total do trabalho de parto: <math>173 \pm 110</math> min em posição verticalizada e <math>236 \pm 131</math> min em posição de litotomia com <math>p=0,001</math></p>
Conclusões	Os resultados desta meta-análise relativamente ao uso de posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto em mulheres com analgesia epidural foram inconclusivos, mas encorajadores para justificar a realização de um estudo para determinação dos benefícios das posições verticalizadas.
Nível de Evidência	Nível 1 – meta-análise

Quadro 5 – Quadro relativo ao estudo de Aguilar, Romero e Garcia (2013)

<p><b>3 - Aguilar, O. C.; Romero, A. L. F.; Garcia, V. E. M. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical vs supina. Ginecología y obstetricia de México, 81 (1), pp. 1 -10</b></p>	
Objetivo	<p>Avaliar se o uso de posições verticalizadas no parto no parto diminui: a hemorragia pos-parto, as lacerações de segundo grau e a intensidade da dor, si diminui o tempo de período expulsivo e se melhora a satisfação da utente em comparação com o uso de posição de litotomia no parto.</p>
Metodologia	<p>Estudo de coorte com intervenção, descritivo e analítico, realizado desde março de 2011 até abril de 2012, num hospital estatal.</p> <p>Incluídas 164 utentes, sendo a sua distribuição realizada de forma aleatória por programa informático, ficando alocadas 82 à posição vertical (grupo I) e 82 à posição supina (grupo II), sendo que durante o estudo este numero ficou de 77 utentes no grupo I e 78 no grupo II.</p>
Resultados	<p>Duração do tempo do segundo estadio do trabalho de parto foi de <math>26,36 \pm 12,45</math> min no Grupo I e de <math>35,03 \pm 22</math> min no Grupo II com um <math>p = 0,003</math>, considerando-se a diferença estatisticamente significativa.</p> <p>As lacerações vaginais representara um fator de risco para o grupo I com um RR de 2,6 e um intervalo de confiança (IC) de 1,36 – 5,08.</p>
Conclusões	<p>Foi possível concluir que o uso de posições verticalizadas está associado a um menor segundo estadio do trabalho de parto e inversamente associado a maior risco de lacerações vaginais.</p>
Nível de Evidência	<p>Nível 1 – estudo de coorte com intervenção</p>

Quadro 6 – Quadro relativo ao estudo de Vasco e Poveda (2015)

<p><b>4 - Vasco, M. S. &amp; Poveda, C. B. (2015). Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. Matronas profesión, 16 (3), pp. 90-95.</b></p>	
Objetivo	Determinar a evidência dos efeitos preventivos das distintas posições maternas durante o período expulsivo para reduzir a incidência de lesões do períneo e a sua morbilidade associada.
Metodologia	Meta-análise realizada segundo o protocolo da Cochrane com a inclusão de 17 estudos, num total de 5396 mulheres, durante o período de 3 de fevereiro de 2012 e 2 de outubro de 2014.
Resultados	Posturas verticalizadas diminuem de forma significativa a taxa de episiotomia em mulheres nulíparas e múltiparas, independentemente da paridade (RR = 0,69, IC 0,60 – 0,79).
Conclusões	Este estudo conclui a importância do uso de posturas verticalizadas para a redução da taxa de episiotomias salientando a importância da adoção de medidas preventivas para as lacerações perineais.
Nível de Evidência	Nível 1 – meta-análise

Quadro 7 – Quadro relativo ao estudo de Brocklehurst (2017)

<p><b>5 - Brocklehurst, P. (2017). Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with a low dose of epidural analgesia: BUMPES randomised controlled trial. British Medical Journal, 359</b></p>	
Objetivo	Determinar se a adoção de posturas verticalizadas no segundo estadio do trabalho de parto, em mulheres nulíparas e com baixa dose de analgesia epidural aumenta a probabilidade de parto vaginal espontâneo comparado com a posição litotomia.
Metodologia	Estudo randomizado controlado, realizado durante 4 de outubro de 2010 a 31 de janeiro de 2014, incluindo 41 hospitais do Reino Unido, com uma amostra de 3093 nulíparas e maiores de 16 anos, sendo que 1556 foram alocadas ao grupo verticalizado e 1537 foram alocadas ao grupo de litotomia
Resultados	Diferença estatisticamente significativa na incidência de parto vaginal espontâneo entre o grupo de posição verticalizada com 35,2% e 41,1% no grupo de litotomia com um RR de 0,86 e IC entre 0,78 – 0,94.  A duração da fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto teve diferença estatisticamente significativa (nível 1%) com duração inferior no grupo de litotomia com 99% IC entre 0 – 13.
Conclusões	Este estudo determina que a utilização da postura de litotomia em mulheres nulíparas e com analgesia epidural de baixas doses poderá significar num maior número de partos vaginais.
Nível de Evidência	Nível 1 – estudo randomizado controlado

Quadro 8 – Quadro relativo ao estudo Simarro et al (2017)

<p><b>6 - Simarro, M. [et al]. (2017). A prospective randomized trial of postural changes vs passive supine lying during the second stage of labor under epidural analgesia. Medical Science, 5, pp. 1 – 5</b></p>	
Objetivo	Avaliar se a intervenção de uma equipa multidisciplinar, com inclusão de fisioterapeuta durante o segundo estadio do trabalho de parto melhora os resultados obstétricos em parturientes com analgesia epidural.
Metodologia	Estudo randomizado prospetivo, realizado durante 17 meses (1 agosto 2010 a 31 dezembro 2011), num hospital privado de Madrid. Participaram 150 mulheres que foram distribuídas de forma randomizada ou ao grupo experimental (utentes encorajadas a realizar mudanças posturais durante o segundo estadio do trabalho de parto) ou ao grupo controlo (onde o segundo estadio do trabalho de parto decorreu na posição de litotomia/supina).
Resultados	<p>O grupo experimental teve maior numero de partos eutócicos (<math>p=0,005</math>) e menor numero de partos instrumentalizados (<math>p &lt; 0,05</math>) bem como cesarianas (<math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>A duração do segundo estadio do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo experimental (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>A taxa de episiotomia foi mais frequente no grupo controlo 31,2% vs 17,8%, <math>p &lt; 0,05</math>.</p> <p>Contrariamente as lacerações de grau I foram mais frequentes no grupo experimental 55,7% vs 32,9%. <math>P &lt; 0,05</math>.</p> <p>O APGAR ao primeiro minuto foi significativamente mais elevado no grupo experimental: <math>8,38\% \pm 1,08</math> vs <math>8,81 \pm 0,86</math>, <math>p &lt; 0,05</math>.</p>
Conclusões	<p>Os autores puderam concluir que a adoção de posições verticalizadas foi associada a: menor numero de partos instrumentalizados, de cesarianas, uma duração do segundo estadio do trabalho de parto menor, com menor taxa de episiotomias e um melhor resultado de APGAR ao primeiro minuto.</p> <p>Contrariamente, as mesmas são resultado de maior taxa de lacerações.</p>
Nível de Evidência	Nível 1 – estudo randomizado



