



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTÉTRICA**

**Relatório de estágio**

**Posicionamento da utente no segundo  
estádio do trabalho de parto**

Rosália Maria Gomes Marques

**Orientador:**

Professora Maria da Luz Ferreira Barros

Évora, 2012

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**Relatório de estágio**

**Posicionamento da utente no segundo estádio do trabalho de parto**

**Autor**

Rosália Maria Gomes Marques

**Relatório apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

**Orientador:**

Professora Maria da Luz Ferreira Barros

Évora, 2012

“The perfect practitioner appears to do nothing,  
yet nothing is left undone”

Lao Tzu

## Agradecimentos

Agradeço a toda a equipa de enfermagem do Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE, e em particular aos elementos que constituíram a equipa que permitiu operacionalizar este projeto.

Agradeço à Professora Orientadora Maria da Luz Barros o apoio, sugestões e orientação ao longo da elaboração deste trabalho.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

APEO	- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
BAR	- Bolsa de Aguas Rota
EESMO	- Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica
FAME	- Federación Asociaciones Matronas Espanholas
HGO	- Hospital Garcia de Orta
OMS	- Organização Mundial de Saúde
Rh	- Rhesus
RN	- Recém-nascido
p.	- páginas
Nº	- Número

## **Posicionamento da utente no segundo estádio do trabalho de parto**

A análise antropológica e histórica das posições para parir mostra que as mulheres ao longo dos séculos sempre utilizaram várias formas de parir em posições verticalizadas e que quando deixadas por sua livre iniciativa assumem de forma natural a posição vertical para parir. No mundo ocidental e consequência da medicalização do parto, ocorreu também a medicalização das posições de nascer. A norma passou a ser posição de deitada ou de litotomia para parir. Com o tempo foi-se perdendo a confiança no saber apoiar um parto livre de intervenções e em posições diferentes das posições de nascimento “medicalizadas”.

Descrevemos neste relatório o projeto de intervenção profissional que teve como objetivo geral, mudar as práticas de posicionamento no segundo estádio do trabalho de parto. Como metodologia foi utilizado o processo de gestão da mudança através das etapas mudança planeada, recorrendo à formação ação como instrumento e que teve como alvo de intervenção a equipa de enfermagem de uma sala de partos.

Com este trabalho contribuiu-se para a implementação de posicionamentos verticalizados no 2º estádio do trabalho de parto, promovendo a adequação dos cuidados de enfermagem especializados às necessidades e desejos da parturiente, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados.

Palavras chave: posicionamento; verticalizado; segundo estádio; formação ação , gestão mudança

## **Women positioning in the second stage of labor**

The analysis and anthropological history of positions of birth shows that women over the centuries have always used various ways to give birth in upright positions and when left on its own initiative naturally assume the vertical position for birth. In the Western World, as a consequence of the medicalisation of childbirth, there was also a medicalisation of the positions to give birth. The norm is now the lying or lithotomic position for birth. As time went by there was also the loss of confidence in knowing how to support a delivery free of interventions and in positions different from those of a "medicalized" birth .

This report will describe the project of professional intervention that aimed to change the practices of positioning in the second stage of labor. As methodology it was used the process of change management, through a planned change using the action learning as an instrument of change. The target was the nursing and midwifery staff of a delivery room.

This work contributed to the implementation of upright positions in the second stage of labor, promoting the adequacy of skilled midwifery care to the needs and desires of the women in a perspective of continuous improvement of care.

**Keywords:** positioning, vertical, second stage; action learning, change management

## ÍNDICE

---

---

1 -Introdução .....	11
2 – Análise do contexto .....	13
2.1 – Caracterização do ambiente de realização do Estagio Final .....	13
2.2- Caracterização dos recursos materiais e humanos .....	14
2.3 – Descrição e Fundamentação do processo de aquisição de competências .....	15
3- Análise da População /utentes .....	21
3.1 – Caracterização geral da população .....	21
3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população alvo.....	23
3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com população alvo .....	24
3.4 – Recrutamento da população alvo .....	26
4- Análise reflexiva sobre os objetivos .....	28
4.1 – Objetivos de intervenção profissional .....	28
4.2 – Objetivos a atingir com a população alvo .....	30
5 – Análise reflexiva sobre as intervenções .....	31
5.1 – Fundamentação das intervenções .....	31
5.2 – Metodologias .....	34
5.3 - Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas .....	36
5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos.....	38

5.5 – Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas .....	39
5.6 – Cumprimento do Cronograma.....	39
6 – Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo.....	40
6.1 – Avaliação dos objetivos .....	40
6.2 – Avaliação da implementação do programa .....	51
6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas	52
7 – Análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas .....	53
8 - Conclusão.....	54
Referências bibliográficas .....	56
ANEXO I – Plano de sessão sensibilização .....	61
ANEXO II - Instrumento de diagnóstico da situação .....	62
ANEXO III - Ficha de Colheita dos Dados partos em posição verticalizada .....	63
ANEXO IV – Autorização para realização do projeto.....	64
ANEXO V – Ações formação.....	65
Anexo V.1 – Ação sensibilização .....	66
Anexo V.2 – Feedback á equipa enfermagem alargada (usado em 2 sessões) .....	67
ANEXO VI – Índice do dossier de suporte documental .....	68
ANEXO VII – Guia Orientador .....	69

## ÍNDICE DE TABELAS

---

TABELA 1 – DESVANTAGENS DO PARTO VERTICALIZADO APONTADAS PELOS ENFERMEIROS.....	42
TABELA 2 – RECEIOS E DIFÍCULDADES ENUNCIADOS PELOS EESMOS, PARA REALIZAR UM PARTO VERTICAL .....	43
TABELA 3 - RECEIOS E DIFICULDADES ENUNCIADOS PELOS ENFERMEIROS DE NIVEL 1, PARA COLABORAR NA REALIZAÇÃO DE UM PARTO VERTICAL.....	43
TABELA 4 – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIRO QUANDO COMPARA A POSIÇÃO VERTICAL E POSIÇÃO DE LITOTOMIA, QUANTO AO QUE É MELHOR, NUMA ESCALA DE 1 A 5. ....	44
TABELA 5 - EXPERIÊNCIA DE TER O BEBE EM POSIÇÃO VERTICALIZADA .....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DO Nº DE PLANOS DE PARTO RECEBIDOS POR CORREIO NO HGO.....	22
GRÁFICO 2 – FONTE DE CONHECIMENTO SOBRE POSIÇÕES DE PARTO.....	41
GRÁFICO 3- UTENTES QUE REALIZARAM PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE .....	45
GRÁFICO 4 – DOR EM POSIÇÃO SUPINA VERSUS POSIÇÃO VERTICAL NO SEGUNDO ESTADÍO DO TRABALHO DE PARTO.....	46
GRÁFICO 5 – CONDIÇÃO DO PERÍNEO APÓS PARTO VERTICALIZADO .....	46
GRÁFICO 6- GRAU DE SATISFAÇÃO DA UTENTE COM A POSIÇÃO DE PARTO .....	48

## 1 -INTRODUÇÃO

---

Desde que o parto foi medicalizado e trazido para o ambiente hospitalar as práticas de cuidar foram modificadas, intervindo desnecessariamente nos mecanismos fisiológicos do Parto. O posicionamento para a mulher parir, perdeu a sua condição de espontaneidade e de livre escolha da posição para parir obrigando a parturiente a assumir a posição mais confortável para o prestador de cuidados (obstetra/ Parteira/ESMO) – habitualmente a posição de litotomia mais ou menos reclinada com pernas suspensas em estribos. Com o decorrer do tempo foi-se perdendo a confiança no saber apoiar um parto livre de intervenções e em posições diferentes das posições de nascimento “medicalizadas” (COPPEN,2005).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (1996) para o atendimento ao Parto Normal consideram como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas – A liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto assim como o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; e, como praticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas – o uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

Conhece-se do ponto de vista teórico que as posições verticais ou lateralizadas permitem um alinhamento do canal de parto, mais favorável á descida e expulsão do feto pela ampliação dos diâmetros da bacia, a ação da gravidade, e incluem outras vantagens como contrações uterinas mais fortes e eficientes que conduzem a um encurtamento do segundo estágio do trabalho de parto, e facilitam a perfusão uteroplacentária melhorando o fluxo sanguíneo (LOWDERMILK et al,2002), estão ainda associadas a níveis de satisfação da parturiente superiores (FAME e APEO,2009).

A evidência também demonstra que as mulheres preferem as posições verticalizadas e dando-lhes a capacidade de escolher adotam a posição que consideram mais natural para si (COPPEN,2005); no entanto, na prática o posicionamento em litotomia é mantido e continua a ser reproduzido na formação prática dos novos profissionais. Estamos perante uma

situação em que o saber – saber, não encontra expressão na prática clínica por ausência do saber prático, da confiança e segurança do profissional. Já em 1993, BENNET & BROWN citados por LOWDERMILK et al (2002) referiam que o posicionamento para o segundo estágio do trabalho de parto pode ser determinado pela preferência da mulher, mas é limitado pela condição materna ou fetal, pelo ambiente e pela confiança do profissional de saúde em auxiliar o parto na posição específica.

O projeto - **Posicionamento da utente no segundo estágio do trabalho de parto**- foi desenvolvido no ambiente da sala de partos de um hospital perinatal diferenciado, onde exercemos funções de chefia de enfermagem e onde desde há cerca de 5 anos se têm feito uma caminhada no sentido de desmedicalizar o parto, dando corpo às práticas preconizadas pela OMS (1996) como facilitadoras de um parto normal - aceitação e respeito pelo plano individual do parto, presença da pessoa significativa, liberdade de movimentos, incluindo a monitorização fetal continua com recurso à telemetria, liberdade de ingestão de líquidos em trabalho de parto, utilização dos enemas e tricotomia perineal só em casos estritamente necessários, estabelecimento do contacto pele a pele na primeira meia hora de vida e pelo maior tempo possível assim como o início da amamentação na primeira meia hora de vida. Nos planos de parto que recebemos quando se referem ao período expulsivo é frequente a solicitação da utente para escolher a posição em que se sinta mais confortável e para que o parto seja efetuado em posição vertical, este continuava a ser um aspeto que os profissionais iam evitando através da negociação com a utente.

No presente relatório estruturado de acordo com regulamento de Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº 18/2010), pretendemos descrever como a implementação deste projeto contribuiu para mudar as práticas de posicionamento no segundo estágio do trabalho de parto, através da sensibilização dos profissionais, implementação de partos em posição verticalizada, e desconstrução de alguns receios.

Será apresentada a análise do contexto onde se desenvolveu o trabalho de projeto, da população envolvida, objetivos, intervenções e avaliação do projeto.

## 2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

---

### 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTAGIO FINAL

---

O projeto foi desenvolvido no ambiente da sala de partos de um hospital perinatal diferenciado, onde exerço as funções de chefia de enfermagem.

É um hospital que em primeira linha abrange os Concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, abrange ainda toda a região Sul do País e Ilhas no âmbito do apoio perinatal diferenciado. No entanto e nos termos da legislação recebe utentes de todas as zonas do País que optem por ter o seu filho neste hospital.

A maternidade ocupa o 3º lugar em termos de número de partos efetuados, na área metropolitana de Lisboa e é o 5º em termos nacionais<sup>1</sup>; destacando-se a nível nacional por ter o mais baixo índice de partos por cesarianas 21,25% apesar de ser um hospital perinatal diferenciado e ter um elevado número de diagnósticos de gravidez de risco.

Em 2011, foram realizados no serviço 2866 partos dos quais 65,1% eutócicos, 18,3% distócicos por via vaginal e 21,25 % cesarianas

A humanização dos cuidados tem sido uma prática intrínseca da equipa. Desde há cerca de 5 anos no serviço têm-se feito uma caminhada no sentido de desmedicalizar o parto, dando corpo às práticas preconizadas pela OMS como facilitadoras de um parto normal. O favorecimento das posições não supinas no período expulsivo é uma das últimas etapas a desenvolver.

É uma instituição procurada e reconhecida pela sua abertura e respeito pelo plano de parto elaborado pelas utentes, nos quais a solicitação de posição verticalizada no 2º estágio do trabalho de parto é frequente; o apoio e suporte para pedidos que envolvam a realização de partos em posição não supina constituíam -se no entanto como uma falha que permanecia.

