

A importância da participação do pai durante o trabalho de parto

Relatório de estágio

Sofia Patrícia da Costa Gonçalves

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PAI
DURANTE O TRABALHO DE PARTO

THE IMPORTANCE OF FATHER'S
PARTICIPATION DURING LABOR

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Cândida
Koch

Sofia Patrícia da Costa Gonçalves

Porto, 2020

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Findo este capítulo da minha vida, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que de forma direta ou indireta se envolveram e tornaram este feito possível.

À minha orientadora, Professora Doutora Cândida Koch, pelo apoio, pela dedicação, colaboração e disponibilidade demonstrados desde a idealização até à concretização deste trabalho. Agradeço o constante encorajamento e a orientação imprescindível.

A todos os restantes professores que fizeram parte deste percurso, contribuindo para o sucesso do meu desenvolvimento académico e conclusão desta formação.

Às minhas tutoras de estágio, Enfermeira Marília Pinto, Alexandra Cardoso, Ana Cristina Almeida e Fátima Pinto por me terem proporcionado momentos únicos de aprendizagem e por toda a motivação e disponibilidade.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão, motivação e incentivo demonstrados ao longo destes dois anos de curso.

À minha mãe, pelo apoio incansável e encorajamento nos momentos mais difíceis desta etapa extremamente marcante da minha vida. Agradeço por nunca desistir de me ajudar e tornar uma pessoa ainda melhor.

À minha irmã, pela preocupação e exemplo de determinação.

Ao meu namorado, pelo carinho e compreensão e por nunca me ter deixado desistir dos meus sonhos, motivando-me dia após dia.

Aos meus amigos, por apoiarem a minha caminhada, incondicionalmente.

RESUMO

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional que engloba os módulos de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, Pós-Parto e Parentalidade, inserido no 2º ano do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, realizámos o Relatório de Atividades, relativo ao estágio, apresentando as intervenções desenvolvidas ao longo da prática clínica no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa que nos permitiu adquirir e desenvolver as competências necessárias para a prática de enfermagem especializada, no âmbito da saúde materna e obstétrica, e na promoção da parentalidade.

Ao longo do relatório refletimos sobre esse percurso de aprendizagem, revendo as nossas práticas nos cuidados especializados à mulher, ao recém-nascido e à família.

Pretendemos, ainda, evidenciar a problematização da prática clínica, bem como o desenvolvimento das competências de investigação que deve constituir, igualmente, uma constante na prática de enfermagem. Neste contexto, pretendeu-se melhorar o conhecimento sobre a importância da participação do pai no trabalho de parto e no nascimento, com a finalidade de desenvolver estratégias, ao nível dos cuidados de enfermagem, promotoras e facilitadoras da sua presença e participação ativas durante o trabalho de parto, promovendo-se assim uma maior satisfação nessa experiência memorável para o casal.

Estabelecemos como objetivos a identificação dos fatores inibidores da intervenção paterna no trabalho de parto e parto e a identificação das estratégias promotoras de uma presença e participação ativas.

Os resultados encontrados reforçam a importância de se continuar a incentivar a participação dos pais no trabalho de parto e parto, através da divulgação de informações pertinentes e, desta forma, contribuir para a reconstrução social do papel do homem no exercício da sua paternidade. Os vários artigos analisados salientam que a presença e a participação do pai durante o trabalho de parto e parto favorecem a criação de vínculos entre pai-mãe-bebé, aumentam a relação de intimidade e partilha entre o casal, favorecendo a estrutura familiar e facilitando o trabalho de parto, na medida em que a parturiente acompanhada, apoiada e mais confiante será mais colaborante e estará mais tranquila.

Palavras-chave: enfermagem, pai, trabalho de parto, nascimento, participação do pai.

ABSTRACT

In the scope of the Internship of a Professional Nature that includes the modules of Pregnancy with Complications, Labor and Childbirth, Postpartum and Parenting, inserted in the 2nd year of the Study Plan of the Master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, of the Escola Superior de Enfermagem do Porto, we carried out the Activity Report, related to the internship, presenting the interventions developed throughout the clinical practice to be developed at the Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa that allowed us to acquire and develop the necessary skills for specialized nursing practice, in the field of maternal and obstetric health, and in the promotion of parenting.

Throughout the report we reflect on this learning path, reviewing our practices in specialized care for women, newborns and family.

We also intend to highlight the problematization of clinical practice, as well as the development of research skills, that should also be a constant in nursing practice. In this context, it was intended to improve the knowledge about the importance of the father's participation in labor and birth, with the purpose of developing strategies, at the level of nursing care, promoting and facilitating their active presence and participation during labor, thus promoting greater satisfaction in this memorable experience for the couple.

We established as objectives the identification of the inhibitory factors of paternal intervention in labor and delivery and the identification of strategies that promote an active presence and participation.

The results reinforce the importance of continuing to encourage the participation of parents in labor and delivery, through the dissemination of relevant information and, thus, contribute to the social reconstruction of the role of man in the exercise of his fatherhood. The various articles analyzed highlight that the presence and participation of the father during labor and delivery favor the creation of bonds between father-mother-infant, increase the relationship of intimacy and sharing between the couple, favoring the family structure and facilitating labor, to the extent that the accompanied, supported and more confident parturient will be more collaborative and will be more peaceful.