Quadro 9 – Quadro relativo ao estudo de Peppe et al (2018)

<p><b>7 - Peppe, M. V. Et al. (2018). Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labour. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia, 40, pp. 379-383</b></p>	
Objetivo	Determinar a prevalência de trauma perineal e os fatores de risco associados, numa maternidade com alta incidência de posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto
Metodologia	Estudo de coorte retrospectivo, realizado numa maternidade do brasil, com a amostra de 264 parturientes, com gravidez simples.
Resultados	<p>Existe relação estatisticamente significativa relativamente à presença de trauma perineal e episiotomia em mulheres caucasianas (<math>p \leq 0,005</math>) e nulíparas (<math>p &lt; 0,005</math>).</p> <p>Mulheres caucasianas e nulíparas têm, respetivamente, 3,89 (1,52 – 2,96) e 2,89 (1,69 – 4,95) vezes mais probabilidade de apresentar trauma perineal.</p> <p>Relativamente à episiotomia existe uma maior probabilidade nas nulíparas: 4,81 (1,65 – 14,07).</p>
Conclusões	Apesar do estudo ter sido realizado num hospital com alta prevalência de posições verticalizadas,
Nível de Evidência	Nível 1 – estudo de coorte retrospectivo

Quadro 10 – Quadro relativo ao estudo de Deliktas e Kukululu (2018)

<p><b>8 - Deliktas, A. &amp; Kukululu, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the stage of labour, without routine epidural analgesia. Journal of Advance Nursing, 74, pp. 263 - 278</b></p>	
Objetivo	Determinar qual o efeito das posições verticalizadas em mulheres sem analgesia epidural de rotina durante o segundo estadio do trabalho de parto, no modo de parto e saúde perineal, comparando com a posição de litotomia
Metodologia	Pesquisa e revisão de 22 artigos utilizando a técnica de meta-análise, realizada através da pesquisa da literatura com as palavras-chave: “position and second stage of labour”, “maternal position and labour”, “ labour position and second stage”, “labour and position” e “mother position and labour”, sendo que os estudos incluíram um total de 8155 mulheres, e a pesquisa foi realizada desde 1970 até dezembro de 2015.
Resultados	<p>As posições verticalizadas tiveram significância estatística:</p> <p>Na diminuição da incidência de parto instrumentalizado com RR = 0,682, 95% IC = 0,504 – 0,924, n= 17, com distribuição heterogénea;</p> <p>Na diminuição da incidência de cesariana com RR = 0,240, 95% e IC = 0,059 – 0,984</p> <p>Na diminuição da incidência da episiotomia com RR = 0,811,95%, IC = 0,723 – 0,910, n = 13, com distribuição heterogénea;</p> <p>Na incidência da hemorragia pos-parto, com efeito negativo, sendo RR = 1,389, 95% e IC = 1,123 – 1,171, n = 12, com distribuição heterogénea.</p>
Conclusões	Esta meta-analise conclui que o uso da posição verticalizada em mulheres sem administração de analgesia epidural durante o segundo estadio do trabalho de parto teve um efeito positivo na diminuição da incidência de partos instrumentalizados, da prática de episiotomia mas que contrariamente aumenta o risco da incidência de hemorragia
Nível de Evidência	Nível 1 – meta-análise

Quadro 11 – Quadro relativo ao estudo de Berta et al (2019)

<p><b>9 - Berta, M. Et al. (2019). Effect of maternal birth positions on duration second stage of labor: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 19 (466). pp. 1 – 8</b></p>	
Objetivo	Determinar o efeito de posições maternas com o sacro flexível na duração do segundo estadio do trabalho de parto em comparação com a posição de supina.
Metodologia	<p>Revisão sistemática de 8 estudos e meta-análise de 6 deles, sendo a amostra de 1985 mulheres: 933 alocadas a posição de litotomia e 938 posições com flexibilidade de sacro.</p> <p>Os descritores usados para a pesquisa foram: “women”, “labor second stage”, “upright position”, “duration”, “supine position” e “birth”.</p>
Resultados	A adoção de posições que permitem a flexibilidade do sacro reduzem a duração do segundo estadio do trabalho de parto, tendo os estudos variado entre 3,2 – 34,38 min, sendo que a diferença da mediana com modelo fixo foi de 23,47 (95%, IC = 21,96 – 24,97) minutos e com efeito aleatório foi de 21,12 (IC = 11,839 – 30,396) minutos.
Conclusões	A adoção de posições que permitam uma maior mobilidade do sacro estão associadas a uma menor duração do segundo estadio do trabalho de parto, sendo que este deverá ser um campo de discussão entre profissionais de saúde.
Nível de Evidência	Nível 1 – meta-análise

Quadro 12 – Quadro relativo ao estudo de Zang et al (2020)

<p><b>10 - Zang Et al. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Journal of clinical nursing, 29. pp. 3154 - 3169</b></p>	
Objetivo	Avaliar os efeitos das posições com flexibilidade do sacro relativamente aos desfechos maternos e neonatais comparativamente com posições sem flexibilidade de sacro.
Metodologia	Revisão sistemática e meta-análise de 16 estudos quantitativos, perfazendo uma amostra de 3397 mulheres.
Resultados	<p>A posições que permitem flexibilidade do sacro estão associados a:</p> <p>Diminuição da taxa de partos instrumentalizados RR = 0,68, 95% IC = 0,50 – 0,91, p &lt;0,10 – após análise de subgrupo a heterogeneidade alterou para 39% - 0% sendo que existe uma diminuição da taxa de parto instrumentalizado em mulheres com analgesia epidural e mulheres nulíparas sendo RR 0,53, 95% IC = 0,40 – 0,71, p &gt; 0,10, I<sup>2</sup> = 0% e RR = 0,68, 95% IC = 0,50 – 0,92, p &lt;0,10, I<sup>2</sup> = 0%, respetivamente;</p> <p>Diminuição da taxa de cesariana: RR 0,35, 95% IC = 0,14 – 0,86, p &gt; 0,10 e I<sup>2</sup> = 0%;</p> <p>Diminuição da duração da fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto numa média de 9,95 minutos;</p> <p>Maior probabilidade de períneo íntegro ou lacerações de grau I: RR = 1,30, 95% IC = 1,07 – 1,60, p &gt;0,10, I<sup>2</sup>= 94%;</p> <p>Diminuição das lacerações de grau III e IV: RR = 0,31, 95% IC = 0,14 – 0,68, p &gt;0,10 e I<sup>2</sup>= 0%;</p> <p>Diminuição da taxa de episiotomia: RR = 0,50, 95% IC 0,33 – 0,74, p &lt;0,10, I<sup>2</sup> = 89%</p>
Conclusões	<p>As posições que permitem a flexibilidade do sacro durante o segundo estadio do trabalho de parto estão associados com a diminuição do risco de incidência de partos instrumentalizados, episiotomias, trauma perineal severo e com a diminuição do tempo do segundo estadio do trabalho de parto.</p> <p>Contudo é preciso reconhecer que o uso destas posições também está associado a uma maior incidência de trauma perineal.</p>
Nível de Evidência	Nível 1 – meta-análise.