O projeto enquadra-se nos objetivos do serviço de Obstetrícia do HGO de prestar cuidados de qualidade no âmbito da saúde materna e obstétrica e nos objetivos da Unidade Bloco de

---

<sup>1</sup> Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, dezembro 2011(atravs Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital Garcia de Orta.

Partos no que se prende à promoção do parto normal e humanização dos cuidados de saúde na Sala de Partos.

## 2.2- CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

---

A unidade Bloco de Partos integra-se no serviço de Obstetrícia e funciona de forma integrada com a Urgência Obstétrica e Ginecológica. Os recursos humanos do serviço, médicos, de enfermagem e assistentes operacionais, são comuns às duas unidades.

A Urgência Obstétrica e Ginecológica dispõe de um bloco operatório para pequenas cirurgias - como curetagens e biopsias, uma sala de observação com capacidade para 2 camas, uma sala para realização de exames sobretudo exames cardiotocograficos e tiras de tensão, uma sala de ecografia e três gabinetes de observação para além das áreas de apoio como secretariado e zona de sujeitos.

O Bloco de Partos respeita as características definidas para a sala de partos de um Hospital Perinatal Diferenciado<sup>2</sup>, possui duas salas operatórias, uma sala de recobro com capacidade para duas camas, uma sala de dilatação com capacidade para três camas, quatro unidades individuais de parto e um berçário equipado para reanimação do recém-nascido. Todas as unidades de utentes estão equipadas com aparelhos de cardiotocografia e monitorização de parâmetros vitais, camas articuladas de parto e encontram-se equipadas para a realização de partos eutócicos ou distócicos por via vaginal.

Aliada á monitorização central da cardiotocografia a unidade dispõe ainda de quatro aparelhos de monitorização por telemetria que permitem a deambulação e liberdade de movimentos à utente mantendo monitorização continua. Cada unidade dispõe ainda de um bola de parto e um leitor de CDs para que as utentes possam escutar a sua música preferida durante o trabalho de parto.

Os recursos humanos envolvidos no projeto são os elementos constituintes da equipa de enfermagem do serviço - constituída por 33 enfermeiros especialistas em Saúde Materna e

---

<sup>2</sup> PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – **Saúde Materno Infantil -Rede de Referência Materno Infantil**. Lisboa:DGS,2001. 72p

Obstétrica, 11 enfermeiros de nível 1 – um dos quais tem a especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica outros três estão a frequentar o curso de especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. É uma equipa jovem com uma média de idades de 44 anos, predominantemente do sexo feminino. Exercem em média a profissão de enfermeiros há 15,2 anos, na área da saúde materna há 10,4 anos e no Bloco de Partos há 8 anos. Os enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica exercem as suas funções em média há 6,1 anos. A sua distribuição em cada turno é de um enfermeiro especialista e um enfermeiro nível 1 na Urgência Obstétrica e Ginecológica e 3 a 4 enfermeiros especialistas no Bloco de Partos e 2 a 1 enfermeiros de nível 1 no Bloco de Partos; o que de acordo com documento de consenso entre a Ordem dos Enfermeiros e Ministério da Saúde - Guia de Recomendações para o Calculo da Dotação de Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde (2011:27) pode ser considerado como uma dotação adequada face ao número de partos.

A falta de obstetras e ginecologistas para assegurar as escalas do serviço de Urgência têm sido um fator de instabilidade do serviço, e têm provocado que em alguns períodos do mês seja necessário ativar um plano de contingência e transferir utentes para outras unidades de Saúde.

### 2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

---

*“Em consequência da consolidação progressiva das políticas de saúde em Portugal, que culminaram na melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil e colocaram o nosso país ao nível dos melhores do mundo, verifica-se que, apesar de 90% dos partos acontecerem em hospitais do Sistema Nacional de Saúde, temos taxas de cesarianas superiores a 20%<sup>3</sup>, havendo a tentação de*

---

<sup>3</sup> PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.

*tratar todas as parturientes de modo rotineiro, com elevado grau de intervenção, mesmo nas situações de baixo risco obstétrico.”<sup>4</sup>*

A evolução dos indicadores de saúde materno-infantil em Portugal é considerada internacionalmente um caso de sucesso, efetivamente desde a década de 60 a mortalidade infantil reduziu-se de 77,5‰ para 3,1 ‰ em 2011 e a mortalidade materna de 115,5 ‰ em 1960 para 7,9‰ em 2010<sup>5</sup>. Atualmente a posição de Portugal comparando com os países da Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento (OCDE) em termos de indicadores de mortalidade infantil e materna situa-se no grupo dos 20 países com melhores indicadores. Para esta situação contribuiu não só a melhoria das condições socio económicas da população, a melhoria do acesso a consultas de vigilância de saúde e especificamente consultas de saúde materna e infantil gratuitas mas também todo o investimento feito na reorganização dos cuidados de Saúde na Gravidez e Infância, como a vigilância da gravidez partilhada entre cuidados de saúde primários e diferenciados, a articulação de cuidados, a criação da rede de referenciação materno infantil associada á existência de orientações técnicas da Direção Geral de Saúde que garantem as boas práticas. O nascimento passou a ocorrer nos hospitais de apoio perinatal diferenciados ou hospitais de apoio perinatal - instituições equipadas e com profissionais preparados para prevenir e responder rapidamente em situações de ameaça de vida da parturiente ou feto/recém-nascido.

A hospitalização do parto em Portugal, assim como no resto do mundo, conduziu à medicalização do mesmo. Passou-se a manipular o parto, através das induções, da aceleração do parto com ocitocina e limitando a parturiente ao leito, impedindo a sua deambulação. A posição assumida para parir, em meio hospitalar, passou a ser a posição de litotomia que facilita o acesso ao períneo pelo profissional de saúde. A disponibilização de analgesia usada para alívio da dor contribuiu também para uma maior limitação da mobilização da utente e intervenção medicamentosa no parto contribuindo para o afastar da sua fisiologia. A mulher foi-se tornando cada vez mais, menos protagonista do seu parto, e menos confiante na sua capacidade de parir entregando-se nas mãos dos profissionais e

---

<sup>4</sup> LEITE,L et al -"Documento de Consenso" Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada".ed Ordem dos Enfermeiros.Maio.2005.p17

<sup>5</sup> In: [www.pordata.pt/portugal/populacao](http://www.pordata.pt/portugal/populacao) acedido em 19/9/2012

desresponsabilizando-se das decisões que a afetam a si e ao seu parto. O controlo e poder decisório passaram para os profissionais que até de uma forma inconsciente assumem como seu o parto da mulher quando referem “eu fiz o parto...”.

Nos últimos anos, no entanto, começou a aparecer um movimento da sociedade civil de mulheres que insatisfeitas com a situação vigente reclamam o protagonismo do parto e o seu direito a ter um parto fisiológico, respeitando os ritmos do seu corpo e com o mínimo de intervenção, e que pretendem parir como se sentem mais confortáveis e não como os profissionais o desejam. Dando corpo a este movimento da sociedade civil apareceu a Associação para a Humanização do Parto. Não encontrando nas instituições de saúde, resposta para as suas necessidades, muitas destas mulheres retomam a prática do parto em casa, em condições de menos segurança. Situação amplamente divulgada nos meios de comunicação social.

A preocupação com a insatisfação das mulheres no parto e a sua procura por locais alternativos de parto deu azo entre alguns profissionais de saúde ao surgir também de alguns movimentos e projetos que procuraram sensibilizar e criar soluções de compromisso entre o excesso de medicalização e a desmedicalização do parto ou manter o parto o mais fisiológico possível. Estão entre estes o projeto “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada” que com origem num grupo de enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, e no âmbito de uma formação em Liderança para a Mudança, reuniu um conjunto de personalidades de reconhecido mérito na área da saúde materna e obstétrica incluindo representantes das mulheres, no sentido de se obter um consenso nacional sobre o conceito de parto normal e praticas promotoras do parto normal. O “Movimento Nascer Melhor” (<http://movimentonascermelhor.webnode.com>) cresceu também como um grupo de personalidades dos vários setores da sociedade portuguesa ligados ao momento do parto preocupados com a existência de práticas exageradamente intervencionistas e medicalizadas durante o trabalho de parto nas situações de baixo risco.

O presente projeto surge como mais uma etapa a ser realizada no serviço, enquadrada num projeto mais global de desmedicalização e humanização do parto.

As parteiras (Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica) nos termos da art.º 42 da Diretiva 2005/36/CE de 7 de setembro de 2005, transposta para o direito interno pela Lei n.º 9/2009 de 4 de março (art.º 39) estão habilitadas entre outros para:

*“...e) Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados;  
f) Fazer o parto normal quando se trate de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e, em caso de urgência, do parto em caso de apresentação pélvica;...”*

No âmbito das competências do EESMO o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, na competência 3 relativa ao cuidado da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto estabelece, entre outros, nos critérios de avaliação das unidades de competência que o EESMO deve, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado assim como um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, atuar de acordo com o plano de parto da utente, promover o conforto da utente, nomeadamente através de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, promover a vinculação, identificar e monitorizar o trabalho de parto e parto e o risco materno fetal durante o trabalho de parto e parto assim como os desvios ao padrão normal da sua evolução. Estabelece ainda que o ESMO *“...concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas á evolução do trabalho de parto.... e aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica...”*<sup>6</sup>.

O EESMO deve assentar a sua prática clínica na evidência científica e na atualidade existe um substancial corpo de evidências em torno do parto normal disponível para implementação (WALSH,2012).

Uma das barreiras á utilização da evidência científica sobre parto normal na prática dos cuidados assenta na formação teórica – prática dos EESMOS e nos contextos onde

---

<sup>6</sup> In OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica. p 6.

desenvolvem a sua prática clínica. SCHMID (2011) defende que enquanto as parteiras estudarem e trabalharem num contexto médico e usem o paradigma médico que se focaliza no risco, as mulheres não serão consideradas “suficientemente saudáveis” para ter um parto normal. No vigente paradigma médico do parto, este é visto como uma potencial ameaça, a medicalização do parto como segura e no centro dos cuidados estão os profissionais com o seu conhecimento e tecnologia.

A medicalização do parto e a transição do parto da casa para o hospital significou que também a forma como as mulheres parem se alterou, ocorrendo também uma medicalização das posições de parto, uma vez que a cama ocupa uma importância central nos partos hospitalares gerando o uso rotineiro das posições de deitada (COPPEN;2005).

A utilização da evidência na prática não requer apenas o conhecimento conceptual, dado que a transferência para a prática implica uma considerável capacidade de tomada de decisão, que ocorre frequentemente num contexto de incerteza, para posteriormente ser utilizada a aptidão (WALSH,2012). Apesar do conhecimento teórico estar disponível e fundamentar os benefícios das posições verticalizadas no trabalho de parto, o posicionamento em posição supina tem vindo a ser reproduzido ao longo dos anos, na prática clínica e na formação dos novos profissionais. A falta de conhecimento e autonomia das parteiras é indicada por COPPEN (2005) como um fator que leva á reprodução do modelo de parir em posição supina. Implementar posicionamentos de parto diferentes dos posicionamentos em posição supina é habitualmente encarado com reserva e desconfiança. Questões como: Como é que me posiciono? Fico de joelhos no chão? Como apoio o períneo? Se há uma circular cervical como resolvo? E, se ocorrer uma distocia de ombros? surgem com frequência e por incerteza continua-se a reproduzir o posicionamento, no segundo estádio do trabalho de parto, conhecido.

Pretende-se com o projeto “O posicionamento da utente no segundo estádio do trabalho de parto” criar condições para que a equipa de enfermagem da unidade Bloco de Partos esteja apta para respeitar o desejo e direito da utente de parir na posição em que se sente mais confortável e colocar em prática a evidência científica que relaciona o posicionamento verticalizado no parto com segundo estádio do trabalho de parto mais rápidos, com

contractilidade uterina mais eficaz e menos dolorosos para a parturiente. Na prática de cuidados os profissionais não têm vindo a aplicar esse conhecimento por insegurança, por falta de treino, por receio dos riscos que podem ocorrer no parto e que não sabem resolver, pelo que pretende-se ainda ao longo do desenvolvimento do projeto contribuir para reduzir o contexto de incerteza em que a tomada de decisão de colocar a utente em posição verticalizada possa ocorrer.

Através da implementação do projeto pretende-se mudar a prática de posicionamento das utentes no 2º estágio do trabalho de parto, respeitando as suas opções para o parto, facilitando a evolução do trabalho de parto, promovendo o conforto e bem-estar da utente, promovendo o empoderamento e envolvimento do casal, num ambiente de segurança para utentes e profissionais.