Keywords: nursing, father, labor, birth, participation of the father.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

bpm - batimentos por minuto

CHTS - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CTG - Cardiotocografia

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção-Geral da Saúde

dL - decilitro

DLE - Decúbito Lateral Esquerdo

DPPNI - Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

ECG - Eletrocardiograma

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EPF - Estimativa de Peso Fetal

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenosa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

GIG - Grande para a Idade Gestacional

gr - grama

HTA - Hipertensão Arterial

IgA - Imunoglobulina A

IgG - Imunoglobulina G

IgM - Imunoglobulina M

IMC - Índice de Massa Corporal

kg - quilograma

L3 - Lombar 3

L4 - Lombar 4

L5 - Lombar 5

LA - Leite Adaptado

LIG - Leve para a Idade Gestacional

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MeSH - *Medical Subject Headings*

mg - miligrama

mg/dL - miligrama por decilitro

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MH - Mola Hidatiforme

ml - mililitro

ml/h - mililitro por hora

mmHg - milímetro de mercúrio

NaCl - Cloreto de Sódio

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

O₂ - Oxigênio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

P.O - Per Os

PA - Pressão arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCEA - *Patient-Controlled Epidural Analgesia*

PMI - Ponto de Impulso Máximo (PMI)

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

RN - Recém-Nascido

RPM - Ruptura Prematura de Membranas

S5 - Sacral 5

SC - Subcutânea

SGB - *Streptococcus B-hemolítico*

SNC - Sistema Nervoso Central

SOGC - *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

T10 - Torácica 10

TP - Trabalho de Parto

UI - Unidades

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	27
1.1. Gravidez com complicações	29
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	37
2.1. Cuidar da mulher durante o primeiro estadio do trabalho de parto.....	40
2.2. Cuidar da mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto	52
2.3. Cuidar da mulher durante o terceiro e quarto estadios do trabalho de parto	57
3. A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PAI DURANTE O TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	59
3.1. Contextualização	59
3.2. Questão de investigação	60
3.3. Método de investigação	61
3.4. Apresentação e análise dos resultados	61
3.5. Discussão	67
3.6. Conclusão	68
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE.....	69
4.1. Acolhimento da puérpera/casal e do recém-nascido	70
4.2. Avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido.....	72
4.3. As necessidades da mulher no contexto do puerpério.....	75
4.3.1. Atividades de vigilância/diagnóstico e promoção do autocuidado.....	75
4.3.2. Cuidar da puérpera com patologia associada à gravidez	86
4.4. As necessidades do recém-nascido	87
4.4.1. Atividades de vigilância/diagnóstico e promoção da parentalidade.....	87
4.4.2. Promover o contacto pele-a-pele e o risco de hipoglicemia.....	87
4.4.3. Avaliar os conhecimentos e competências parentais	89
4.4.4. Cuidar do recém-nascido com icterícia neonatal	97
4.5. Preparação para a alta	98

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	101
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de grávidas com complicações	30
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Cardiotocografia intraparto: critérios de classificação, interpretação e abordagem	47
Quadro 2: Índice de Bishop.....	51
Quadro 3 - Análise do artigo: Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento.....	62
Quadro 4 - Análise do artigo: Participación paterna en la experiencia del parto	63
Quadro 5 - Análise do artigo: Contextos, Experiências e Significados em torno da Presença do Homem (Pai) no Parto: Realidades e desafios	64
Quadro 6 - Análise do artigo: Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto	65
Quadro 7 - Análise do artigo: Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos.....	66

INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) confere ao enfermeiro o grau de Mestre e certifica que este reúne as condições básicas para realizar investigação. Para além disso, dada a sua natureza e conteúdo, permite ao enfermeiro desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados na área específica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro de 2011) e conforme a Lei n.º 9/2009, de 4 de março (Artigo 39.º).

Em Portugal, segundo o Decreto-Lei N.º 333/87 de 1 de Outubro, o título profissional atribuído a quem desenvolve as atividades de “parteira”, denominação aceite em outros países, é o de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

De acordo com o plano de estudos do MESMO, o 2.º ano integra a unidade curricular “Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto”, com a carga horária total de 1000 horas, distribuídas da seguinte forma: Gravidez com Complicações, 100 horas; Trabalho de Parto e Parto, 500 horas; Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade, 300 horas; 75 horas de Orientação Tutorial para a elaboração do Relatório de Estágio, sendo 25 destas horas de orientação presencial com o docente orientador.

O estágio iniciou-se em setembro de 2018 e terminou em julho de 2019, tendo-se realizado no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), pertencente ao concelho de Penafiel.

O município de Penafiel, fundado em 1519, pertence ao distrito do Porto, região do Norte e sub-região do Tâmega e Sousa. Abrange uma área de 212,24 km² e é formado por 28 freguesias com uma população de 72 265 habitantes. O sistema empresarial de Penafiel baseia-se sobretudo na construção (24,7%), retalhista (21,3%), serviços (15,4%) e indústrias transformadoras (14,6%). A estrutura económica deste concelho também se apoia na agricultura, pecuária, pesca e caça, alojamento e restauração, atividades imobiliárias e telecomunicações.

De acordo com a informação disponibilizada pelo CENSOS de 2011, a estrutura familiar mais presente na região de Penafiel é a nuclear, com cerca de 13 mil famílias, seguindo-se o tipo de família alargada, cerca de 9 mil famílias. A idade média da população situa-se na faixa etária dos 20-64 anos e, cerca de 20 mil habitantes, têm somente o ensino básico.

Os objetivos estipulados para o estágio foram: demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família

na gravidez com complicações, durante o trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica; operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do presente relatório.

O estágio de gravidez com complicações realizou-se no Serviço de Obstetrícia II, situado no piso seis do CHTS, onde estavam internadas grávidas com alguma complicação relacionada com a gravidez, bem como grávidas que aguardavam cesariana eletiva e utentes do foro ginecológico. O serviço é constituído por quatro enfermarias e cinco quartos individuais, tendo uma capacidade para alocar 21 utentes. Relativamente à organização da equipa de enfermagem, no turno da manhã, encontravam-se ao serviço quatro elementos, o turno da tarde era assegurado por três elementos e o da noite por dois elementos. Regra geral, em cada turno deveria existir, pelo menos, um enfermeiro especialista na área de saúde materna e obstétrica.