Quadro 13 – Quadro relativo ao estudo de Zang et al (2020)

<p><b>11 - Zang. Y. Et al. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: a meta-analysis. Journal of advance nursing, 76. pp. 3293 - 3306</b></p>	
Objetivo	Avaliar os efeitos de posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto em mulheres sem analgesia epidural em comparação com o uso de posições horizontalizadas.
Metodologia	Meta-analise realizada a 12 estudos, com uma amostra de 4314 mulheres e de acordo com os critérios da Cochrane e do Preferred Reporting Items for a systematic review and meta-analysis (PRISMA) e protocolo registado no PROSPERO.
Resultados	<p>As posições verticalizadas resultaram em:</p> <p>Diminuição da taxa de partos vaginais instrumentalizados: RR= 0,74, 95% IC 0,59 – 0,93, <math>p &gt; 0,10</math> <math>I^2 = 0\%</math>;</p> <p>Diminuição da fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto sendo a mean difference (MD) = -8,16 minutos, 95% IC -16,29 - -0,02, <math>p &lt; 0,10</math> <math>I^2=78\%</math>, sendo a posição de cócoras a que se evidencia na analise por subgrupo sendo MD = -16,40 minutos, 95%, IC -29,91 - -2,88, <math>p &lt; 0,10</math> <math>I^2= 69\%</math>;</p> <p>Aumento do risco de lacerações de grau II no subgrupo de posição de cócoras e sentada sendo: RR = 1,38, 95% IC = 1,11 – 1,71, <math>p &gt; 0,10</math> e <math>I^2 =46\%</math> e RR = 1,32, 95% IC = 1,02 – 1,71. <math>p &gt; 0,10</math>, <math>I^2 = 15\%</math>, respetivamente;</p> <p>Diminuição do risco de lacerações de grau III: RR = 0,35, 95% IC 0,14 – 0,87, <math>p &gt; 0,10</math>, <math>I^2 = 0\%</math>.</p>
Conclusões	<p>Os benefícios das posições verticalizadas estão relacionadas com a diminuição do risco de partos instrumentalizados, uma menor duração do segundo estadio do trabalho de parto, nomeadamente a fase ativa do período expulsivo e menor risco de episiotomia.</p> <p>Contrariamente, os partos verticalizados aumentam o risco de lacerações do segundo grau, mas atuam como fator protetor de lacerações de terceiro grau.</p>
Nível de Evidência	Nível 1 – meta-análise.

Quadro 14 – Quadro relativo ao estudo de Shedmake e Wakode (2021)

<p><b>12 - Shedmake, P.V. &amp; Wakode, S.R. (2021). A Hospital-based randomized control trial – comparing the outcome of normal delivery between squatting and lying down positions during labour. The journal of obstetrics and gynecology of India, 71 (4), pp. 393-398</b></p>	
Objetivos	<p>Comparar resultados de partos vaginais entre a posição cócoras e a posição de litotomia/supina e avaliar os riscos e benefícios da posição de cócoras durante o segundo e terceiro estadio do trabalho de parto em comparação com a posição de litotomia/supina</p>
Metodologia	<p>Estudo controlado randomizado e prospetivo, realizado no departamento de obstetrícia e ginecologia de um centro de cuidados terciários, num período de 18 meses (1 janeiro 2018 a 30 de junho de 2019)</p> <p>Amostra de 212 mulheres em trabalho de parto</p> <p>Grupo A: 106 utentes na posição de cócoras (grupo experimental)</p> <p>Grupo B: 106 mulheres na posição de litotomia/supina (grupo controlo);</p>
Resultados	<p>Duração do segundo estadio do trabalho de parto foi menor nas nulíparas do grupo A comparado com o grupo B: 25,35 ±1,46 min vs 35,51 ± 1,08 min, p &lt;0,05.</p> <p>Duração do segundo estadio do trabalho de parto foi menor nas múltíparas do grupo A comparado com o grupo B: 25,37 ± 1,45 min vs 35,49 ± 1,07 min, p &lt;0,05.</p> <p>A perda hemática foi maior no grupo experimental relativamente ao grupo controlo: 335,89 ± 19,91 mLs vs 323,84 ± 20,98 mLs, p &lt;0,05.</p> <p>A utilização de ocitocina foi menor no grupo experimental em comparação ao grupo controlo: 39,6% vs 54,7%, p &lt;0,05.</p> <p>APGAR no 1º minuto foi inferior no grupo A comparativamente ao grupo B: 7,40 ± 0,78 vs 7,68 ± 0,58, p &lt;0,05.</p> <p>Diminuição da duração do terceiro estadio do trabalho de parto demonstrou-se inferior no grupo experimental em relação ao controlo: 12,19 ±1,23 min vs 21,98 ± 1,26 min, p &lt;0,05.</p> <p>A média do valor da escala visual analógica (EVA) foi significativamente inferior no grupo A comparativamente ao grupo B: 2,52 ± 0,86 vs 5,31 ± 2,45, p &lt;0,05.</p>
Conclusões	<p>A posição verticalizada de cócoras neste estudo demonstrou que diminui o tempo do segundo e terceiro estadio do trabalho de parto; está relacionado com menor necessidade do uso de ocitocina durante o trabalho de parto e maior satisfação materna no que refere à intensidade da dor.</p>

	Contrariamente é considerada uma posição onde a perda sanguínea foi maior e o resultado APGAR ao primeiro minuto foi inferior.
Nível de Evidência	Nível 1 – estudo controlado randomizado prospectivo

A realização deste estudo teve a inclusão de doze artigos científicos de elevada qualidade e evidência científica, sendo que 11 artigos são de nível de evidência I (91,67%) e apenas 1 é de nível de evidência II (8,33%).