Acreditamos estar a contribuir para a melhoria dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

### 3- ANÁLISE DA POPULAÇÃO /UTENTES

---

#### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

---

A área de abrangência do HGO,EPE é constituída pelos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra – são concelhos em que em simultâneo podemos encontrar população que se dedica à agricultura e pesca, á indústria e aos serviços. Mas devido á sua proximidade de Lisboa, são concelhos que se constituem como um dormitório da Capital, com uma elevada taxa de população que reside no concelho mas que diariamente se dirige a Lisboa para trabalhar. Podem-se encontrar bastantes comunidades de migrantes, em particular Brasileiros, Cabo Verdianos, dos Países de Leste e Chineses. A análise por sexo, nos três concelhos, mostra que em termos de escolaridade o nível secundário foi atingido maioritariamente por homens e que o nível superior foi atingido maioritariamente por mulheres, nos três concelhos.<sup>7</sup>

De acordo com a estatística disponível através do sítio do INE ([www.ine.pt](http://www.ine.pt)) pode-se verificar que em 2010 as mulheres em idade fértil representaram 43,6 % do total da população feminina,48% no Seixal e 45% em Sesimbra; A taxa de natalidade bruta oscilou ente os 10,8 ‰ no concelho de Seixal e 11,3 ‰ nos concelhos de Almada e Sesimbra superior ao valor nacional de 9,5 ‰; a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho foi de 28,7 anos em 2010 e o índice sintético de fecundidade foi de 1,6 filhos.<sup>8</sup>

As utentes vigiam a sua gravidez nos Centros de Saúde que tem uma % de cobertura em Saúde Materna de 69,9% no ACES de Almada e de 78,3 no ACES Seixal – Sesimbra <sup>9</sup> , Apesar da preparação para o parto ser oferecida quer nos Centros de Saúde, no Hospital e a

---

<sup>7</sup> Unidade coordenadora funcional Almada-Seixal e Sesimbra –Relatório de Atividades de 2011.

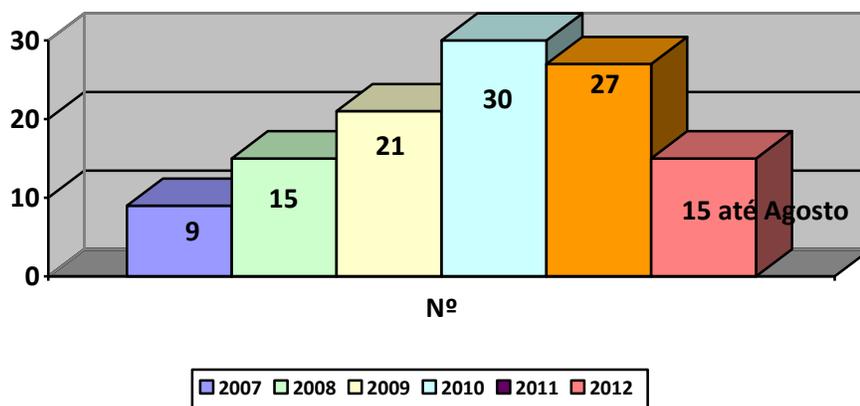
<sup>8</sup> ibidem

<sup>9</sup> ibidem

Nível Privado uma escassa minoria de utentes utiliza este recurso. Só cerca de 21,5% das utentes realizam consulta preconcecional.<sup>10</sup>

Para além da população residente nos concelhos de abrangência do Hospital, recebemos utentes de outros concelhos que nos procuram por saberem que na equipa existe uma grande abertura para respeitar o plano de parto enviado pelas utentes. A elaboração do plano de parto não é ainda uma prática generalizada por parte das grávidas, sendo que ainda se pode considerar uma raridade as utentes fazerem-se acompanhar pelo plano de parto. As que o fazem são habitualmente utentes com um nível de diferenciação socio cultural mais elevada. No gráfico 1 pode-se verificar a evolução do número de planos de parto que foram rececionados por correio, no serviço desde 2007. É de notar que para além destes, existem outras utentes que só apresentam o plano de parto na altura da admissão, que pode ocorrer a qualquer hora do dia e cuja monitorização é mais difícil de efetuar, pelo que só se apresenta o número de planos de parto que podem ser monitorizados.

GRAFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DO Nº DE PLANOS DE PARTO RECEBIDOS POR CORREIO NO HGO



Em 2011 foram efetuados 2844 partos dos quais 65,9% partos eutócicos, 21,3% cesarianas e 12,8% partos distócicos por via vaginal (fórceps e ventosas). As utentes tinham

<sup>10</sup> ibidem

predominantemente, a nacionalidade portuguesa (80,9%), seguindo-se as utentes com nacionalidades oriundas da América do Sul (7,9%), de África (7,6%), da Europa do Leste (2,5%) e outros países da Europa (0,6%) e do continente asiático (0,4%). A média de idades situou-se nos 29,7 anos com a moda nos 30 anos e mediana nos 31 anos. Sendo um hospital perinatal diferenciado verifica-se que 46,3% das utentes que pariram no serviço tinham diagnósticos de gravidez de alto risco associados entre as quais os mais comuns foram diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez, pré eclampsia, síndrome de HELLP.<sup>11</sup>

### 3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

---

A população alvo do projeto é a equipa de enfermagem do serviço constituída por 44 enfermeiros, 33 com o título de especialista de Saúde Materna e Obstétrica e 11 enfermeiros de nível 1.

É uma população que está sensibilizada e envolvida no projeto de humanização dos cuidados do serviço. É uma equipa muito jovem. Os enfermeiros especialistas exercem em média as suas funções como Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica no Bloco de Partos há 6 anos, com extremos entre os 16 anos e 1 anos, e com uma moda e mediana situada nos 5 anos.

Conhecem vários posicionamentos para o parto, através dos colegas, palestras e pesquisa bibliográfica, no entanto só 16 dos enfermeiros especialistas referem como fonte de conhecimento o curso de especialidade.

No segundo estádio do trabalho de parto utilizam predominantemente a posição de litotomia clássica, ou com algumas variações como elevação da cabeceira e/ou com pernas fora das perneiras. De forma intencional, por juízo clínico ou vontade da parturiente, não utilizam outro tipo de posicionamento no segundo estádio do trabalho de parto.

---

<sup>11</sup> Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital Garcia de Orta, 2012.

Quando nos planos de parto enviados para o serviço aparece a solicitação de parir em posições verticalizadas reagem com questionamento e verbalizam esperar não estar presentes quando a utente for admitida. Quando confrontados com a utente que solicita uma posição diferente negociam alternativas que conduzem na prática á evitação da situação. De forma implícita ou explícita, quando fornecem informação para o consentimento informado, as parteiras solicitam o consentimento para o que elas próprias preferem (JONGEN,2008). Identifica-se como necessidade da equipa a sensibilização para alteração das práticas de posicionamento no segundo estádio do trabalho de parto como estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação das utentes com os cuidados prestados e como um elemento de competência profissional a desenvolver.

### 3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO ALVO

---

A pesquisa efetuada nas bases de dados não produziu muita informação sobre programas de intervenção ou estudos que tenham como população alvo enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica com o objetivo de implementar posicionamentos da mulher verticalizados no segundo estádio do trabalho de parto.

WALSH (2012:80) menciona a sua experiência quando no final dos anos de 1990 se envolveu num projeto que visava melhorar os cuidados prestados pelas parteiras em áreas de cuidados onde existia evidência científica muito robusta; o desenvolvimento de aptidões para apoiar posturas de parto verticalizadas foi desenvolvido através de uma abordagem educacional (*Robertson's Active Birth Workshops*) e quando foi reavaliada a prática das parteiras que frequentaram os workshops verificaram que o número de mulheres a adotar posturas verticais tinha aumentado 12%.

Pesquisou-se a existência de orientações técnicas relativas ao parto em posição vertical, recorrendo inclusivamente aos contactos de representantes de associações internacionais de parteiras, apenas se conseguiu identificar uma orientação dirigida aos profissionais de saúde; é uma orientação técnica do Ministério da Saúde do Peru - Technical Standard for Vertical Delivery with Intercultural Adaptation, cujo propósito é regular a assistência medica nos

partos verticais, no sentido de ajustar culturalmente os cuidados de saúde oferecidos às mulheres com o objetivo de aumentar os índices de parto institucionais e reduzir as complicações obstétricas.

A Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) publicou também uma guideline - Nursing care and management of the second stage of labor, second edition. Evidence-based clinical practice guideline - que recomenda a utilização das posições verticalizadas. Também o Royal College of Midwives publicou duas guidelines - "Positions for Labour and Birth - Midwifery Practice guideline" e "Second stage of Labour"- Midwifery Practice guideline - para a prática das Parteiras sobre posição para o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, e cuidados no segundo estágio do trabalho de parto em que recomenda a utilização da posição verticalizada no parto.

Os estudos encontrados, sobre utilização de posições verticalizadas no parto, enquadram-se dentro do âmbito do estudo da experiência vivida pelas mulheres ou influência da posição de parto nas variáveis obstétricas e neonatais. A pesquisa de PRIDDIS (2011) sustenta que . muita da literatura relacionada com o posicionamento no parto têm-se centrado na demonstração dos resultados clínicos associados com o trabalho de parto e posições, existindo pouca literatura disponível que tenha em consideração os aspetos facilitadores de um posicionamento no parto fisiológico, na importância do ambiente de parto e modelos de cuidados na capacidade/permissão da mulher para adotar diferentes posicionamentos durante o trabalho de parto

Tendo como objeto de estudo as parteiras e o posicionamento no parto, apenas foi encontrado o estudo de JONGE, et al de 1998 “Women’s positions during the second stage of labour: views of primary care midwives”; é um estudo exploratório que conclui pela necessidade das parteiras fornecerem informação sobre o posicionamento no parto e discutirem com as utentes as posições preferidas, do equipamento para partos em posição não supina ser mais amigável para as parteiras e pela necessidade de parteiras e estudantes adquirirem experiência na assistência a partos em posições não supinas.

### 3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

---

A necessidade da equipa de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica começar a realizar partos em posições diferentes da posição supina já havia sido identificada em contexto de formação em serviço ao ser avaliado o projeto de humanização do parto em curso, e havia já sido lançado o desafio de alterar o processo de evitação e começar a pensar em como poderíamos satisfazer o desejo da parturiente em condições de segurança.

Foi promovida no âmbito da formação em serviço, formação sobre o tema “Posições maternas e trabalho de parto: que opção?” preparado e apresentado por dois elementos da equipa, que consistiu numa revisão bibliográfica sobre o tema no início de 2011. Após esta intervenção inicial, alguns elementos da equipa verbalizaram o seu interesse em iniciar este processo, e por sua autoiniciativa propuseram-se a realizar formação complementar sobre posicionamento no parto. Fizeram-na com o apoio do serviço através da dispensa de serviço ou ajustamento de horário.

Consideramos a população alvo toda a equipa de enfermagem – enfermeiros especialistas e enfermeiros de nível 1, pois que apesar do âmbito de competências ser diferente e ser da responsabilidade do enfermeiro especialista a condução do trabalho de parto, o enfermeiro de nível 1 participa nos cuidados à utente e recém-nascido e integra também o cenário onde ocorre o parto colaborando com o enfermeiro especialista. Ter estes últimos sensibilizados e a trabalhar de forma integrada com o enfermeiro especialista constitui uma mais-valia para os cuidados prestados à utente.

No âmbito da estratégia selecionada, criou-se numa primeira fase uma equipa de projeto, constituída por cinco enfermeiros com o título de Especialista. Para esta equipa foram selecionados os enfermeiros que se manifestaram na fase prévia ao projeto motivados para começar a oferecer às utentes a possibilidade de parir em posições não supinas.

As utentes, que recorrem ao Bloco de Partos do HGO, são as beneficiárias últimas do projeto de intervenção. A divulgação do projeto começou de forma contida através dos grupos de preparação para o parto dinamizados pelos enfermeiros envolvidos no projeto e visitas de grupos de grávidas ao Bloco de Partos.

Os critérios de seleção das utentes para realização do parto em posição não supina foi em primeiro lugar a decisão esclarecida da utente e ausência de condições de risco para o parto vaginal. Foi garantido o direito da utente de desistir do posicionamento verticalizado quando entende-se.