No mesmo piso, encontra-se o Serviço de Obstetrícia I, comumente conhecido por puerpério. Constituído por seis enfermarias e dois quartos individuais, tem capacidade para 26 puérperas e respetivos recém-nascidos. Quanto à organização dos enfermeiros, encontravam-se escalados quatro para o turno da manhã e dois para o turno da tarde e noite. À semelhança do que acontece no Serviço de Obstetrícia II, é assegurada pelo menos a presença de um EESMO em cada turno.

O bloco de partos situa-se no piso quatro, sendo constituído por duas salas de vigilância, com duas camas em cada, três salas de expectantes, sete salas de parto, central de vigilância de enfermagem, armazém, gabinete da Enfermeira Chefe, gabinete de reuniões, admissão, sala de desinfeção e sala de preparação de medicação.

O artigo publicado em Diário da República no Decreto-lei n.º 9/2009, de 4 de março, relativo ao reconhecimento das qualificações profissionais para a aquisição do título de EESMO, preconiza que o enfermeiro deve realizar:

- O número mínimo de 40 partos ou 30 partos e 20 partos participados;
- A vigilância e os cuidados prestados, no mínimo, a 40 mulheres em situação de risco durante e depois do parto;
- A vigilância e cuidados a pelo menos 100 parturientes e 100 recém-nascidos saudáveis.

A realização dos partos, a vigilância de mulheres em situação de risco e a vigilância de puérperas e recém-nascidos foi sempre acompanhada por uma EESMO, fundamental em todo o processo de aprendizagem.

Durante a prática clínica, em contexto de trabalho de parto e parto, a importância da participação do pai durante o trabalho de parto, surgiu como temática de interesse e, por essa razão, decidiu-se realizar uma revisão integrativa da literatura de forma a auscultar o que a literatura oferecia sobre este tema.

A Prática Baseada na Evidência permite a mudança de uma prática baseada em tradição, rituais e tarefas, para uma prática baseada em conhecimento comprovado (Galvão & Sawada, 2003).

Atualmente, a figura paterna adquiriu um estatuto de maior relevo do que aquele que detinha antigamente. De acordo com Bayle (2006), o pai vivencia a paternidade de uma forma diferente e acompanha mais precocemente a gravidez da mulher. É um ser muito mais interessado e participativo, tanto nas primeiras consultas e exames de diagnóstico, como no momento do parto. O facto de o pai estar mais presente, leva a que se aperceba do desconforto da mulher face à dor, ajudando-a a controlar a respiração e, muitas vezes, apenas com a sua presença permite que a mulher fique mais confiante e relaxada.

Foram definidos como objetivos da revisão integrativa da literatura a identificação dos fatores inibidores da intervenção paterna no trabalho de parto e a identificação das estratégias promotoras de uma presença e participação ativas.

É importante destacar a escassez de estudos que avaliam e analisam a presença paterna durante as diferentes fases do trabalho de parto e no próprio momento do parto.

Nos próximos capítulos serão apresentadas as atividades desenvolvidas ao longo de todo o estágio, começando pelas experiências no módulo de gravidez com complicações, seguindo-se o trabalho de parto e parto e, por fim, pós-parto e parentalidade. Será também abordado todo o processo que constituiu a revisão integrativa da literatura.

1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Este módulo é referente à vigilância de mulheres com uma gravidez com complicações, ou seja, com algum tipo de patologia associada. Logo nos próximos parágrafos, ir-se-á explanar as patologias mais comuns na gravidez e que foram mais vivenciadas por nós ao longo do estágio.

O módulo de Gravidez com Complicações foi pautado por vários momentos de aprendizagem de extrema importância, quer pela observação da realidade, quer pela aplicabilidade prática de todos os conhecimentos teóricos e teórico-práticos, potenciando uma evolução significativa na formação como especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

De acordo com o estipulado no Plano de Estudos são objetivos deste estágio: desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez de risco; demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez de risco.

De modo a desenvolver as competências, enquanto futura EESMO, foram delineados os seguintes objetivos pessoais: conhecer a estrutura orgânica e funcional do serviço; desenvolver competências para trabalho em equipa, de forma a estabelecer uma relação facilitadora de aprendizagem e possibilitar um ambiente promotor de trabalho; consultar, estudar e integrar os protocolos do serviço, de forma a implementar cuidados uniformizados; adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos e destreza prática para prestar cuidados de excelência e com rigor; avaliar criticamente as intervenções e atividades desenvolvidas; prestar cuidados especializados à mulher e família com gravidez de risco; desenvolver competências de diagnóstico em Enfermagem identificando as necessidades, dúvidas e dificuldades sentidas pela mulher e família; estabelecer uma relação terapêutica com a grávida e família, de forma a criar um clima de confiança e disponibilidade; aumentar o conhecimento da grávida e família sobre autovigilância e autocuidado durante a gravidez; desenvolver competências na documentação do Processo de Enfermagem no S-Clínico, utilizando linguagem classificada CIPE.

Tendo em conta os objetivos mencionados, pretendia-se aprender e implementar o que se denomina de uma prática de excelência.

A prestação de cuidados de enfermagem de excelência só pode ser alcançada através do desenvolvimento do conhecimento e da prática profissional baseada em evidência cientificamente comprovada. A prática de enfermagem baseada na evidência (PBE) consiste na aplicação consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência atual na tomada de

decisão inerente ao cuidar individual do utente (Atallah & Castro, 1998). De acordo com Craig e Smyth (2004), significa não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas ainda assegurar que o que é feito é feito “bem”. Atallah (1998) indica que a PBE é o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Esta utiliza as provas científicas disponíveis no momento, detentoras de boa validade interna e externa, para aplicação na prática clínica.

O EESMO, dotado das competências necessárias, está apto para solucionar problemas de saúde complexos e intervir baseado em conhecimentos científicos sólidos.

No módulo de estágio de “Gravidez com Complicações” foi possível adquirir competências na área da patologia materno-fetal, refletir sobre as repercussões para a mulher/família e analisar criticamente as práticas implementadas no CHTS, bem como aquelas por nós desenvolvidas.