Os presentes estudos foram publicados durante os anos de 2003 e 2021 e são todos referentes a estudos quantitativos, sendo que de entre os mesmos podemos destacar as meta-análises com 6 artigos seguidos dos estudos randomizados com 3 artigos, havendo também 1 estudo de caso-controle, 1 estudo de coorte com intervenção e 1 estudo de coorte retrospectivo.

Todos os presentes estudos se encontram em língua estrangeira, sendo a língua dominante a inglesa com 10 estudos e dois estudos estão em espanhol. Estes estudos foram realizados em diferentes países, sendo eles: Índia, China, Etiópia, Turquia, Brasil, Espanha, Reino Unido, México, Austrália e Áustria. Existe, desta forma, uma heterogeneidade nos artigos científicos, sendo que as investigações tanto foram realizadas em países desenvolvidos como em países em vias de desenvolvimento.

Dos 12 artigos analisados o número total de participantes foram 27564, sendo que a amostra teve uma variação entre o mínimo de 150 participantes e o máximo de 8155 participantes.

Todos os estudos incluídos para a análise fazem referência às diferenças encontradas relativamente às posições verticalizadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, comparativamente com a posição de litotomia/ginecológica e quais foram os resultados encontrados, sendo que existe uma variedade de artigos que fazem a sua análise tendo em linha de conta o uso de analgesia epidural, ainda que em baixas doses, e os que não fazem referência ao uso de analgesia, permitindo uma heterogeneidade de resultados.

Relativamente à questão de investigação inicialmente formulada, todos os estudos fazem referência de diversos benefícios para a adoção de posições verticalizadas durante o segundo estágio de trabalho de parto, comparativamente à comumente posição utilizada de litotomia/ginecológica.

Todos eles apresentaram informações relevantes para a resposta à então formulada questão de investigação e, por consequência, para a prática clínica dos EESMO.



De não menos importância, importa salientar que os estudos realizados cumpriram os critérios de ética inerente aos processos de investigação, tendo os estudos em questão tido aprovação pelas comissões de ética para realização do estudo em questão, bem como foram obtidos os consentimentos por parte dos participantes.

Serão apresentados uma breve sumarização dos benefícios encontrados relativamente à adoção das posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto, na próxima tabela.

Autores	Principais resultados obtidos
1 – Bodner-Adler et al. (2003)	Redução do uso de analgesia, de ocitocina e da taxa de episiotomia, com o uso de posições verticalizadas. Contrariamente pode ser fator de risco para trauma perineal.
2 – Roberts; Algerts; Cameron; Torvaldsen (2005)	Diminuição do tempo de duração do segundo estadio do trabalho de parto em mulheres em posições verticalizadas e com o uso de analgesia epidural.
3 – Aguilar; Romero; Garcia, (2013)	Diminuição do tempo de duração do segundo estadio do trabalho de parto nas mulheres que adotam posições verticalizadas, inversamente estas podem ser fatores de risco para traumas perineais.
4 – Vasco & Poveda (2015)	Diminuição da taxa de episiotomia em posturas verticalizadas.
5 – Brocklehurst, (2017)	A posição de litotomia/ginecológica em mulheres com baixa dose de analgesia epidural demonstraram que a fase ativa do segundo estadio de trabalho de parto foi mais curta, bem como a incidência de parto vaginal espontâneo foi maior.
6 – Simarro et al. (2017)	A posição verticalizada adotada pelo grupo experimental resultou em: maior número de partos eutócicos, menor número de partos instrumentalizados e cesarianas, uma menor duração do segundo estadio do trabalho de parto e diminuição da taxa de episiotomia. Contrariamente, as lacerações perineais sofreram um aumento nas posturas verticalizadas.
7 – Peppe et al. (2018)	O risco de trauma perineal é aumentado em mulheres caucasianas e nulíparas
8 – Deliktas & Kukulcu (2018)	As posições verticalizadas favorecem a diminuição das taxas de incidência de intervenções durante o parto como é o caso da instrumentalização do parto, a taxa de episiotomia e na taxa de cesariana, contrariamente, a hemorragia poderá ser maior.

9 – Berta et al. (2019)	As posições verticalizadas têm um efeito positivo na diminuição do tempo de duração do segundo estadio do trabalho de parto, encurtando o mesmo.
10 – Zang et al. (2020)	Posições que permitem a mobilidade da sacro são benéficas no que toca à diminuição dos partos instrumentalizados, à taxa de cesariana, à duração da fase ativa do trabalho de parto e a uma maior probabilidade de períneo íntegro ou laceração de grau I, as taxas de lacerações de grau III e IV também se veem diminuídas tal como a taxa de realização de episiotomia.
11 – Zang et al. (2020)	A diminuição de partos instrumentalizados, encurtamento da duração da fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto e menor risco de lacerações de grau III, apesar de inversamente poder aumentar o risco de lacerações de grau II.
12 – Shedmake & Wakode (2021)	Diminuição da duração do tempo segundo estadio do trabalho de parto quer primíparas como em múltiparas, com diminuição do terceiro estadio do trabalho de parto, uma média de resultados da EVA inferiores, são estes os benefícios demonstrados pelo posicionamento em posturas verticalizadas durante o trabalho de parto. Contudo, inversamente, poderá estar associado a uma maior perda hemática no pos-parto e a um aumento das lacerações de grau II.

### 5.3. Discussão da metodologia e resultados

A escolha do uso de uma RSL como método de investigação prendeu-se com o fato de esta ser uma metodologia que permite olhar a evidência já produzida com o intuito de responder a questões de investigação formuladas pelo investigador, que geralmente surgem com o objetivo de basear a sua prática na evidência mais atual e correta. Deste modo, o uso da RSL prendeu-se com a tentativa de encontrar evidências para a questão de investigação formulada, fonte da tentativa de prestar os melhores e mais atuais cuidados na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Através da obtenção de resultados que respondam à pergunta de investigação, a RSL torna-se uma ferramenta importante para a prática de enfermagem, pois esta permite com uma maior facilidade a produção de conteúdo científico de qualidade que sustente e evidencie a prática clínica.

A heterogeneidade dos artigos permite reconhecer a importância que a questão formulada tem para a comunidade científica. Todos os artigos selecionados para esta RSL são de origem internacional e, apesar de ser uma mais-valia para a criação de suporte científico, não

Algumas das limitações encontradas aquando a realização desta RSL são que os resultados dos artigos para análise provêm de uma plataforma eletrónica de dados (B-On), sendo que o intervalo de tempo para a obtenção também foi limitado de 1 de julho e 30 agosto de 2021, tendo havido algumas restrições como o idioma, só se tendo incluindo estudos na língua inglesa, portuguesa e espanhola; a pesquisa também foi baseada tendo como critério a disponibilidade de artigos em *full text* e gratuitos e, como já referido só foram incluídos estudos com qualidade metodológica elevada e nível de evidência entre I e II, assim, também a amostra dos estudos recolhido se torna uma limitação por esta só incluir 12 estudos.