## 4- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

---

### 4.1 – OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

---

Define-se como objetivo geral deste projeto de intervenção profissional:

#### **Mudar as práticas de posicionamento no segundo estádio do trabalho de parto**

A evidência científica, relacionada com o posicionamento da mulher no segundo estádio de trabalho de parto, suporta que as mulheres devem parir na posição que considerem mais confortável, no entanto a norma parece ser as mulheres parirem deitadas ou semi deitadas frequentemente em posição de litotomia, por ser mais facilitadora para os profissionais (COPPEN, 2005). A posição supina é dominante no mundo ocidental (JONGE, 2004).

A análise antropológica e história das posições para parir mostra que as mulheres ao longo dos séculos sempre utilizaram varias formas de parir em posições verticalizadas e que quando deixadas por sua livre iniciativa assumem de forma natural a posição vertical para parir (COPPEN, 2005).

WALSH (2012) defende que considerando a forte evidência científica em favor dos posicionamentos verticais no segundo estádio do trabalho de parto, os profissionais deveriam encorajar sem margem de dúvidas, as utentes a adotar o posicionamento vertical no segundo estádio do trabalho de parto e informar sobre as desvantagens das posições de deitada ou semi deitada, como estratégia de ultrapassar três ou quatro séculos de postura de parto medicalizada.

Integramos no conceito de posição vertical para o parto, tal como proposto por WALSH (2012:73) as posições de sentada com as costas elevadas num angulo superior a 45° na cama ou fora da cama, em posição lateral, ajoelhada, de cócoras, de gatas ou em pé; enquanto nas posições de deitada consideramos a posição de semi deitada com as costas da cama num angulo inferior a 45°, deitada na horizontal e com a face para cima e a posição de litotomia.

Apesar de ser uma variante do posicionamento vertical, integramos a posição de decúbito lateral neste grupo por apesar de não se fazer sentir o efeito da gravidade a posição lateral permitir a mobilidade da bacia abrindo os seus diâmetros.

A utilização de vários posicionamentos durante o período expulsivo permite á mulher ajustar-se às mudanças de posição do feto quando desce, faz a rotação e extensão no seu percurso no canal de parto; aumentando o conforto e facilitando o progresso do bebe no canal de parto. (KEEN et al:2004).

WALSH (2012:72) cita GUPTA et al (2004) e JONGE et al (2004) que nas meta-analises realizadas sobre posições de parto encontraram como vantagens nas posições de parto verticalizadas:

- Encurtamento do segundo estadío do parto
- Menos episiotomias
- Menos partos distócicos
- Diminuição da dor
- Esforços expulsivos mais eficazes
- Menos alterações cardio fetais

Citando ainda WALSH (2012) as desvantagens dos partos em posições supinas centram-se na diminuição da oxigenação fetal, presença de mais alterações no traçado cardio fetal, segundo estadíos do trabalho de parto mais prolongados, maior probabilidade de ser submetido a outras intervenções como analgesia epidural, aceleração do parto com oxitocina, episiotomia e partos instrumentais, redução dos diâmetros da bacia, mais dor e menos participação da mulher nos esforços expulsivos.

A evidência científica a favor do posicionamento vertical no 2º estadío do parto foi identificada em estudos históricos (88%), comparativos (80%) e descritivos (92%) e em seis revisões não sistemáticas (67%) incluindo evidência empírica de 16 (64%) ensaios

randomizados, 5 (74%) estudos quási experimentais e um (50%) estudo de cohort prospetivo. (COPPEN,2005:74).

Entendemos que **Mudar as práticas de posicionamento no segundo estádio do trabalho de parto**, é uma necessidade porque as utentes o solicitam e porque a evidência científica indica que é benéfico para as parturientes favorecendo a menor intervenção no parto e promoção do parto normal.

#### 4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

---

Foram definidos dois objetivos a atingir com a população alvo:

- 1.Sensibilizar a equipa alargada de enfermagem para a temática
- 2.Implementar a realização de partos em posição não supina

##### **Sensibilizar a equipa alargada de enfermagem para a temática**

Importa-nos ultrapassar o nível do conhecimento teórico e passar a utilizá-lo na prática clínica. Para tal o envolvimento de toda a equipa é necessário. Foi necessário fazê – los sentir a necessidade da mudança, que estávamos perante uma questão de assumir o nosso conhecimento e as nossas competências enquanto grupo profissional.

##### **Implementar a realização de partos em posição não supina**

Este objetivo traduz-se no colocar em prática o conhecimento, o pisar terrenos que não dominamos, o arriscar, o ser capaz de tomar a decisão de com base no conhecimento aceitar a vontade da utente e propor de acordo com a clínica a realização de partos em posições diferentes da posição de litotomia.

Pretende-se influenciar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que nunca apoiaram as mulheres em partos em posição verticalizada a fazê-lo – com confiança, gosto e a segurança de que estão a fazer o que é correto fazer e o que as mulheres querem (COPPEN,2005).

## 5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

---

### 5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

---

As intervenções planeadas foram :

1. Apresentação do projeto à equipa alargada de enfermagem.
2. Realização de ação de sensibilização sobre vantagens do parto verticalizado, incidindo sobre a influência na dinamica mecanica do parto, ganhos fisiologicos e satisfação da utente.
3. Constituição da equipa de projeto.
4. Constituição de dossier de suporte documental, com artigos científicos.
5. Diagnóstico da situação para avaliar a motivação, e perceção das dificuldades dos elementos da equipa alargada de enfermagem face à mudança.
6. Elaboração do suporte de registo das experiências de parto em posição não supina.
7. Reunião mensal, com equipa de projeto, para análise dos casos de partos em posição não supina efetuados.
8. Partilha, na equipa alargada de enfermagem, da experiência de realizar partos em posição não supina.
9. Elaboração de um guia orientador para o procedimento de parto em posicionamentos diferentes da posição de litotomia no período expulsivo.
10. Divulgação do guia orientador.

Partimos para a sensibilização do grupo pela necessidade de se mudar as práticas de posicionamento no segundo estádio do trabalho de parto, através da análise da realidade contextual da pratica de cuidados e identificação de cuidados que embora solicitados pelas utentes e sustentados pela evidência científica não são praticados pelos enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstétrica. Sustentamos que a sua não prática não era

justificável face aos conhecimentos científicos, e ao domínio de competências previsto para o EESMO.

O projeto foi apresentado como uma necessidade no âmbito da qualidade de cuidados prestados e satisfação da utente.

Foi apresentada uma ação de formação sobre a tematica Parir em Movimento (plano sessão em anexo I) com os objetivos de identificar a importância da mobilidade da bacia óssea e das posições maternas no parto e sensibilizar os colegas para a implementação de diferentes posições maternas no 2º estágio de trabalho de parto.

A equipa de projeto foi constituída com os 5 enfermeiros especialistas que já haviam mostrado a vontade de introduzir na sua prática diária o apoio no segundo estágio em posições diferentes da posição de litotomia, e que já haviam feito formação acrescida sobre a temática. Estes cinco elementos foram reunidos na mesma equipa de trabalho, e efetuando o mesmo roulement, no sentido de se apoiarem e reforçarem mutuamente. Cabia-lhes introduzir na prática o posicionamento verticalizado da utente, e descrever a sua experiência, dificuldades e como as resolveram aos colegas. O pressuposto para a constituição desta equipa foi o da equipa de enfermagem ser influenciada pelos seus pares, que integram a equipa, na mudança e o projeto não surgir imposto por um superior hierarquico - são colegas a estimular, a partilhar a sua experiencia as suas dificuldades e como foram resolvidas.

Paralelamente foi sendo construido, através da pesquisa efetuada um dossier que reúne os artigos científicos consultados pelo grupo e os suportes da formação efetuada, para consulta e partilha com a equipa alargada permitindo a auto formação da restante equipa. A metodologia utilizada para a obtenção dos artigos teve por base uma revisão da literatura utilizando como base de dados a EBSCOhost- Research databases e Biblioteca do Conhecimento Online acessíveis a partir do sitio da Ordem dos Enfermeiros e publicados nos ultimos 10 anos. Os descritores/ “palavras-chave” que guiaram a pesquisa foram “**Birth Position**” ; “**Supine Position**” ; “**Second Stage of Labour**” ; “**Vertical Delivery**”; “**Upright Delivery**”, “**Sitting**” ; “**Squatting**” ; conjugado com “**midwife**” e posteriormente foram

sendo introduzidos descritores relacionados com os receios /dificuldades identificados pela equipa como “ **perineal trauma**”; “**tear**”; “**dystocia**”;“ **shoulder dystocia**”; “**blood loss**”; “**bleeding**” ; “**hemorrhage**”. Foram ainda introduzidos no dossier copias de capitulos de livros relacionados com o posicionamento verticalizado da utente no segundo estadio do trabalho de parto e os suportes das formações efetuadas. Em anexo VI apresenta-se o indice do dossier de suporte documental.

Para ajustar a formação ás reais necessidades da equipa foi construido e aplicado um instrumento de colheita de dados (anexo II) com vista a avaliar a motivação da equipa para aderir ao projeto e a perceção das dificuldades sentidas pela equipa alargada face aos partos em posições verticalizadas, perspetivando que estas dificuldades seriam barreiras à prossecução do projeto e que portanto seria necessario esclarecer e desconstruir o receio.

O instrumento foi criado pela equipa de projeto com o objetivo de caracterizar a equipa de enfermagem, os seus conhecimentos, fontes de informação e conhecimento sobre vantagens versus desvantagens da posição de parto verticalizada e em particular objetivar os seus receios e motivação para aderir ao projeto de implementar a realização do segundo estadio do trabalho de parto em posições verticalizadas, para a sua elaboração contribuiu a revisão de literatura efetuada e o conhecimento da equipa através dos comentários informais sobre o tema. Foi feito o preteste deste questionario com 4 enfermeiras (3 especialistas de SMO e 1 aluna da especialidade) que foram excluidas da amostra.

Foi ainda elaborado um instrumento de registo de dados obstetricos e neonatais (anexo III) relativos á gravidez e parto, de todos os partos efetuados em posição não supina que permitisse caracterizar o grupo de utentes que aceitaram ter os seus filhos em posições verticalizadas, e analisar o desfecho do parto. Este instrumento foi adaptado tendo por base a avaliação inicial da utente padronizada no SAPE ( Sistema Apoio à Pratica de Enfermagem) em utilização no serviço e foram acrescentadas questões que permitissem avaliar o conhecimento prévio da utente sobre posição de parto e como viveu a experiência. Na mesma ficha os enfermeiros identificavam as dificuldades que lhes surgiram ao efetuar o parto e como as resolveram, para posterior análise na equipa de projeto e apresentação aos colegas.

Na colaboração dos enfermeiros da equipa na fase de diagnóstico da situação, e colaboração das utentes no preenchimento " registo de dados obstetricos, neonatais e experiencia do parto em posição não supina foi garantido o direito de autodeterminação, assim com o anonimato e confidencialidade dos dados dos dados a obter.

Os dados quantitativos foram tratados através do programa informatico SPSS, 10 e as perguntas abertas através da tecnica de análise de conteúdo de Bardin.

Mensalmente, no ambito da formação em serviço, foi reservado um espaço para a partilha de experiências com a equipa alargada – o que fizeram, como fizeram , que dificuldades surgiram e como foram resolvidas. Nestes periodos de formação foi planeado ir fazendo a ligação entre as dificuldades e receios da equipa identificados através do instrumento de avaliação diagnóstica e a experiência da equipa de projeto fundamentando com a evidência científica pesquisada. (anexo V.1 e V.2)

Como última intervenção considerámos pertinente a elaboração de um guia orientador para a realização de posicionamento verticalizado da utente no segundo estadio do trabalho de parto (anexoVII), dado que a posição de cocoras têm sido a mais utilizada, o guia orientador centra-se mais na orientação do parto em posição de cocoras. Pretende-se continuar a explorar as diferentes posições verticalizadas de parto e ir atualizando o guia orientador.

O meu papel enquanto chefia era o de acompanhar a evolução do trabalho da equipa de projeto, dar reforço positivo, gerir com eles as eventuais dificuldades e apoiá-los na argumentação e sustentação da sua prática face aos colegas mais resistentes à mudança, planear os aspetos a apresentar nas reuniões mensais e eventuais reajustamentos ao planeamento inicial do projeto assim como ajudar e validar os elementos constantes do guia orientador.

## 5.2 – METODOLOGIAS

---

“Aprender na ação envolve um grupo de pessoas que trabalham sobre problemas reais e aprendem enquanto o fazem” (MARQUARDT,2011: viii).