A reprodução e, consequentemente, a gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo indispensável à renovação geracional, englobando o período de formação de um novo ser. Este período da vida da mulher, que se inicia aquando da conceção, estende-se por cerca de 40 semanas, terminando no parto/nascimento (Australian Government Department of Health and Ageing, 2012). É um período em que ocorrem alterações profundas no que respeita ao estilo de vida, provocando mudanças não apenas na vida pessoal, mas também na vida do casal e de toda a família. É também uma fase de preparação física e psicológica, para o nascimento e para a parentalidade (Mendes, 2009).

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que acarreta, pelas mudanças envolvidas e pela adaptação necessária que o nascimento de uma criança provoca no seio familiar. A adaptação à parentalidade engloba: comportamentos de ajustamento à gravidez; empreender ações para se preparar para ser mãe ou pai; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE, 2011). A transição para a parentalidade é uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais (Meleis, 2010) com que as famílias se confrontam ao longo da sua existência. Esta transição, da mulher, implica: aceitação da gestação; identificação com o papel de mãe; reorganização dos relacionamentos pessoais; estabelecimento de uma relação afetiva com o feto; preparação para a experiência do parto (Lowdermilk, Perry, Cashion & Alden, 2013).

Segundo Ferreira (2013), as dúvidas e as preocupações acompanham a mulher ao longo de toda a gravidez, contudo, existem aspetos que podem ser mais característicos de determinadas fases. O primeiro trimestre de gravidez corresponde ao início da gestação e caracteriza-se pelo reconhecimento e aceitação de uma nova condição, quer pela grávida quer pelos que a rodeiam. É considerado um período de integração e é nesta altura que ocorrem ligeiras alterações corporais frequentemente acompanhadas por náuseas e vômitos,

oscilações de humor, aumento de sensibilidade e medo de abortar. Geralmente descrito como o período mais estável em termos psicológicos, o segundo trimestre de gravidez, caracteriza-se pela percepção dos movimentos fetais. Neste período, a mulher toma consciência da autonomia do feto e do seu desenvolvimento, e compreende que é incapaz de controlar esse processo, sendo um período caracterizado pela diferenciação fetal. Por sua vez, o terceiro trimestre caracteriza-se pela grande ansiedade da grávida, face à iminência do parto. Corresponde à fase de separação, em que a grávida encara o parto como o momento, a partir do qual, se irá desligar da gravidez.

1.1. Gravidez com complicações

A gravidez é um momento de grandes mudanças e oscilações, ao nível biológico, psicológico e social, e um internamento, nessa fase, acarreta também variadíssimos sentimentos e mudanças, podendo causar alterações psicológicas na grávida (ansiedade, solidão, medo ou culpa). Salienta-se, assim, a importância dos cuidados de enfermagem, tendo em vista a saúde mental da mulher. A hospitalização não está implícita em todas as gravidezes de elevado risco, no entanto, é importante em situações que impliquem uma vigilância e monitorização diária da grávida e/ou do feto, que ao longo da gravidez evidencie uma agudização de patologias associadas ou que apresente critérios para internamento súbitos.

Considera-se uma gravidez de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida/feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Graça, 2017).

Ao longo do estágio apercebemo-nos de que as grávidas internadas sentiam algumas das emoções acima descritas. As intervenções implementadas visaram informar a grávida sobre a patologia, explicando não serem elas a causa da situação clínica que originou internamento, promover o autocuidado e incentivar a expressão dos seus receios e sentimentos.

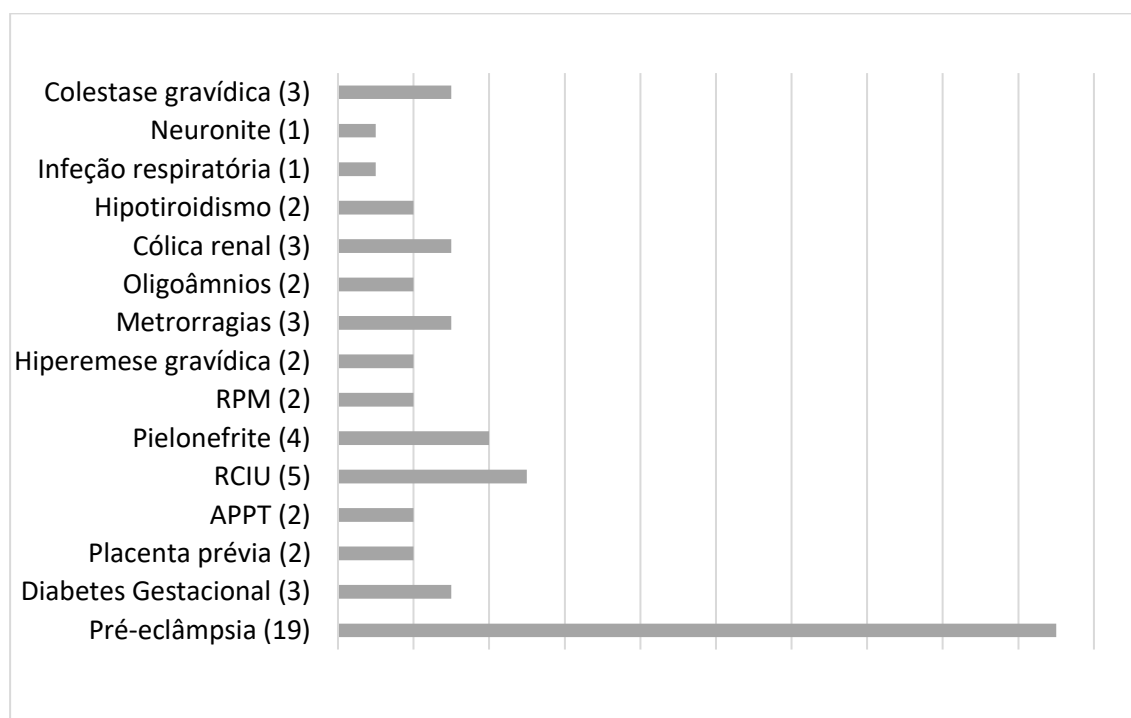
A gravidez é um momento de alguma instabilidade emocional, sendo mais notório em algumas mulheres do que noutras, dependendo da sua personalidade, das condições a que estão sujeitas, do tipo de apoio que recebem e ainda das suas estratégias de *coping*. Quando surge alguma complicação e, consequentemente, a necessidade de internamento, acentua-se a importância dos enfermeiros pela sua capacidade de diagnosticarem precocemente os problemas e implementarem intervenções individualizadas que respondam às necessidades de cada mulher. Para além disso, as enfermarias tornam-se num espaço de sofrimento físico e psicológico, devido ao tempo de internamento poder ser mais ou menos longo, e ao facto