Após a síntese dos artigos selecionados para a realização da RSL procedeu-se à sua interpretação, análise e discussão dos dados resultantes dos mesmos, por forma a dar resposta à questão de investigação formulada: **quais os benefícios das posições verticalizadas da mulher durante o segundo estadio do**

## **trabalho de parto, em comparação com a posição de litotomia/ginecológica?**

Tendo em conta a questão de investigação, todos os estudos, de acordo com a sua metodologia compararam o uso de posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto com o uso da posição de litotomia/ginecológica, que foi definida, na sua maioria, como o grupo de controlo, sendo a adoção da postura verticalizada considerada como o grupo experimental.

O E1, faz referência ao uso de analgesia como uma das variáveis em estudo e demonstrou uma diminuição estatisticamente significativa do uso de analgesia em mulheres que adotaram posições verticalizadas, 31/307 vs 64/307,  $p = 0,0001$ . Este estudo não faz referência ao tipo de analgesia utilizada.

O estudo de coorte observacional de Gizo et al (2014) também demonstra uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao uso da analgesia das mulheres que foram alocadas ao grupo das posições verticalizadas comparativamente ao grupo de mulheres em posições de litotomia/ginecológica (9,6% vs 34,8%,  $p < 0,0001$ )

Dos presentes estudos, 4 fazem referência à analgesia epidural como método de alívio da dor durante o trabalho de parto, fazendo parte, de forma direta das variáveis em estudo, em ambas as posições adotadas (E2, E5, E6 e E10).

Relativamente ao E2 os resultados principais do uso da epidural durante o segundo estadio do trabalho de parto demonstrou uma redução significativa na mediana do tempo do segundo estadio do trabalho de parto: 109 min para posição verticalizada e 133 min para posição litotomia, com  $p = 0,02$ ; bem como uma redução significativa da média total da duração do segundo estadio de trabalho de parto de  $173 \pm 110$  min em posição vertical e  $236 \pm 131$  min na posição de litotomia, com  $p = 0,001$ .

O E6 reportou maiores partos eutócicos 50,6% no grupo controlo (posição de litotomia) e 74% no grupo experimental (posição verticalizada),  $p = 0,005$ ; menos partos instrumentalizados: 39% grupo controlo e 24% grupo experimental,  $p < 0,05$  e menor número de cesarianas: 10,4% no grupo controlo e 1,4% no grupo experimental,  $p < 0,05$ .

O E10, na sua meta-análise conclui que as posições onde são permitidas mobilidade do sacro reduzem a taxa de partos intervencionados, RR 0,68, IC 0,50 – 0,91,  $p < 0,10$ . Quando esta análise é realizada por subgrupos aumenta significativamente em mulheres com analgesia epidural sendo RR 0,53, IC 0,40 – 0,71,  $p > 0,10$ .

Relativamente aos partos instrumentalizados, o E10, a taxa de incidência de cesariana diminui em posições onde são permitidas as posições com mobilidade da sacro, RR 0,35, IC 0,14 – 0,86,  $p > 0,10$ .

Também no E10 a duração da fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto foi significativamente menor, MD = -9,95 min, IC -15,85 - -4,05,  $p < 0,10$ .

No que toca a trauma perineal, o E10 afirma que as posições que favorecem a mobilidade do sacro têm uma maior probabilidade de apresentar períneos íntegros ou lacerações do primeiro grau, RR 1,30, IC 1,07 – 1,60,  $p < 0,10$ . Também é verdade segundo este estudo que as mesmas posições diminuem a taxa de lacerações de grau III e IV (RR = 0,31, IC 0,14 – 0,68) e a taxa de episiotomias (RR = 0,50. IC 0,33 – 0,74).

Contrariamente o E5 apresenta resultados distintos. Neste estudo realizado no Reino Unido, as posições verticalizadas foram associadas ao uso da analgesia epidural em baixas doses, e desse estudo emergiram os seguintes resultados: a incidência de parto vaginal foi de 35,2% no grupo de mulheres em posição verticalizada e 41,1% em mulheres em posição de litotomia com o RR de 0,86 e IC 0,78 – 0,94. Também este estudo afirma que a duração do tempo do segundo estadio do trabalho de parto é menor em mulheres em posição de litotomia, com uma mediana de 7 minutos e com IC 0 – 13.

O estudo randomizado de Plaat e Shennan (2002), analisou as diferenças do uso da analgesia epidural durante o segundo estadio do trabalho de parto, quer em mulheres alocadas à posição de litotomia, quer em relação a mulheres alocadas ao grupo verticalizado e conclui que as posições verticalizadas apresentam uma diminuição do tempo do segundo estadio 109 vs 133,  $p = 0.019$ .

Não foram encontrados outros estudos que corroborassem os resultados do E5.

Os restantes estudos (E3, E4, E7, E8, E9, E11 e E12) estudaram os diversos resultados do uso da posição verticalizada em termos de resultados perineais, maternos e perinatais.

O E3 obteve uma diferença significativa no que toca à duração do segundo período do trabalho de parto em 10 minutos ( $p < 0,05$ ), contudo obteve maior número de lacerações do períneo apresentando um RR 1,4 com IC 1,1 – 3,2.

A meta-análise do E4 observou que as posições verticalizadas comparadas com as posições de litotomia, independentemente da paridade da mulher são um fator protetor no que toca à incidência de episiotomias, com RR 0,69 e IC 0,60 – 0,79. Contrariamente as posições verticalizadas têm um maior risco de ocorrer lacerações labiais RR 1,51 e IC 1,10 – 2,07, no entanto, a taxa de períneos íntegros foi maior nas mulheres que adotaram a posição de cócoras RR 0,44 e IC 0,23 – 0,83. Apesar de o decúbito lateral neste estudo apresentar uma diminuição nas episiotomias RR 0,35 com IC 0,17 – 0,35, têm um maior risco de apresentar lacerações labiais RR 2,43, IC 1,18 – 5,01; lacerações de grau I RR 2,15, IC 1,15 – 4,11 e lacerações que necessitam sutura RR 2,07, IC 1,08 – 3,97.