As intervenções para levar a cabo este projeto assentaram essencialmente em dois eixos metodológicos: Formação ação e Gestão da mudança.

Entendendo a formação como “*Conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade económica.*” (TOMAS,2001) e a formação ação como uma “*..Metodologia de formação na qual a aprendizagem se processa através da análise e resolução de problemas reais.*” (TOMAS,2001) apropriamo-nos da metodologia da formação ação para desenvolver este projeto dado que importava conduzir a equipa a explorar as suas capacidades e aptidões, desconstruir os seus receios e contribuir para desenvolverem a segurança e confiança na utilização de posicionamentos verticalizados da utente no segundo estádio do trabalho de parto .

PEDDLER(2011) refere que a essência da formação ação pode ser encontrada no epíteto de Revans “*...There can be no learning without action, and no (sober and deliberate) action without learning...*” A aprendizagem está ligada á ação e surge da reflexão sobre a experiência de agir, è um processo de aprendizagem através da realização deliberada de experiências e assunção de riscos.

A formação ação integra e constroi-se apartir das melhores práticas e princípios de entre outras ciências, da gestão, educação, psicologia, dinâmica de grupos, sociologia e teoria de sistemas .É essencialmente um processo social em que os que a experimentam “*learn with and from each other* ”(REVANS,1983 in PEDLER,2011:6) e como tal têm um efeito multiplicador no grupo ou comunidade. O desconhecimento é o motor que alimenta a formação acção “*...men start to learn with and from each other only when they discover that no one knows the answer but all are obliged to find it.*” (REVANS,1983 in PEDLER,2011:6)

Os processos de formação ação para indivíduos, grupos e organizações podem contribuir para a sua capacidade de trabalhar ativamente com a incerteza e mudança contínua (McGILL & BEATY,2001:194) sendo assim um instrumento facilitador do processo de

gestão da mudança nas organizações que dispõem de um ambiente de aprendizagem conducente á sua manutenção, sustentabilidade, sobrevivência, crescimento ou transformação.

A formação ação é um processo para a reforma e liberação da visão humana nas organizações ao conferir a autoridade e responsabilidade pela análise dos problemas e implementação das estratégias, aos que tem a propriedade psicológica do problema e têm que viver com a solução que propuserem, tendo sempre como princípio que as pessoas aprendem mais efectivamente com e de colegas na mesma posição. (GARRAT,2011)

Os contextos socio economicos obrigam - nos a uma constante adaptação a novas realidades,contribuindo para melhorar a saúde das populações mas conseguindo o melhor resultado a partir dos recursos disponiveis e cada vez mais escassos, gerir esta mudança implica uma adequada liderança e a atenção a pontos fulcrais tais como pensar o processo e estrutura associados á mudança, o entendimento que a mudança é algo de pessoal e que deve envolver as pessoas que mais afecta, que deve ser apoiada a partir do topo e estar enquadrada com a visão,objectivos e estratégias da organização (SHAW,2007).

Nos cuidados na maternidade assistimos a um início de mudança do paradigma médico dominante, para cuidados na maternidade menos medicalizados. Com a diminuição geral da natalidade a nivel nacional e o aumento de oferta de cuidados, nomeadamente pelas instituições particulares, é necessário começar a induzir a procura da maternidade A ou B, oferecendo cuidados de qualidade e que a distinga das demais. A aposta em processos de melhoria continua dos cuidados e de gestão da mudança são uma necessidade imperiosa.

### 5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

---

A principal estratégia a utilizada, e dado estar perante um projeto que visa em última análise a mudança de atitudes, traduz-se numa liderança do projeto com impacto em toda a equipa através da equipa de projeto. Recorreremos a estratégias utilizadas por BASTOS (1998), utilização da persuasão através da utilização de argumentos factuais para apoiar a argumentação e dirigidos às crenças do grupo, reforço positivo e de incentivos internos de

natureza emocional e racional tais como auto imagem, identificação profissional e prestígio da unidade e da equipa de enfermagem.

Nos processos de mudança planeada temos a considerar três etapas: descongelamento, movimento e recongelamento (MARQUIS & HUSTON, 1999:94); neste âmbito criamos a necessidade de mudança na fase de sensibilização de toda a equipa e reforçamos a capacidade da equipa para mudar; na segunda fase da mudança implementámos as estratégias definidas com particular atenção ao tratamento e superação das possíveis resistências, encontramos-nos na fase final desta etapa para passarmos à fase de disseminação e estabilização da mudança na equipa de enfermagem alargada.

A formação ação é uma ferramenta com uma consistente capacidade para: resolver, eficaz e eficientemente, problemas e desafios com estratégias inovadoras e sustentáveis; desenvolver as aptidões e qualidades de liderança necessárias aos gestores do século XXI; desenvolver as equipas que continuamente melhoram a sua capacidade de desempenho e adaptação, e de capturar, transferir e aplicar o conhecimento a nível do indivíduo, do grupo, da organização e da comunidade (MARQUARDT, 2011).

Formação em ação pressupõe de acordo com MARQUARDT (2011) a existência de um problema (não implementação de posições verticais no segundo estadio do trabalho de parto), um grupo de quatro a oito pessoas (a equipa de projeto), um processo de questionamento e escuta reflexiva (como aplicar o conhecimento e evidência científica sobre posicionamento verticalizado no segundo estadio de trabalho de parto na prática), implementação da ação (posicionar as utentes em posições verticais durante o período expulsivo); o compromisso de aprender (o envolvimento e motivação da equipa de projeto) e a presença de um “*Coach*” da formação ação cujo papel foi assumido pela autora do relatório.

Cabe ao *coach* ajudar a manter o focus no problema, ajudar a equipa de projeto a refletir sobre o que estão a aprender, como resolvem os problemas, as aptidões que desenvolvem as dificuldades que subsistem, ajudar o grupo a olhar para o problema sobre outros pontos de vista e a utilizar outras técnicas. Assume em simultâneo uma função de suporte e apoio do grupo.

Criámos e utilizámos a equipa de projeto como uma estratégia normativo – educativa, utilizando as normas de grupo para socializar e influenciar os indivíduos para que a mudança ocorra; centramo-nos em determinantes não cognitivas de comportamento, orientações preceativas, atitudes e sentimentos para aumentar a aceitação da mudança (MARQUIS& HUSTON,1999).

Envolvemos a equipa no processo de mudança, ao apresentar o projeto, recolhendo as suas sugestões, fazendo-os sentir que se estava a trabalhar para dar resposta aos seus receios e dificuldades para implementar o projeto, ouvindo as suas dúvidas e valorizando as suas questões em cada reunião de partilha da evolução do trabalho da equipa de projeto. Fizemos sentir que a mudança está ao alcance de todos, pois”... *the best change is what the people think they did themselves...*” (HEATHFIELD, citando LAO TSU:2012)

Recorremos a ESMOS para influenciar ESMOS dado que ...” *Peers in large organizations are invaluable in spreading behavior change across an enterprise. In that respect, they constitute a woefully underused set of resources, mostly accessible within the "informal elements" of our organizations.*” (KATZENBACH & KHAN :2010).

#### 5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

---

O presente projeto não deu lugar a gastos acrescidos. Foram utilizados os recursos materiais e humanos próprios do serviço já identificados. As ações de formação e de feedback á equipa alargada ocorreram decorrentes do plano de formação do serviço, e integradas no horário de trabalho. O trabalho da equipa de projeto decorreu no seu período normal de trabalho e com as utentes presentes nesses turnos. O *coaching* da equipa de projeto foi efetuado enquanto chefe de serviço enquadrado no âmbito da gestão dos cuidados de enfermagem. No apoio à equipa de projeto, o correio eletrónico foi utilizado como uma forma de partilhar os documentos escritos produzidos, artigos científicos, as dúvidas, problemas e sucessos. Os equipamentos e/ou materiais específicos utilizados foram os existentes no serviço.

## 5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

---

Como atividades preparatórias:

1. Foi realizada reunião de serviço onde foi feito o ponto da situação relativamente ao projeto geral de implementação de práticas favorecedoras do parto normal e identificada a dificuldade da equipa de enfermagem do serviço de proporcionar às utentes posições não supinas para o período expulsivo e gerado o desafio de se fazer caminho nesse sentido.
2. O projeto foi apresentado em linhas gerais, em reunião de Chefes de Equipa, que se mostraram entusiasmados com a ideia, tendo-se obtido as suas opiniões e sugestões.
3. Foi informado o obstetra responsável pela Unidade e o Diretor de Serviço.
4. Foi pedida autorização ao Conselho de Administração do Hospital.(anexo IV)

## 5.6 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

---

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo em que são definidas e detalhadas as atividades a serem executadas, a dependência entre as diferentes atividades e o tempo estimado para as executar. A gestão e controlo do tempo constitui-se como um dos aspetos de maior importância na realização de um projeto, é condição básica para o seu sucesso, o uso efetivo do tempo.( MULLINS, 2001).

O cronograma foi cumprido até á fase de elaboração do guia orientador, dado que ao se entrar em período de férias foi difícil reunir os elementos do grupo, ausentes por férias ou por o movimento assistencial do serviço (associado á diminuição de recursos humanos por férias) não permitir afastar da prestação de cuidados os elementos para trabalharem no guia orientador. Esta fase prolongou-se até setembro e a divulgação do guia está prevista para a 3ª semana de outubro.

## 6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

---

### 6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

---

Os objetivos propostos foram atingidos. Foi iniciado um processo de mudança no posicionamento de utentes no segundo estádio do trabalho de parto, sendo agora necessário manter a mudança passando para a fase de recongelamento da mudança.

A equipa foi sensibilizada e reagiu globalmente de forma positiva. Foi realizada ação de sensibilização sobre vantagens do parto verticalizado, incidindo sobre a influência na dinâmica mecânica do parto, ganhos fisiológicos e satisfação da utente. Esta ação de formação foi planeada quanto aos conteúdos na equipa de projeto e apresentada por um dos elementos da equipa de projeto.

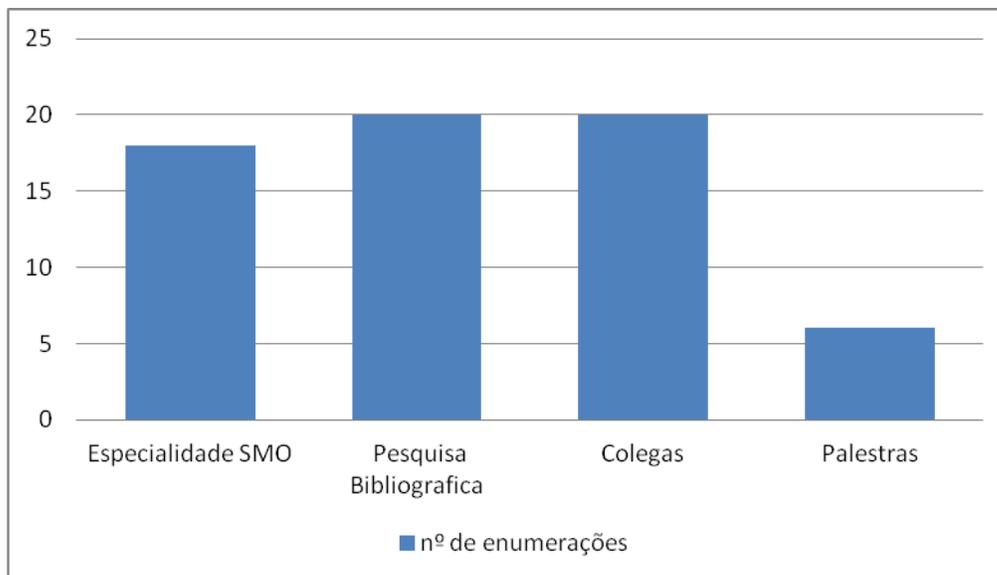
A avaliação diagnóstica inicial revelou que em termos de motivação para implementar o posicionamento verticalizado da mulher no 2º estádio do trabalho de parto numa escala de 1 a 10 em que 10 era motivação máxima, a motivação dos EESMO apresentou uma média de 8, com desvio padrão de 1,624 em que o valor mínimo atribuído foi 5 enquanto que a motivação dos enfermeiros generalistas para colaborar no processo obteve uma média de 7,91, com um desvio padrão de 2,023.

Todos os enfermeiros, exceto um enfermeiro de nível 1, conheciam outras posições de parto para além da posição de litotomia, sendo as posições mais mencionadas a posição de cócoras, de decúbito lateral e sentada.