de permanecerem num local desconhecido, com pessoas estranhas, longe do ambiente familiar, pelos próprios cuidados e, muitas vezes, pela inatividade forçada.

O CHTS é uma instituição que recebe muitas grávidas, o que permitiu que ao longo deste estágio contactasse com mulheres portadoras de diversas patologias ou complicações, entre as quais: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional (DG), placenta prévia, ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), pielonefrite, rutura prematura de membranas (RPM), hiperemese gravídica, metrorragias, oligoâmnios, cólica renal, arritmia cardíaca, hipotiroidismo e infeção respiratória.

Podemos dizer que surgiram muitas oportunidades de aprendizagem, dado os casos com que nos deparámos. Apresentamos no Gráfico 1 o número de casos relativos a cada uma das complicações associadas à gravidez e que tivemos a oportunidade de cuidar, num total de 54.

Gráfico 1 - Número de grávidas com complicações



Das patologias mais frequentes, destacou-se a Pré-eclâmpsia e a RCIU.

De acordo com Graça (2017), a hipertensão é a patologia médica mais frequente na gravidez. Apesar da sua incidência variar, 5-10% das gravidezes podem ser complicadas por HTA em qualquer uma das suas formas de apresentação. Sabe-se que a vigilância adequada da pressão arterial durante a gravidez pode minimizar o aparecimento de complicações graves, quer em grávidas previamente normotensas quer em grávidas com HTA preexistente. Segundo o mesmo autor, a hipertensão arterial na gravidez é diagnosticada quando um dos seguintes critérios está presente em duas monitorizações espaçadas, no mínimo, por seis horas: Pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e Pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90

mmHg. Contudo, uma súbita elevação da pressão arterial na gravidez avançada, mesmo que não atinja os valores acima mencionados, pode significar que estamos perante uma situação de pré-eclâmpsia.

Em 2013, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), reviu a classificação da hipertensão arterial associada à gravidez, definindo os seguintes grupos: HTA gestacional, Síndrome de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, HTA crónica e Pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica. De acordo com esta classificação, considera-se HTA gestacional quando surge na segunda metade da gravidez ou nas primeiras 24 horas pós-parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia. Os valores tensionais normalizam até à 12^a semana pós-parto. A Síndrome de pré-eclâmpsia/eclâmpsia é uma situação caracterizada pelo aparecimento de HTA associada a proteinúria e/ou edema patológico, após as 20 semanas de gravidez em mulheres previamente normotensas. Eclâmpsia associa-se a um quadro de pré-eclâmpsia complicado por convulsões ou coma, desde que excluídas outras etiologias como por exemplo, epilepsia. Considera-se HTA crónica todas as situações de HTA preexistente à gravidez ou se se manifesta pela primeira vez antes da 20^a semana de gestação, independentemente da causa, e que persiste após a sexta semana pós-parto. A Pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica é uma complicação associada ao aparecimento de um quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, em grávidas com HTA preexistente à gravidez.

No Serviço de Obstetria II do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa existem protocolos que permitem a uniformização dos cuidados de enfermagem e facilitam a sua continuidade. No entanto, salvaguarda-se que todos os cuidados eram individualizados e personalizados.

É de extrema relevância avaliar os conhecimentos que a grávida/casal possuem sobre a patologia para identificarmos as necessidades e planificarmos as intervenções adequadas. O convivente significativo, que na maior parte dos casos é o marido/companheiro, deve sentir-se envolvido em todo o processo e isso foi considerado ao longo do estágio.

Ao longo do tempo, fomos nos apercebendo de que as grávidas tinham maior interesse em saber os perigos que o feto corria perante determinada patologia. Foi nossa preocupação elucidá-las sobre os cuidados específicos inerentes a cada condição clínica e pessoal, explicar a fisiopatologia da doença em causa e as consequências, não só para o feto, mas também para a mãe.

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio foram diversos, entre eles, a avaliação diária da urina, através do teste de Combur (com enfoque nos valores de proteinúria); a monitorização da pressão arterial de quatro em quatro horas; a vigilância da presença de edema uma vez por turno; a monitorização do peso, em dias alternados; a avaliação da necessidade de repouso no leito (dando preferência ao decúbito lateral esquerdo para descomprimir a veia cava); a avaliação da ingestão nutricional; a monitorização diária ou duas vezes por dia, do bem-estar fetal através de Cardiotocografia (CTG); a vigilância dos sinais de pré-eclâmpsia (cefaleias, alterações da visão,

epigastrias, etc...); a avaliação dos movimentos fetais percebidos pela grávida; a avaliação do conhecimento da mulher sobre os sinais de alarme.

De acordo com Graça (2017), considera-se que existe proteinúria significativa quando excede 0,3 g/l (1+ se a medição for realizada através de fitas-teste) na urina de 24 horas ou 1 g/l (2+) numa colheita ao acaso. A avaliação da proteinúria através de fitas-teste apenas é aceitável quando se pretende uma determinação imediata, uma vez que pode apresentar falsos resultados se a urina estiver muito diluída ou concentrada. A proteinúria não é considerada, atualmente, como parâmetro obrigatório para se diagnosticar pré-eclâmpsia, dado que esta complicação pode surgir em grávidas sem proteinúria significativa.