O estudo retrospectivo de coorte do E7 demonstrou que existe uma associação estatisticamente significativa entre mulheres com menos de 25 anos ( $p = 0,019$ ), de raça branca ( $p \leq 0,05$ ) e nulíparas ( $p < 0,005$ ) e a incidência de episiotomia e trauma perineal. Este estudo também demonstra que a nulíparidade é um fator de risco para a incidência de episiotomia RR 4,81,  $p = 0,0041$  e para o trauma perineal RR 2,89,  $p = 0,0001$ .

O E8, na sua meta-análise conclui que existe uma diferença significativa do efeito do uso da posição verticalizada com a incidência de parto instrumentalizado RR 0,68, IC 0,50 – 0,92, ou seja, o uso da posição verticalizada diminui a sua incidência. Do mesmo modo a incidência da episiotomia é diminuída RR 0,81, IC 0,72 – 0,91. Contrariamente, este estudo demonstra que o uso da posição verticalizada pode estar associado a uma maior perda sanguínea, RR 1,39, IC 1,12 – 1,72.

No E9 os resultados obtidos também demonstram uma diminuição da duração do segundo estadió do trabalho de parto em cerca de 21,12 minutos (IC 11,84 – 30,40).

O E11, na sua meta-análise concluiu que as posições verticalizadas reduziram significativamente a taxa de partos instrumentalizados, RR = 0,74, IC 0,59 – 0,93,  $p > 0,10$ ; a duração da fase ativa do segundo estágio do trabalho de parto também teve um decréscimo no tempo, apresentando MD = +8,16, IC -16,29 - - 0,02,  $p < 0,10$ .

Analisando os resultados perineais, o E11 também afirma que as posições verticalizadas poderão ser um fator de risco para as lacerações de grau II, RR = 1,38, IC 1,11 – 1,72. Contudo, estas mesmas posições apresentaram ser um fator protetor no que concerne a lacerações de grau III e IV, RR = 0,35, IC 0,14 – 0,87,  $p > 0,10$ .

No E12, também se observou uma diminuição significativa do tempo de duração do segundo estágio do trabalho de parto em multigestas (MD = 25,37 ± 1,46 minutos vs 35,51 ± 1,08 minutos,  $p < 0,05$ ) e em primíparas (MD = 25,37 ± 1,45 minutos vs 35,49 ± 1,07 minutos,  $p < 0,05$ ).

Inversamente, as perdas hemáticas foram significativamente mais elevadas no grupo verticalizado comparativamente com o grupo controlo (MD = 335,89 ± 9,91 mililitros vs 323,84 ± 20,98,  $p < 0,05$ ), o uso de ocitocina foi maior no grupo controlo (39,6% vs 54,7%,  $p < 0,05$ ) e o APGAR ao primeiro minutos também se revelou ser mais baixo (MD = 7,40 ± 0,54 vs 8,92 ± 0,84,  $p < 0,05$ ).

Este estudo também avaliou a dor segundo a EVA e obteve os seguintes resultados: no segundo estágio do trabalho de parto, durante a fase ativa a média foi menor no grupo que utilizou as posições verticalizadas MD = 6,16 ± 1,37 vs 7,54 ± 1,65,  $p < 0,05$ .

O estudo realizado por Lin, Gau, Kao e Lee (2018), onde avaliou as experiências e resultados de parto no uso de 3 posturas durante o segundo estágio do trabalho de parto, também pode concluir que a posição de cócoras assistida por uma plataforma de suporte, reduziu o tempo do segundo estágio do trabalho de parto, diminuiu a dor experienciada pela mulher e que permitiu que esta tivesse uma melhor experiência de parto.

Para Jonge, Teunissen e Lagro-Janssen (2004), o uso de posições verticalizadas também foi sinónimo de menor número de partos instrumentalizados, sendo que a taxa de episiotomias foi maior nos partos de



litotomia e a associação de episiotomia e de lacerações de grau II também foi maior em partos em posição de litotomia.

O estudo de Walker et al (2012) avaliou quais os efeitos do modelo alternativo de parto com a incidência de partos vaginais assistidos e de trauma perineal, onde o modelo alternativo de parto prevê alternância de decúbitos ao longo do trabalho de parto e adoção de posições verticalizadas durante o segundo estadio de trabalho de parto, conclui que este modelo alternativo de parto comparativamente com o modelo tradicional de parto teve uma redução de partos vaginais assistidos 19.8% vs 42.1%,  $p < 0.001$ .

Os autores puderam observar que o modelo tradicional de parto está fortemente associado a partos assistidos (OR = 4.49;  $p < 0.05$ ), à nuliparidade das gestantes (OR = 5.52;  $p < 0.005$ ) e ao não encaixamento do polo fetal aquando da dilatação completa (OR = 5.35;  $p < 0.05$ ).

Contrariamente aos resultados dos estudos analisados, o estudo de Walker et al (2012) concluiu que o modelo alternativo de parto teve um aumento de taxa de períneo íntegro comparado com o modelo tradicional (40.3% vs 12.2%,  $p < 0.001$ ).

Quando à taxa de episiotomia, o estudo de Walker et al (2012) segue as linhas que o modelo alternativo favorece a redução da taxa comparativamente ao modelo tradicional (21.0% vs 51.4%,  $p < 0.001$ ).

A revisão da Cochrane realizada por Gupta, Sood, Hofmeyr e Vogel (2017) conclui que o uso de posições verticalizadas durante o segundo estadio de trabalho de parto, em mulheres sem analgesia epidural, podem ter diversos benefícios, como a diminuição do tempo do segundo estadio do trabalho de parto, a redução da taxa da episiotomia e partos instrumentados à custa de uma perda sanguínea mais elevada e um aumento do risco de lacerações de grau II.

#### 5.4. Conclusão

Para dar resposta ao objetivo proposto e à questão de investigação formulada foi realizado, tal como referido inicialmente, a revisão sistemática da literatura.

O objetivo proposto para a realização deste trabalho científico era conhecer se existiriam benefícios do uso da posição verticalizada no segundo estadio do trabalho de parto e que benefícios esses.

A revisão da literatura permitiu agregar esses resultados num total de 12 artigos que responderam à pergunta de investigação de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Assim, e após esta revisão pode-se afirmar que existem benefícios relacionados com o uso da posição verticalizada em detrimento da usual posição de litotomia/ginecológica no segundo estadio do trabalho de parto, sendo eles variados e de acordo com a preferência ou não do uso da analgesia epidural.

As posições verticalizadas foram sinonimo de: diminuição da duração do segundo estadio do trabalho de parto, menor número de partos instrumentalizados, menor taxa de episiotomia, menor experiência de dor intra-parto, menor uso de ocitocina intra-parto e maior taxa de períneo íntegro.