As fontes de conhecimento relativamente às posições de parto foram essencialmente a pesquisa bibliográfica, conversas com colegas e a frequência do curso da especialidade de saúde materna e obstetrícia, no entanto é de referir que apenas 16 (69,9%) dos enfermeiros especialistas referiram ter obtido este conhecimento através dos cursos de especialidade de saúde materna e obstetrícia, apesar de a média dos anos de exercício como ESMO se situar

nos 6 anos, como uma moda e uma mediana nos 5 anos e um desvio padrão também de 4,8 anos.

GRÁFICO 2 – FONTE DE CONHECIMENTO SOBRE POSIÇÕES DE PARTO



Constatou-se que 45% dos EESMO responderam que já tinham implementado outra posição de parto alternativa à de litotomia, o que não corresponde ao conhecimento que se detêm da realidade. Confrontados com este resultado a equipa reconheceu ter havido uma má interpretação da questão, apesar de no pré teste não ter sido demonstrado dúvidas relativamente à questão.

Entre as vantagens das posições verticalizadas enumeradas pelos enfermeiros temos : Facilita a descida do feto(18),é mais confortável para a parturiente (10), é mais fisiológico (5), os esforços expulsivos são mais eficazes(6), facilita a rotação interna do feto(3),permite mais liberdade à parturiente(3),permite maior participação da grávida no trabalho de parto(3), diminuí lesões do perineo(2); encurta o 2º estádio do trabalho de parto(2), permite maior contolo da dor(1),permite a resolução de distócias(1), e permite respeitar a vontade da Mulher(1).

As desvantagens foram agrupadas por focos de atenção e enumeração das desvantagens. Os focos de atenção relativos às desvantagens dos partos em posição verticalizada identificados foram: Assepsia; Complicações; Organizacionais; Parturiente; Períneo e Profissional.

TABELA 1 – DESVANTAGENS DO PARTO VERTICALIZADO APONTADAS PELOS ENFERMEIROS

<b>Foco</b>	<b>Desvantagem</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº por foco</b>
Assepsia	Dificuldade manter regras de assépsia	1	2
	Dificuldade colocar os campos estéreis	1	
Complicações	Dificuldade resolução distócias	4	10
	Dificuldade resolver circular cervical	2	
	Risco de prolapso do cordão se Bolsa Águas Rota	1	
	Aumento perdas hemáticas	1	
	Mãe Rh- retorno sangue do cordão	1	
	Resolução distócia de ombros	1	
	Organizacionais	Necessidade de maior acompanhamento da utente	
	Limitação física do serviço	1	
Parturiente	Desconforto para a parturiente	5	9
	Maior cansaço da utente (carga Membros Inferiores)	2	
	Cansaço materno	1	
	Maior exposição/falta de privacidade	1	
Períneo	Dificuldade proteger o períneo	4	10
	Aumento lacerações períneo	4	
	Não controle saída cabeça fetal	1	
	Não visualizar o períneo	1	
Profissional	Desconforto posicionamento do EESMO	9	11
	Falta de experiencia dos profissionais	3	
	Dificuldade de posicionamento do profissional	3	
	Resistência dos profissionais	1	
	Não é prático para o enfermeiro	1	
	Dificuldade na receção do RN	1	
	Dificuldade na monitorização	2	

As desvantagens relacionadas com a assépsia foram enumeradas 2 vezes e prende-se com a dificuldade de manter regras de assépsia e dificuldade de colocar os campos estereis; com as complicações as dificuldade mais enumeradas foram a dificuldade em resolver distócias nomeadamente distócia de ombros, circulares cervicais, risco de prolapso do cordão se bolsa de aguas rota; as desvantagens centradas na parturiente estavam associadas a desconforto da parturiente, maior cansaço materno e maior exposição /falta de privacidade. Relativamente ao períneo as dificuldades apontadas foram dificuldade de efetuar a proteção do períneo, aumento de lacerações, não controle da saída cabeça fetal e não visualização do períneo. Por último as desvantagens centradas no profissional reportam-se ao desconforto e

difficuldade do posicionamento do profissional, na falta de experiência dos profissionais, no “não ser prático para o enfermeiro”.

Os receios ou dificuldades dos EESMO quando confrontados com a ideia de fazer um parto em posição verticalizada são: o como resolver uma distócia de ombros(18),resolução de uma circular cervical (15), em que altura colocar a mulher em posição vertical(12),não visualização plena do períneo(12) e saber como posicionar de forma segura a mulher.(9).

TABELA 2 – RECEIOS E DIFICULDADES ENUNCIADOS PELOS EESMOS, PARA REALIZAR UM PARTO VERTICAL

<b>Receios/ dificuldades dos ESMOS</b>	<b>Nº</b>
Como resolver uma distócia de ombros	18
Resolução de uma circular cervical	15
Em que altura colocar a mulher na posição vertical	12
Não visualização plena do períneo	12
Difícil proteção do períneo	12
Saber como posicionar a mulher de forma segura	9
Postura corporal do profissional que está a fazer o parto	9
Colocação dos campos esterilizados	7
Onde colocar o bebé	5
Manuseamento da cama de parto	3
Reação da equipa médica	2
Como fazer a dequitação	2
Onde coloca a utente as mãos para o esforço expulsivo	0
Se tiver cateter epidural será que pode assumir esta posição	0
Outras	0

Os enfermeiros generalistas referem como receios ou dificuldades a receção do recém nascido (9), saber onde se posiciona(7) , como posicionar a cama (4) e a mulher de forma segura(3).

TABELA 3 - RECEIOS E DIFICULDADES ENUNCIADOS PELOS ENFERMEIROS DE NÍVEL 1, PARA COLABORAR NA REALIZAÇÃO DE UM PARTO VERTICAL

<b>Receios/ dificuldades(enf Generalista)</b>	<b>Nº</b>
Receção do Recém-Nascido	9
Onde me posiciono	7
Manuseamento da cama de parto	4
Saber como posicionar a mulher de forma segura	3
Outras	0

Comparando a posição vertical com a posição de litotomia e classificando-a numa escala de 1 a 5 , em que 1 era o muito pior e 5 muito melhor verifica-se que todos os parametros foram classificados acima de 3 exceto o conforto para o profissional que faz o parto que obteve a pontuação média de 2,4 .O conforto da parturiente obteve um valor médio de 4,2; a eficiência dos esforços expulsivos 4,5; o bem estar fetal 3,7; a rotação do feto- 4,3; a descida do feto 4,5, o encurtamento do segundo estadio do trabalho de parto - 4, e a integridade do perineo - 3.

TABELA 4 – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANDO COMPARA A POSIÇÃO VERTICAL E POSIÇÃO DE LITOTOMIA, QUANTO AO QUE É MELHOR, NUMA ESCALA DE 1 A 5.

Posição vertical versus posição litotomia	valor médio
Conforto para a parturiente	4,1379
Eficiência dos esforços expulsivos	4,5
Bem-estar fetal	3,7419
Rotação do feto	4,3
Descida do feto	4,5161
Diminuição temporal do 2º estadio do trabalho de parto	3,9826
Integridade do períneo	3,037
Conforto do profissional que realiza o parto	2,3448

Foi implementada a realização de partos em posição não supina, no período de 1 de janeiro de 2012 a 30 março de 2012 a equipa de projeto realizou 42 partos nos quais as utentes assumiram o posicionamento verticalizado no segundo estadio do trabalho de parto na posição de cócoras e sentada com o dorso num angulo superior a 45° sem pernas nos estribos.

Na amostra o escalão etário predominante (57%) foi o escalão etário dos 20 aos 30 anos, 50% eram nulíparas e 83% não fizeram preparação para a parentalidade.

GRÁFICO 3- UTENTES QUE REALIZARAM PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE



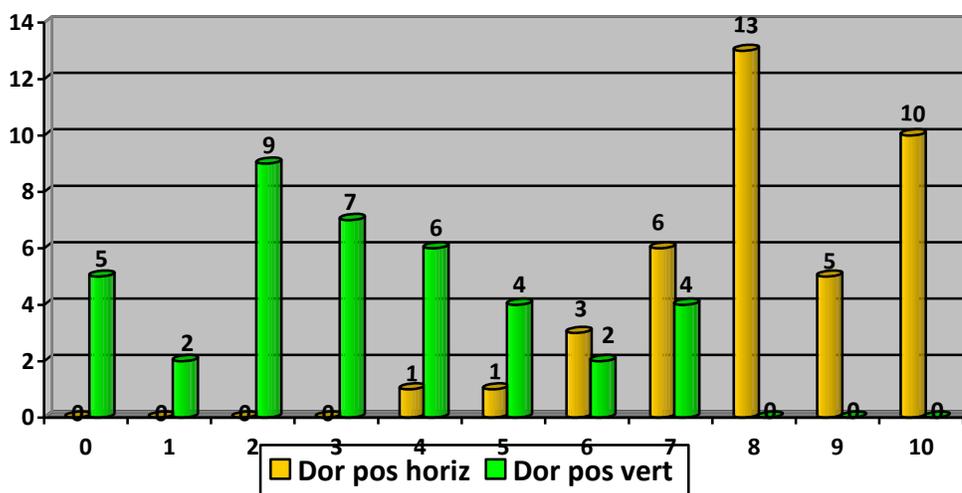
Durante o trabalho de parto 53% das utentes recorreram à analgesia loco regional para alívio da dor, 30% à analgesia endovenosa e 17% recusou qualquer tipo de analgesia.

Relativamente á dor do trabalho de parto existem duas correntes uma que defende quem em pleno século XXI com o conhecimento e técnicas disponíveis em termos de analgesia para o parto, não é justificável que a mulher viva o trabalho de parto com dor, outra corrente defende que a dor no trabalho de parto é fisiológica e parte da experiência do parto e que as utentes devem ser encorajadas a lidar com a dor do trabalho de parto. ( NCCWCH, 2007). A decisão da utente ao recusar analgesia durante o parto deve ser suportada e apoiada sem juízos de valor. O alívio da dor poderá ser efetuado através de medidas não farmacológicas, ou farmacológicas por via endovenosa ou loco regional.

Um fator que pode interferir na sensação dolorosa é a posição no parto. NILSEN(2010) refere que um estudo com 20 ensaios clínicos sobre as posições no segundo estágio do parto há diminuição da sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo na posição vertical ou lateral quando comparada com a posição supina ou de litotomia.

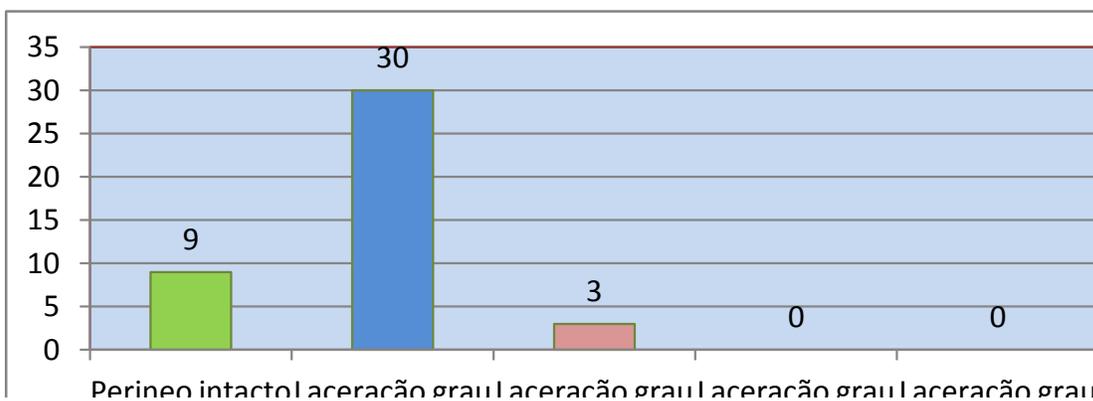
A dor percebida pela utente foi avaliada através da escala numérica de avaliação da dor, como a literatura evidência também na nossa amostra a alteração de posicionamento de supino para verticalizado alterou a perceção da dor tal como se pode analisar no gráfico seguinte. Em posição supina o valor médio atribuído à dor situou-se em 8,15 com uma moda no 8 enquanto na posição verticalizada foi atribuído um valor médio de 3,15 e a moda em 3.