A pressão arterial sofre variações fisiológicas ao longo da gravidez. No primeiro trimestre poderá existir uma descida dos valores, que persistem até às 22 ou 24 semanas. A partir desta altura, observa-se uma elevação gradual até ao termo da gravidez, altura em que assume os valores pré-gestacionais. De acordo com Monteiro e Leite (2016), estas alterações devem-se à vasodilatação mediada por fatores hormonais e mediadores locais como a Prostaciclina e o Óxido Nítrico. Devido a alguma instabilidade vasomotora, a PA poderá elevar-se nos primeiros cinco dias pós-parto. Independentemente do dispositivo, a monitorização da pressão arterial deve seguir alguns cuidados, tais como: efetuar após um período de repouso (5-10 minutos); adaptar a braçadeira ao diâmetro do braço da grávida (comprimento da braçadeira deve ser 1,5 x diâmetro do braço; a largura da braçadeira será também maior, o que é ajustado pelo fabricante); a grávida deve estar preferencialmente sentada com os pés numa superfície estável, com o membro utilizado para a avaliação em posição de repouso e ao nível do coração; o valor da PAS corresponde ao início da audição dos sons de Korotkoff (fase 1) e a PAD deve corresponder ao seu desaparecimento (fase 5), quando se utiliza o esfigmomanómetro manual; a primeira avaliação pode ser mais elevada, pelo que deve ser confirmada com nova avaliação nos minutos ou horas seguintes; se a pressão arterial for maior num dos braços, deve ser esta a considerada.

A presença de edema está relacionada com a retenção de sódio no espaço intersticial celular e pode manifestar-se, inicialmente, pelo aumento súbito do peso (superior a 2 kg numa semana) e, posteriormente, por edema matinal na face e na metade superior do corpo (Graça, 2017). O edema, considerado patológico, é observado pela acumulação de líquidos na face, abdómen ou mãos, não diminuindo com o repouso no leito de 12 horas, podendo verificar-se um aumento do peso corporal de 2 kg numa semana. Para avaliação do peso deve ser utilizada a mesma balança, a mesma roupa e fazê-lo na mesma altura do dia, idealmente, após urinar e antes do pequeno-almoço (Lowdermilk et al., 2013). Estes autores salientam que o edema deve ser monitorizado segundo a sua distribuição e grau: declive (nas extremidades mais inferiores), ou depressível quando se evidencia uma pequena depressão, após a pressão de um dedo sobre uma área edemaciada, maior quanto mais tempo durar a recuperação até ao nível inicial.

O repouso relativo no leito pode ser importante, particularmente quando a grávida estiver posicionada sobre o lado esquerdo, pois permite que haja um maior aporte sanguíneo ao útero e feto. Segundo *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC, 2014), não há evidência científica de que o repouso absoluto no leito tenha benefícios para a gestante e, por isso, não está recomendado.

A mulher grávida, com hipertensão, apresenta diminuição do volume de plasma, pelo que a restrição de sódio não é recomendada, de acordo com Lowdermilk, Perry, Cashion e Alden (2013). O sal é necessário para manter o volume sanguíneo e a perfusão placentária. Contudo, devem evitar-se alimentos enlatados, bebidas gasosas, alimentos pré-cozinhados, batatas fritas e enchidos. Devem comer-se alimentos com fibras, por exemplo, leguminosas, frutos e vegetais. Uma ingestão hídrica adequada permite a manutenção do volume normal de fluidos e filtração renal.

A placenta tem um papel determinante na génese da pré-eclâmpsia. Diferentes alterações conduzem a um ambiente de hipoperfusão-isquemia-hipoxia placentar que conduz à libertação de mediadores que vão alterar a atividade das células endoteliais maternas, com aparecimento do quadro de pré-eclâmpsia. Numa fase inicial da gravidez, as arteríolas espiraladas deveriam ser invadidas pelo trofoblasto, substituindo o endotélio e parte da camada muscular das mesmas, transformando-as num território de baixas pressões e não reativo a substâncias vasoativas. Se este processo não ocorrer, conduz a uma deficiente implantação, com deficiente perfusão da unidade placentária. Esta parece ser a génese da pré-eclâmpsia, modulada por diferentes fatores imunológicos, genéticos, comorbilidades (HTA, doença renal, diabetes, entre outros). Algumas consequências podem ser observadas através da cardiocotografia, ao permitir identificar comprometimento da oxigenação fetal, através dos seguintes indicadores: frequência cardíaca fetal (FCF) alterada, baixa variabilidade, desacelerações prolongadas e diminuição dos movimentos fetais (Lowdermilk et al., 2013). Ao longo do estágio, a cardiocotografia era realizada uma vez por dia (no início do turno da manhã), ou duas vezes por dia (início do turno da manhã e fim do turno da tarde), ou em SOS.

A vigilância dos sinais de alerta em todos os turnos era crucial, uma vez que permitia diagnosticar antecipadamente qualquer alteração no estado de saúde da grávida e no bem-estar fetal. Esta avaliação era realizada através da observação e inquérito pessoal, sendo a grávida informada da possibilidade desses sinais ocorrerem e da importância em comunicar essas ocorrências.

A monitorização dos movimentos fetais é uma intervenção importante para a vigilância do bem-estar fetal. Esta era efetuada pela grávida, durante o CTG, através de um dispositivo manual acionado sempre que a mulher sentia movimentos do feto. Esta prática permitia-nos entender a sensibilidade da grávida em relação à sua perceção dos movimentos fetais. A perceção materna dos movimentos fetais inicia-se por volta da 16^a/20^a semana, no

entanto, a sua frequência não é constante durante a gravidez. O registo dos movimentos percebidos pela grávida em simultâneo com a cardiotocografia é importante, pois permite avaliar a vitalidade fetal e detetar precocemente qualquer situação anómala. A diminuição dos movimentos fetais está relacionada com sinais de hipóxia/sofrimento fetal e, consequentemente, com um risco aumentado de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte fetal.