Contudo, o posicionamento vertical também poderá ser sinónimo e fator de risco para o aumento das perdas hemáticas, ainda que num baixo valor e maior risco de lacerações de grau II, sendo um fator protetor de lacerações de grau III e IV.

Tendo em conta os resultados obtidos e as recomendações *Intrapartum care for a positive childbirth experience* (OMS, 2018) a mulher sem analgesia epidural e com analgesia epidural, deverá escolher uma posição de parto da sua escolha, inclusive, posturas verticalizadas. Sendo que o profissional de saúde deverá adotar estratégias de posicionamento que diminuam o risco de trauma perineal e de perdas hemáticas graves.

A produção deste trabalho permitiu a aquisição de competências científicas para a produção de conhecimento na área da enfermagem e, também, a aquisição de conhecimentos teóricos baseados na evidência acerca dos benefícios da adoção das posições verticalizadas aquando do segundo estadio do trabalho de parto.

Os resultados obtidos da análise dos diferentes artigos fazem referência, na sua maioria, a países europeus, sendo que não foi encontrado nenhum estudo que fosse realizado em Portugal. A grande maioria dos artigos fazem referência ao mesmo conjunto de benefícios e riscos do uso das posições verticalizadas.

É nossa pretensão que os resultados obtidos deste trabalho sejam divulgados de forma a desencadear questionamento da evidência relativamente à prática clínica e de que forma os protocolos de serviço podem ser ajustados para que a segurança do utente seja a primazia dos serviços, bem como o cuidado holístico e individualizado a cada mulher/casal na sala de partos.

Com base neste estudo as recomendações que propomos são:

- Ensino teórico e prático acerca da biomecânica da pelve materna e as suas implicações durante o trabalho de parto e parto, bem como quais as posições que favorecem a descida e encaixamento do feto na pelve materna e que potenciam as probabilidades do parto vaginal;
- Implementação nos protocolos das equipas multidisciplinares das salas de partos do sistema nacional de saúde, a adoção livre de qualquer tipo de postura durante o trabalho de parto e parto;
- Realização de um estudo acerca dos benefícios das posições verticalizadas durante o trabalho de parto e parto em detrimento da habitual posição de litotomia/ginecológica que é utilizada.
- Empoderamento e formação dos profissionais de saúde na assistência ao parto verticalizado.

## 6. Conclusão geral

O Estágio de Natureza Profissional foi o culminar de 4 semestres de ensino teórico e prático da especialidade de saúde materna e obstétrica. Uma especialidade desafiante quer no seu conteúdo curricular, quer no seu conteúdo profissional.

Fazendo uma análise retrospectiva do mestrado de saúde materna e obstétrica em geral, e deste estágio em particular, importa refletir sobre a concretização dos objetivos que foram propostos e aqueles a que nos propusemos, bem como as estratégias delineadas para a sua concretização.

É possível afirmar que o plano de estudos do mestrado do consórcio originou as oportunidades para o desenvolvimento das competências específicas do EESMO, com a sua atividade fulcral dos estágios que permitiram a mobilização e cimentação de conhecimentos ao enfermeiro especialista. Deste modo, e de acordo com os objetivos estabelecidos neste ENP, é possível afirmar que foi possível a sua concretização com sucesso.

Dos objetivos preconizados para o ENP é possível afirmar que eles foram atingidos com sucesso, através de:

- Mobilização e aplicação dos conhecimentos para planeamento, execução e avaliação daquilo que são os cuidados especializados de enfermagem em saúde materna e obstétrica;
- Interpretação da complexidade das intervenções no âmbito dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica, tendo por base a mais atual evidência científica, especificamente durante o trabalho de parto e parto;
- Integração daquilo que são os princípios ético-legais da prática de enfermagem especializada, quer relativamente aos domínios de cuidados autónomas e interdisciplinares, pautados pela humanização dos cuidados e pela prestação dos mesmos de forma holística e individualizada;
- Documentação dos cuidados de enfermagem especializados nas plataformas adstritas ao local de estágio preconizado;

- Sistematização e integração da evidência e do conhecimento técnico-científico, ético e relacional da área de especialidade, de forma a realizar tomadas de decisão baseadas na mobilização de conhecimentos e da evidência científica, relacionadas com o momento do trabalho de parto e parto;
- Sumarização da aquisição de competências ao longo do estágio e produção científica, baseadas na problemática identificada ao longo do estágio.

Neste relatório foi realizada a reflexão crítica da aquisição de alguns domínios das competências específicas do EESMO, sendo que a mesma foi realizada de forma contextualizada, levando a cabo uma reflexão crítica das práticas realizadas e de acordo com o que são as boas práticas de cuidados e a prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade e baseados na evidência, sendo este relatório o local de explanação dos mesmos de acordo com o que foram as questões levantadas ao longo da realização do mesmo.

Foi também realizada a explanação das competências mínimas obrigatórias adquiridas com uma reflexão do que são as boas práticas e a prática baseada na evidência.

No decurso da realização do ENP, foi surgindo uma questão acerca do posicionamento da mulher, especificamente no segundo estadio do trabalho de parto. Este questionamento deveu-se ao conhecimento de práticas diferentes noutros países da europa e o fato de observar uma prática quase institucionalizada na forma de nascer. Assim, nasceu o objetivo de identificar os benefícios do uso das posições verticalizadas em mulheres no segundo estadio de trabalho de parto, comparativamente com a comumente usada posição de litotomia/ginecológica.

É possível concluir que a revisão sistemática da literatura realizada respondeu à questão formulada, produzindo assim, conteúdo científico para o suporte e aplicação do conhecimento na prática e para fomentar a pesquisa futura e direcionada aos cuidados prestados em Portugal.

Deste modo, e com a obtenção das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, nunca é demais referenciar que somos uma classe com

competências independentes e com o conhecimento técnico-científico para realizar o seguimento da gravidez e parto em mulheres com gravidez de baixo risco e sem complicações. Assim, nunca é demais referenciar que talvez seja necessária uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde dirigidos à mulher, como já se tem observado em outros países e com excelentes resultados.

A revisão integrativa de Brady, Lee, Gibbons e Bogossian (2019) apresenta o conceito emergente de cuidados centrados na mulher demonstra que o seu valor e uso entrelaçado nos seguintes temas: prática clínica, serviços de maternidade e educação. Este conceito é fundamental e atualmente visto como a base dos cuidados especializados do EESMO, contudo ainda há uma dificuldade na compreensão acerca do que realmente significa na prática.