GRÁFICO 4 – DOR EM POSIÇÃO SUPINA VERSUS POSIÇÃO VERTICAL NO SEGUNDO ESTADÍO DO TRABALHO DE PARTO



O tempo médio de duração do período expulsivo foi de 17 minutos e a dequitação ocorreu em média em 9 minutos.

GRÁFICO 5 – CONDIÇÃO DO PERÍNEO APÓS PARTO VERTICALIZADO



Na amostra não houve necessidade de fazer episiotomias, 9 utentes mantiveram o períneo intacto, 30 tiveram laceração de grau I e apenas 3 tiveram uma laceração de Grau II.

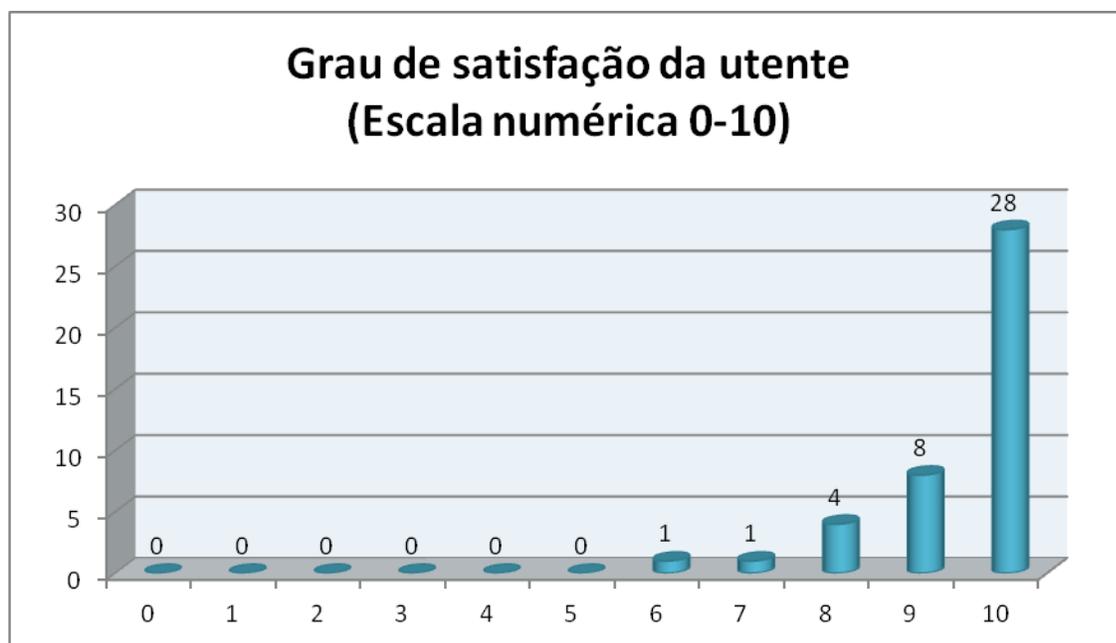
FLYNN (1997) refere que a evidência sugere que os posicionamentos verticalizados no parto diminuem a duração do segundo estádio do trabalho de parto, o número de partos instrumentais e permitem que mais mulheres mantenham o períneo intacto. BARACHO (2009) refere ter encontrado associação entre a posição horizontal de parto vaginal e maior ocorrência de episiotomias, sugerindo que a episiotomia tenha sido menos utilizada nos partos verticalizados devido ao efeito facilitador da força da gravidade mas que também pode ser decorrente da dificuldade técnica de se realizar a episiotomia em posição vertical, conclui no entanto que o posicionamento vertical no parto tem um efeito protetor para a ocorrência de episiotomia. SOONG (2005) e PRIDDIS(2011) referem que a evidência mantém-se inconclusiva relativamente ao impacto dos posicionamentos verticalizadas durante o período expulsivo nos resultados perineais e que como tal as utentes devem assumir a posição em que se sintam mais confortáveis.

Não ocorreram hemorragias nos pós partos, apenas uma utente teve lóquios aumentados no puerpério imediato. Em 67% das parturientes foi utilizada a técnica de apoio do períneo com “*hands off*”. Ocorreram 4 situações de circular cervical, uma distócia de ombro, uma procidência da mão, e uma situação de parturiente com parestesias dos pés. Em três situações ocorreu alterações da frequência cardio fetal, com o surgimento de desacelerações precoces de rápida recuperação que se constatou estar relacionado com a ocorrência de circular cervical. A resolução da circular cervical apertada foi rápida bastando proceder ao recosto da utente e laquear o cordão com os procedimentos habituais. Circulares cervicais mais largas resolveram-se espontaneamente, sem necessidade de intervenção do profissional. A distócia de ombros e procidência da mão foram de resolução espontânea após recosto da parturiente na cama. Não se conseguiu encontrar artigos que relacionassem distócia de ombros com posição adotada pela parturiente no segundo estádio do trabalho de parto. A posição de cócoras é anatomicamente idêntica á posição solicitada à utente quando ocorre distócia de ombros em posição supina e se efetua a manobra de McRoberts.

Na amostra os recém- nascidos obtiveram um apgar médio de 9,32 ao primeiro minuto, 9,92 ao quinto e de 10 ao décimo minuto; 7 recém- nascidos nasceram em posição posterior (occiput sagrada, occiput direita e esquerda posterior). O peso médio dos recém-nascidos foi de 3,185 kg, variando entre 2,340 kg e 4,075 kg.

A satisfação das utentes com a posição em que ocorreu o seu parto foi medida através de uma escala numérica de 1 a 10 em que 10 era o grau de satisfação máximo. Foi gratificante de constatar que as utentes se sentiram satisfeitas com a utilização do posicionamento verticalizado no período expulsivo como se pode constatar no gráfico seguinte. A média situa-se em 9,53 com uma moda em 10. Todas as utentes manifestaram desejar repetir a posição em futuros partos.

GRÁFICO 6- GRAU DE SATISFAÇÃO DA UTENTE COM A POSIÇÃO DE PARTO



Solicitou-se que as utentes explicitassem o que tinha sido a experiência de parir em posição verticalizada. As unidades de registo foram categorizadas em adjetivação da experiência,

processo fácil, eficácia dos esforços expulsivos, alívio das dores, processo natural, controle e nascimento do bebé.

A experiência foi adjetivada como muito boa, espetacular, algo que recomendam; parir em posição verticalizada ajudou-as no parto, particularmente, quando comparado com partos anteriores foi muito mais fácil, os esforços expulsivos foram sentidos como mais eficazes, menos doloroso, duas utentes referem mesmo ter sido indolor, encarado como um processo natural, menos invasivo, mais espontâneo permitiu que tivessem mais controle da dor, da força necessária e do seu próprio parto. O facto de poderem visualizar a saída do bebé foi também enumerado como algo positivo e que pode contribuir para uma melhor vinculação mãe – bebé.

A liberdade de adotar posições livremente , como parte de ter influência sobre o seu próprio trabalho de parto, contribui para uma melhor experiência do parto e para algumas mulheres para um bem estar emocional aumentado após o parto (De JONGE,2004). O posicionamento verticalizado têm sido associado com a percepção de redução da dor e aumento da satisfação.(PRIDDIS, 2011). Os dados obtidos por CALDERÓN (2008) relativamente aos aspetos subjetivos valorizados pela mulher suportam os achados encontrados na nossa amostra dado que as utentes também mostram uma tendência favorável ao parto vertical referindo como aspetos positivos o período expulsivo mais rápido, com menos dor, maior comodidade, mais fisiológico, mais satisfatório e participativo e referindo pretender optar em partos futuros pela posição verticalizada e recomendarem o posicionamento a outras mulheres.

TABELA 5 - EXPERIÊNCIA DE TER O BEBE EM POSIÇÃO VERTICALIZADA

<b>Foco</b>	<b>Ter o tido o bebe na posição verticalizada</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº por foco</b>
Adjetivação da experiência	Bom	4	20
	Espetacular	4	
	Experiência que recomendo a todas as futuras mães,	1	
	Fantástico	2	
	Foi ótima com exceção da dor nos pés	1	
	Gostei, já recomendei á minha irmã	1	
	Grande satisfação	1	
	Maravilhoso	1	
	Milagroso...estava a ver que ia para cesariana	1	
	Muito bom	4	
Processo fácil	Ajuda positiva	1	13
	Comparado com o outro parto assim que me pus de cócoras foi tudo mais fácil	1	
	Fácil	3	
	Muito fácil	4	
	Muito mais fácil que o parto anterior	4	
Maior eficácia dos esforços expulsivos	Força mais controlada	1	9
	Consegui fazer força de forma mais eficaz,	6	
	Mais eficaz porque sentia mais a pressão em baixo	1	
	Parecia que tinha mais força	1	
Alívio de dores	Indolor	1	8
	Menos doloroso	6	
	Não senti as dores da contração	1	
Processo natural	Não foi necessário episiotomia	1	5
	Espontâneo muito pouco doloroso	1	
	Menos invasivo	1	
	Natural;	1	
	Rápido	1	
Nascimento do bebe	Benéfico e consolador por ver o bebe a nascer	1	2
	Vi o bebe a nascer	1	
Controle	Não ser mera expectadora do meu parto	1	3
	Tive maior controle da força	1	
	Tive maior controle da dor	1	

A experiência verbalizada pelos profissionais que realizaram o segundo estádio do trabalho de parto em posição verticalizada é de realização e satisfação profissional, constata-se a melhor colaboração da mulher no período expulsivo, a existência de esforços expulsivos mais eficazes e dirigidos e a excelente aderência das utentes á medida. Constatam que é um fator facilitador treinar previamente com a utente o posicionamento, pois apesar de muitas

terem ouvido falar do parto de cócoras ou em pé, na vigilância pré-natal e preparação para a parentalidade (quando frequentada) as grávidas não têm a oportunidade para praticar os posicionamentos. Os primeiros partos foram vividos com alguma emoção e receio mas com grande satisfação pessoal e profissional, resultante do fortalecimento das habilidades e capacidades que lhes permitiu gerar mudanças nos cuidados prestados, possibilitando um atendimento diferenciado em função das necessidades e desejos da utente. A satisfação profissional é produto do investimento pessoal e grupal em torno de um objectivo comum, com reflexos positivos na assistência á utente, no reconhecimento e valorização da enfermagem obstétrica como profissão autónoma e importante para a sociedade (MONTICELLI,2008)

Foi elaborado o guia orientador para a execução do segundo estádio do trabalho de parto em posição verticalizada, nesta fase restringido ao parto de cócoras por ter sido a posição utilizada com mais frequência. (anexo VII). A sua divulgação será efetuada na terceira semana de outubro de 2012. Pretende-se que seja um documento vivo e em constante processo de melhoria e ajustamento.

## 6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

---

O projeto foi implementado com sucesso. A aderência da equipa de projeto e o desenvolvimento ocorrido foi progressivo e consistente. Obteve-se o efeito de influenciar os pares – equipa alargada, tendo alguns EESMOS que não integravam a equipa de projeto começado também a fazer partos usando a posição de sentada e de cócoras no segundo estádio mais cedo do que previsto e inclusivamente, suscitou-se o interesse da equipa médica, com alguns clínicos a pedir para ser orientados na execução do segundo estádio trabalho de parto com as utentes em posição de cócoras.

As utentes reagiram com muita abertura resultando para elas numa experiencia também gratificante e a repetir. A divulgação na comunidade foi feita pelas próprias utentes que haviam tido o parto em posições verticalizadas através da informação oral e no Blogue “De mãe para mãe” (<http://demaeparamae.pt/forum/29165>). Atualmente já somos confrontados

com utentes que chegam ao Bloco de Partos e pedem para ter o seu filho na posição de cócoras porque a irmã/ amiga/prima já lá teve o bebé assim e gostaram....

O trabalho efetuado foi apresentado pelos enfermeiros da equipa de projecto no XV Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) ocorrido em maio de 2012 em Lisboa, com excelente receptividade dos colegas presentes. O grupo foi convidado a apresentar o guia orientador á direção da APEO para eventual publicação e divulgação do mesmo pela Associação. Está em preparação um artigo científico e submetido a apreciação para publicação na Revista da APEO.

### 6.3 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

---

O projeto foi sendo avaliado a par e passo. Após a avaliação dos dados do diagnóstico de situação e sobretudo o facto de muitos enfermeiros apontarem como desvantagens o conforto da parturiente, considerou-se pertinente introduzir uma alteração ao instrumento de registo de dados obstetricos e neonatais, introduzindo a avaliação da dor antes e depois da posição verticalizada e experiência da utente relativamente ao parto.