Podemos comprovar que os cuidados de enfermagem prestados no CHTS vão ao encontro do que referem alguns autores (Silva & Machado, 2014) ao recomendarem o repouso relativo no leito, preferencialmente em DLE, em detrimento do repouso absoluto; vigilância da PA de quatro em quatro horas e da proteinúria; vigilância do peso e diurese em dias alternados. Relativamente à avaliação materna, aconselham efetuar uma avaliação laboratorial hematológica, e da função renal, ácido úrico, citólise hepática, estudo da coagulação e proteinúria de 24 horas. Caso existam alterações laboratoriais, devem repetir para avaliação do risco de progressão; perante uma estabilização, repetir análises duas vezes por semana. Quanto à avaliação do bem-estar fetal, sugerem a realização de ecografia, com estimativa de peso fetal (EPF) à entrada e, depois, de 15 em 15 dias para avaliar o crescimento fetal e a hemodinâmica feto-placentária; avaliar perfil biofísico duas vezes por semana e CTG diário.

A conduta mais eficaz é a prevenção. A capacidade da EESMO para avaliar os fatores e sintomas da pré-eclâmpsia não pode ser sobrevalorizada. Podemos atuar efetivamente através do aconselhamento. Devem ser tomadas medidas que melhorem a educação para a saúde e o acesso aos cuidados durante a gravidez.

Segundo Lowdermilk et al. (2013), o plano de cuidados é desenvolvido com a participação da mulher, e este deve ser individualizado e relacionado especificamente com as necessidades da utente e da sua família.

Durante o nosso estágio, deparamo-nos com grávidas com outra patologia, nomeadamente, restrição de crescimento intrauterino.

A restrição de crescimento intrauterino é responsável por cerca de 30% das mortes fetais, sendo a segunda causa mais frequente de mortalidade perinatal. Esta complicação refere-se ao feto que, por fatores genéticos ou do ambiente intrauterino, não atinge o seu potencial de crescimento, ou seja, a sua estimativa de peso é inferior ao percentil 10. Nos dias de hoje, o diagnóstico de RCIU é realizado mediante a estimativa de peso fetal associada ao estudo da fluxometria dos vasos, que inclui a avaliação das artérias umbilical, cerebral média e uterina e também do ductos venoso. Esta avaliação fluxométrica permite monitorizar os fetos com RCIU, com o objetivo de definir os fetos em risco de compromisso cardiovascular e permitir a determinação do momento certo para interromper a gravidez.

Atualmente, não se conhece ainda nenhuma intervenção pré-natal possível de reverter ou atrasar a progressão da RCIU. Deste modo, a abordagem clínica limita-se à vigilância fluxométrica, ajustando os intervalos de monitorização consoante a progressão das alterações e a idade gestacional, na tentativa de predizer qual o momento certo para interromper a gravidez. Ao longo do estágio, as grávidas realizavam ecografia frequentemente, cerca de duas vezes por semana, eram monitorizadas através da cardiotocografia uma vez por dia e eram instruídas na contagem dos movimentos fetais.

Neste percurso de aquisição e de consolidação de conhecimentos, foram prestados cuidados a grávidas com várias patologias. Pelas experiências adquiridas e pelo aumento do conhecimento resultante das pesquisas efetuadas, concluiu-se que a gravidez é muitas vezes geradora de ansiedade devido ao medo do desconhecido. Esta ansiedade pode ser agravada quando à gravidez se encontra associada alguma complicação. Neste tipo de situações instala-se, na mulher, o medo em relação à sua própria saúde e à do seu filho. Concluiu-se também que a mulher que vivencia uma gravidez de risco sente-se mais vulnerável, necessitando de cuidados especializados. Por esse motivo, é essencial criar uma relação de empatia e de confiança para com a grávida e não nos cingirmos apenas às tarefas técnicas.

Todas as intervenções implementadas ao longo do estágio foram planeadas, baseadas em evidência científica e definidas de acordo com a especificidade e singularidade de cada mulher e família, tornando-as intervenções efetivas e significativas.

2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

No âmbito do módulo de estágio Trabalho de Parto e Parto, realizado no bloco de partos do CHTS, definiu-se como objetivo primordial do estágio desenvolver e demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/casal em situação de trabalho de parto e parto e de assistência ao recém-nascido.

De acordo com o Regulamento de Competências (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010), o EESMO assume no decurso do seu exercício profissional o cuidado à mulher inserida na sua família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o mesmo em ambiente seguro, otimizando a saúde quer da parturiente quer do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. Desta forma, surgem as seguintes unidades de competência: promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizando a saúde do recém-nascido à vida extrauterina; prevenir e diagnosticar precocemente complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de acompanhar mulheres em trabalho de parto, executar 40 partos eutócicos e colaborar em 20 partos distócicos.