Na pesquisa dos autores supracitados, é visível que o domínio dos modelos biomédicos dos cuidados usados nos serviços de maternidade contemporâneos estão a impactar naquilo que é a aplicação do conceito de cuidados centrados na mulher. Quiçá, a prática do EESMO contemporâneo necessite de se focar naquilo que é o empoderamento que pode fornecer às mulheres para que elas possam escolher aquilo que vai mais de acordo com as suas escolhas (Brady, Lee, Gibbons e Bogossian, 2019).

Também, Atsali & Russel (2018) afirmam, na sua revisão, que a hierarquia biomédica hospitalar é um fator que não facilita a promoção de partos de forma fisiológica em ambiente hospitalar.

Deste modo, posso concluir afirmando que, a busca de melhores práticas de cuidados às mulheres passa por empoderar as mesmas de conhecimentos e informações para que estas tomem consciência e façam uso do conhecimento transmitido de forma a produzir ganhos em saúde, e quiçá, a mudança de paradigma naquilo que é o modelo atual de cuidados especializados dirigidos à mulher e à mulher grávida.

Segundo o *High Quality Midwifery Care* (2014), com os valores certos, a educação correta e uma liderança afirmada, as EESMO poderão iniciar a mudança das práticas e serviços de maternidade que se encontram desatualizados

## Referências Bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen A. B. V., Reinar, L. M. e Lukasse M. (2017). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3
- Atsali, E. N. & Russel, K. (2018). *Hospital midwives' barriers when facilitating upright positions during a normal second stage of labour*. *Africa journal of nursing and midwifery*, 20 (1), pp. 0-21
- Ayres de Campos, D., Montenegro, N. e Rodrigues, T. (2012). *Protocolos de medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K. e Bogossian, F. (2019). *Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 94 , pp. 107–119
- Committee on Obstetric Practice. (2019). *Approaches to limit intervention during labour and birth*. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. v. 133, n 2, pp. 164-173
- Donato, H. & Donato, M. (2019). *Etapas na condução de uma revisão sistemática*. *Acta Médica Portuguesa*, 32 (3), pp. 227-235
- Drife, J. (2002). *The start of life: a history of obstetrics*. *Postgraduate Medical Journal*, 78, pp. 311 – 315
- Dundes, L. (1987). *The evolution of maternal birthing position*. *American Journal of Public Health*, 77 (5), pp. 636 – 641
- European Perinatal Health Report. (2010). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*
- Fahy, K. (2008). *Theorising birth territory*. In Fahy, K., Fourer, M. e Hastie, C. (Ed.), *Birth territory and midwifery guardianship* (pp. 11 – 20). Reino Unido: Elsevier
- Galvão, T. F. & Pereira, M. G. (2014). *Revisões sistemáticas da literatura: passos para a sua elaboração*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23 (1), pp. 183 – 184

- Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C. e Leach, J. (2013). First Do No Harm: Interventions During Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22 (2), pp. 83 – 92
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., Garner, P. (2017). *Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3
- Jonge, A., Teunisse, T. A. M. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2004). *Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 25, pp. 35 – 45
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). *A posição da mulher no trabalho de parto*, in M. Nené (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335 – 347). Lisboa: Lidel
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*, versión resumida
- National Institute for Health Care and Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Clinical guideline 190
- Regulamento nº 391/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2ª Série. 85 (2019-5-3) p. 13560-153565
- Reid, A. J. & Harris, N. L. (1988). *Alternative birth positions*. *Canadian Family Physician*, 34, pp. 1993 – 1988
- Reynolds, J. L. (1991). *Primitive delivery positions in modern obstetrics*. *Canadian Family Physician*, 37, pp. 356 – 361
- Russel, J. (1969). *Moulding of the pelvic outlet*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 76, pp. 817 – 820
- Russel, J. (1982). *The rationale of primitive delivery positions*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 89, pp. 712 – 715



- Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to do a systematic review: A best practice guide to conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70
- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. (2013) *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.
- The Royal College of Midwives (2014). *High quality midwifery care*. The royal college of midwives
- Tulder, M. V., Furlan, A. & Bombardier, C. (2003). *Updated method guidelines for systematic reviews* in the Cochrane collaboration back review group. *Spine*, 28 (12), pp. 1290 – 1299
- Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. (2018). *Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia*. CochraneDatabase of Systematic Reviews, 11
- World Health Organization. (2011). *Strengthening midwifery toolkit: module 4 competencies for midwifery practice*. Switzerland. 2011
- World Health Organization. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. Switzerland. 2014. 1 – 58
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* Switzerland. 2018:1 – 201

## Anexos

Anexo I - Resumo publicado como póster nas XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor  
Posições verticalizadas durante o segundo estadio do trabalho de parto:  
benefícios - Póster

Alves, Cláudia<sup>1,2</sup>; Correia, Teresa<sup>1,3\*</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

<sup>2</sup>Enfermeira, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro ORCID iD: 0000-0002-6884-5099

<sup>3</sup> PhD, ESMO, Investigadora da UICISA: E, ORCID iD: 0000-0001-9975-7908

**Resumo:**

**Objetivos:** Identificar os benefícios do uso das posições verticalizadas em mulheres no segundo estadio de trabalho de parto, comparativamente com a comumente usada posição de litotomia/ginecológica.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura, abrangendo estudos de 2015 a 2021. A pesquisa realizou-se através da base de dados B-On, com os descritores: parturition, labour/labor stage, second e posture da qual resultaram 270 artigos. Após a aplicação dos critérios de seleção emergiram para análise 12 artigos, 91,67% nível de evidência I e 8,33% nível de evidência II.

**Resultados:** Verificou-se a existência de uma correlação significativa na diminuição de intervenções tais como partos instrumentalizados (RR=0,68, IC 95%: 0,50 – 0,92), incidência da episiotomia (RR=0,69 e IC 95%: 0,60 – 0,79), diminuição do tempo do segundo estadio do trabalho de parto (MD = -9,95 min, IC 95%: 15,85 - 4,05, p <0,10) e manutenção de períneos íntegros (RR=0,44 e IC 95%: 0,23 – 0,83). Contrariamente, podem ser um fator de risco à presença de lacerações do segundo grau (RR = 1,38, IC 95%: 1,11 – 1,72) e a uma maior perda hemática (RR =1,39, IC 95%: 1,12 – 1,72).

**Conclusões:** A mulher deverá adotar a posição que lhe é mais confortável e o profissional de saúde ter a formação especializada no contexto das boas práticas de cuidados especializados, garantindo as opções e a qualidade dos cuidados à mulher. Este estudo reflete a realidade de países da europa, sendo que não se encontrou nenhum estudo português. Neste contexto, esta revisão poderá ser um contributo para a produção científica em Portugal.

**Palavras-chave:** parto; segundo estadio do trabalho de parto; postura