As reuniões com a equipa de projeto permitiram ir delineando estratégias com base na reação da equipa de Enfermagem. As reuniões de formação em que se dava à equipa de enfermagem o feedback do trabalho da equipa de projeto, permitiam o questionamento e em simultaneo o desconstruir do receio, alimentando por sua vez o trabalho da equipa de projeto com novas questões para explorar ou desenvolver a fundamentação.

## 7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

---

Desenvolvemos competências no âmbito do planeamento da mudança, liderança da mudança e *coaching* da equipa.

A era de futuros relativamente previsíveis, desenvolvimento linear, racionalidade, formalismo, linhas hierárquicas e de especialização rígidas está em declínio (McGILL & BEATY, 2001:194), vivemos hoje numa era de incerteza e de contínuo ajustamento. Gerir a mudança para que a possamos integrar, e em simultâneo responder às necessidades da população que servimos de forma proactiva, orientados pelos princípios da qualidade e segurança dos cuidados que prestamos é o desafio.

Desenvolvemos a liderança da mudança, através da análise de forças existentes, do planeamento estratégico, da relação e exploração da dinâmica existente no grupo, usando estratégias de empoderamento dos elementos da equipa de forma a tornar a abordagem à mudança como algo que vem de baixo (dos enfermeiros) para cima e não numa hierarquia tal como WALSH (2012) recomenda “ *use bottom – up approaches so that midwife ownership is maximised.* ”

A International Coaching Federation define *coaching* como uma parceria continuada que estimula e apoia o cliente a produzir resultados gratificantes em sua vida pessoal e profissional expandindo e aprofundando a sua capacidade de aprender, aperfeiçoando o seu desempenho. É uma forma de provocação construtiva, de desafio e estímulo de facilitação da aprendizagem de forma a incorporar novas habilidades e capacidades. (KRAUSZ, 2007)

O *coaching da equipa* foi uma constante quer na fase preparatória preparando o ambiente e reduzindo os potenciais obstáculos no percurso, quer apoiando, estimulando dando suporte ao longo do processo de desenvolvimento do projeto. Utilizámos a persuasão sustentada por argumentação factual. Reforçamos positivamente. Geramos incentivos de natureza emocional tais como auto imagem, identificação profissional e prestígio da unidade e da equipa de enfermagem.

A equipa desmistificou os seus receios relativamente aos posicionamentos verticais no segundo estádio do trabalho de parto. Passou a ter uma atitude mais proactiva relativamente aos posicionamentos no segundo estádio.

## 8 - CONCLUSÃO

---

A enfermagem deve sustentar a sua prática na evidência científica. Quando educados num contexto biomédico em que se considera a medicalização do parto como seguro, implementar medidas de desmedicalização do parto implica um processo de mudança lento e complexo em que para além da introdução de novos conceitos, e colocar os profissionais em contacto com a evidência científica mais recente é necessário mudar atitudes e comportamentos enraizados numa lógica de medicalização do parto associada ao conceito de segurança e na socialização multidisciplinar na qual o poder médico assume preponderância.

Exercer a autonomia do enfermeiro especialista é saber fundamentar os cuidados que presta a luz da melhor evidência científica e ser capaz de tomar a decisão de sair da norma tendo em conta a avaliação clínica e decisão esclarecida da utente que cuida.

Quando não treinada a aptidão para apoiar trabalhos de parto e partos não medicalizados, gera insegurança nos profissionais e receios de má prática porque como refere WALSH (2012) a aptidão prática para apoiar partos normais pode ser tão-somente “desaprender” (a intervir), manter as mãos quietas e literalmente não fazer nada e acompanhar um parto em posição vertical, um terceiro estádio do parto fisiológico ou um parto na água pode significar fazer menos do que fazer mais.

Com a implementação do projeto - Posicionamento da utente no segundo estádio do trabalho de parto- contribuámos para implementar outros posicionamentos no período expulsivo que não a posição de litotomia e para que os profissionais adquiram uma postura menos intervencionista no parto, respeitando a vontade da utente, proporcionando-lhe mais

conforto, promovendo o empoderamento e envolvimento do casal, num ambiente de segurança para utentes e profissionais. Acreditamos estar a contribuir para a melhoria dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

No ambiente do exercício clínico os processos de melhoria continua dos cuidados de enfermagem, associados a processos de liderança eficientes criam condições para que a mudança possa ocorrer, no entanto para que seja bem sustentada exige a necessidade de apoio e suporte contínuo, assim como a valorização de todas as conquistas conseguidas durante o processo de mudança.

Concordamos com CALDERÓN (2008) quando refere que é necessário que todos os que atendem partos considerem a necessidade de se capacitarem para poder apoiar partos em posições verticalizadas, dado os benefícios que são conhecidos e porque não podemos/devemos fugir dessa responsabilidade se a utente o solicita. Será também responsabilidade das Instituições de Ensino Superior integrar nos seus currículos a assistência a partos em posicionamentos alternativos á posição de litotomia e trabalhar em parceria com as instituições onde decorre o exercício clínico de forma a influenciar, estimular e apoiar a alteração das práticas de cuidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). **Nursing care and management of the second stage of labor**, second edition. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN); 2007. 53 p. [181 references]
- BARACHO,S et al - **Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 9(4) outubro/decembro.Recife.2009.p 409-414
- BASTO, Marta L – **Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras**. Lisboa: Rei dos Livros.1998. 203 p.
- BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M. – **Enfermagem na maternidade**. 4.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lusociência, 1999. 1017p.
- CALDERÓN, J et al - **Parto Vertical: retornando a una costumbre ancestral**. *Revista Peruana de Ginecologia Obstétrica*. vol54:1. Enero-Marzo 2008;p49-5
- COPPEN, Regina –**Birthing positions: do midwives know best?**.London:MA Healthcare limited 2005.218p.
- DIFRANCO, J.; KEEN, R.; ROMANO, A. - **Care Practice: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions**. The Journal of Perinatal Education. Volume 16, number 3. 2007. 35-38p
- DIRETIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO** de 7 de setembro de 2005
- DOWNE, SOO – **Normal Childbirth: Evidence and Debate**. 2sd. Churchill Livingstone Elsevier.2008. 200 p.
- FLYNN,P et al - **How can second-stage management prevent perineal trauma ? critical review**. *Canadian Family Physician* Vol 43 January 1997 p.73-84.
- GARRATT, Bob - **The Power of Action Learning**, in PEDDLER,Mike et al -*Action Learning in Practice*. 4th ed Surrey:Gower Publishing ld 2011 p 21-34

HEATHFIELD,Susan M - **Change Management Wisdom: Consequences and Employee Involvement During Change.**

[http://humanresources.about.com/od/changemanagement/a/change\\_wisdom\\_2.htm](http://humanresources.about.com/od/changemanagement/a/change_wisdom_2.htm),

acedido em 8-2-2012

**INICIATIVA PARTO NORMAL** – Documento de consenso da Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Loures: Lusociência, 2009. 114p.

JONGE, A. De ; LAGRO-JANSSEN, A. L. M. - **Birth positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2004 25:47–55.

JONGE, A.; LAGRO-JANSSEN, A.; SCHEEPERS, P.; TEUNISSENT, D.; van Diem, M. - **Womens positions during the second stage of labour: views of primary care midwives.** JAN ORIGINAL RESEARCH – Blackwell Publishing Ltd. March, 2008. 347-356p.

KATZENBACH,Jon R.; KHAN,Zia - **Positive Peer Pressure: A Powerful Ally to Change.**Harvard Business Review.

[http://blogs.hbr.org/cs/2010/04/positive\\_peer\\_pressure\\_a\\_power.html](http://blogs.hbr.org/cs/2010/04/positive_peer_pressure_a_power.html) acedido em 8/2/2012

KRAUSZ, Rosa - **Coaching Executivo - a conquista da liderança.** São Paulo ed Nobel.:2007 p 209.

LEITE,L et al -**Documento de Consenso” Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada”.**ed Ordem dos Enfermeiros.Maio.2005.35p.

MARQUARDT. Michael J.- **Optimizing the power of action learning : Real Time Strategies for Developing Leaders, Building Teams and Transforming Organizations.** 2sd ed. Boston: Nicholas Brealey Publishing.2011.236p.

MARQUARDT. Michael J.- **Optimizing the power of action learning : Soling Problems and Building Leaders in Real Time.** 1st ed. Boston: Nicholas Brealey Publishing.2004.210p.

- MARQUIS, Bessie L; HUSTON, Carol J. – **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda. 1999. 557 p.
- McGILL, Ian; BEATY, Liz – **Action Learning: a guide for professional, management and educational development**. 2nd ed. New York: RoutledgeFalmer. 2001. 262 p.
- Ministry of Health, General Directorate of People's Health, National Sanitation Strategy for Sexual and Reproductive Health - **Technical Standard for Vertical Delivery with Intercultural Adaptation** (N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V.O1) - Lima: Ministry of Health, 2005 38 page
- MONTICELLI, M et al - **Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade**. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Jul- Set; 17 (3): 482-491.
- MULLINS, Laurie J - **Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional**. 4ª ed Artmed editora .São Paulo: 2001 ISBN 0582432251. 395 p.
- NCCWCH (National Collaborating Centre for women's and Children's Health) - **Intrapartum Care - care of healthy women and their babies during childbirth**. Clinical Guideline. September 2007. RCOG: London. 332 p.
- NIESEN, E ; SABATINO, H; LOPES, M - **Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições**. *Revista Escola Enfermagem Universidade de Sao Paulo* 2011; 45 (3) : 557-565
- O'NEIL, Judy; MARSICK, Victoria J. – **Understanding Action Learning : Theory into practice**. New York: AMACOM (American Management Association). 2007. 230 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Documento de consenso entre a Ordem dos Enfermeiros e Ministério da Saúde - Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde**. Acedido em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – UNIDADE DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL – **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996. 54p

- PEDDLER, Mike -**The state of art** , in PEDDLER,Mike et al -*Action Learning in Practice*. 4th ed Surrey:Gower Publishing Id 2011. xxi-xxvii
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – Saúde Materno Infantil - **Rede de Referência Materno Infantil**. Lisboa:DGS,2001. 72p
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.
- PRIDDIS,H;DAHLEN,H;SCHMIED,V - **What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature**. *Women and Birth* (2012) 25, 100—106
- REVANS, Reg -**It's Origins and Nature** , in PEDDLER,Mike et al -*Action Learning in Practice*. 4th ed Surrey:Gower Publishing Id. 2011p5-10
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour 4th edition : **Positions for labour and birth. Midwifery practice guideline** . May 2008.p7.
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour 4th edition : **Care of the Perineum. Midwifery practice guideline** . May 2008.p8.
- SCHMID,VERENA – **The need to reconceptualise birth and harmonize the technological and biological models** – in, DONNA, Sylvie – Promoting normal birth research, reflections & guidelines .Fresh Heart.2011.UK .p35.
- SHAW, Sally - **Liderança para a mudança-manual do participante**. International Council of Nurses. Genebra . 2007.
- SOONG,Barbara;BARNES, Margaret - **Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?** *BIRTH* 32:3. September. 2005. Blackwell Publishing, Inc 164-169
- TOMAS, Manuel [et al] – **Terminologia de Formação Profissional –alguns conceitos base III**. Comissão Interministerial para o Emprego (CIME). DIREÇÃO-GERAL DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL. Lisboa.2001. 3p.

WALSH,DENNIS – **Evidence – based Care for Normal Labour and Birth – a guide for midwives.** 1 st Edition Routledge.2007.181 p.

WALSH,DENNIS – **Evidence and skills for Normal Labour and Birth – a guide for midwives.** 2 nd Edition Routledge.2012.206 p.

## ANEXO I – PLANO DE SESSÃO SENSIBILIZAÇÃO

---

## ANEXO II - INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

---

ANEXO III - FICHA DE COLHEITA DOS DADOS PARTOS EM  
POSIÇÃO VERTICALIZADA

---

## ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO

---

## ANEXO V – AÇÕES FORMAÇÃO

---

## ANEXO V.1 - AÇÃO SENSIBILIZAÇÃO

---

ANEXO V.2 – FEEDBACK Á EQUIPA ENFERMAGEM ALARGADA (USADO EM 2  
SESSÕES)

---

## ANEXO VI - ÍNDICE DO DOSSIER DE SUPORTE DOCUMENTAL

---

## ANEXO VII – GUIA ORIENTADOR

---