De forma a potencializar ao máximo a experiência de aprendizagem foram definidos os seguintes objetivos pessoais: conhecer a estrutura orgânica e funcional do serviço; desenvolver competências para trabalho em equipa, de forma a criar uma relação facilitadora de aprendizagem e possibilitar um ambiente promotor de trabalho; consultar, estudar e integrar os protocolos do serviço, de forma a implementar cuidados uniformizados; adquirir e aprofundar os conhecimentos teóricos e destreza prática para prestar cuidados de excelência e rigor; desenvolver uma prática profissional e ética no campo de atuação; promover um ambiente gerador de segurança, nomeadamente em relação à terapêutica, dados e registos; colaborar na gestão do risco, de forma a evitar o erro humano; suportar a prática clínica em evidência científica; rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar iniciativa na análise de situações clínicas; participar na tomada de decisão otimizando o processo de cuidados; colaborar na demonstração prática das intervenções, garantindo segurança e qualidade; otimizar o trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados especializados; sempre que possível atuar de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher; garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; promover o conforto e o bem-estar da mulher e conviventes significativos; promover a vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos; incentivar e apoiar o aleitamento materno; colaborar com a equipa multidisciplinar na promoção, prevenção e

controle da dor; diagnosticar e monitorizar o trabalho de parto; determinar e avaliar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto e parto; implementar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto e parto; colocar em prática todas as técnicas desenvolvidas na execução do parto de apresentação cefálica e, se necessário, executar a episiotomia; em caso de urgência, executar o parto de apresentação pélvica; assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina; assegurar a reanimação do recém-nascido em situação de emergência; diagnosticar e monitorizar o trabalho de abortamento; promover suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de abortamento, incluindo conviventes significativos; implementar e avaliar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto e parto; em situações de retenção de placenta, efetuar em caso de urgência, extração manual e revisão uterina; avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação; referenciar todas as situações que estão para além do meu campo de atuação a outros profissionais; cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto; colaborar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais; assumir a decisão de transferir e assegurar a transferência da parturiente/puérpera e recém-nascido garantindo o bem-estar durante o transporte; realizar todos os registos específicos para cada situação clínica; analisar criticamente o meu desempenho durante o estágio; expor e discutir sobre todas as dificuldades sentidas com a Enfermeira tutora, de forma, a ultrapassá-las.

O trabalho de parto e o nascimento são sinónimo do término da gravidez e marcam o início da vida extra-uterina para o recém-nascido. O EESMO deve ser detentor de conhecimento e compreender os fatores envolventes no trabalho de parto, a normal sucessão de acontecimentos e as adaptações sentidas tanto pela mulher como pelo feto/recém-nascido (Lowdermilk et al., 2013). Citando Balaskas (2017, p. 189), “o parto é um acontecimento muito especial na vida da mulher. É um momento em que ela vive uma transformação - torna-se mãe trazendo ao mundo um outro ser.”

Recuando um pouco na história, após a Segunda Guerra Mundial, de forma a diminuir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorreu a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital. Em consequência dessa alteração, o parto começou a ser medicalizado e, em alguns casos, foi mesmo restrita a presença de familiares no momento do parto (Brüggemann, Parpinelli & Osis, 2005). A institucionalização do parto e as rotinas hospitalares colocavam em risco a privacidade das mulheres e a sua autonomia, os procedimentos para internamento começaram a desenrolar-se como um verdadeiro rito de passagem, repleto de rotinas e normas de comportamento ditadas pela instituição (Brüggemann et al., 2005).

Citando Pinheiro et al. (2012, p. 5), “muitos procedimentos usados durante o trabalho de parto aumentam a probabilidade da intervenção clínica subsequente, como a evidência

científica comprova, e devem ser evitados sempre que não exista um motivo clínico específico que os recomende.”

Por trabalho de parto entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade regular do útero, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, 2017). De acordo com Pinheiro et al. (2012), e tendo como base a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), entende-se por parto normal um parto de início espontâneo, de baixo risco clínico desde o início até ao nascimento. O feto nasce espontaneamente, em apresentação cefálica, entre as 37 e as 42 semanas de gravidez. Após o parto, a mulher e o recém-nascido encontram-se em boas condições.

De forma a desenvolver as experiências vividas em contexto de aprendizagem é importante conhecer as dinâmicas do serviço, encontrando-se este dividido em quatro áreas distintas: admissão, salas de expectantes, salas de vigilância e salas de parto. A admissão consiste num espaço onde são atendidas todas as mulheres provenientes do exterior em situação de urgência obstétrica e ginecológica. O EESMO procede à colheita de dados da mulher, identifica o motivo da sua vinda à urgência, monitoriza os sinais vitais, realiza cardiotocografia e teste de combur. De uma forma geral, as mulheres recorriam à urgência por vários motivos, entre eles, algias infra abdominais, contrações uterinas, perceção de movimentos fetais diminuídos e perdas hemáticas. Posteriormente, a mulher era observada pela equipa médica que fazia o respetivo diagnóstico. No caso de se tratar de uma grávida, a equipa médica identificava se a mesma se encontrava em trabalho de parto. As salas de expectantes são salas disponíveis para vigiar e acompanhar grávidas que se encontram na fase latente do trabalho de parto. As salas de vigilância são destinadas a grávidas em processo de abortamento ou mulheres/grávidas com alguma patologia a ser estudada. Por fim, as salas de parto, tal como o nome indica, são o local onde ocorrem os partos e a vigilância e acompanhamento dos mesmos.

A oportunidade de conhecer-mos as dinâmicas do serviço permitiu-nos agir em diversas valências e de acompanhar grávidas desde o momento de admissão no serviço de urgência, até ao acompanhamento do trabalho de parto e parto e prestação de cuidados pós-parto imediatos, tanto à mulher como ao recém-nascido. Todos os cuidados prestados foram pautados pelo respeito à privacidade e expectativas da parturiente/casal, pelo consentimento informado e por uma avaliação física e progressão do trabalho de parto. Tentou-se criar sempre um clima de confiança e disponibilidade, com transmissão de conhecimentos claros e apoio emocional, garantindo sempre a satisfação da parturiente/casal.

A OMS (2018) desde há muito tempo que tem vindo a emitir pareceres com o objetivo de facultar orientações sobre boas práticas no parto normal. Em 1996 emitiu um relatório, onde apresentou as condutas a incentivar, as que precisam de ser corrigidas e as que devem ser

suprimidas. Apesar da existência destas recomendações, em Portugal continuamos a assistir a orientações que não estão protocoladas e completamente desaconselháveis.

Com o intuito de apresentar um conjunto de informações mais organizado, passaremos a descrever todas as atividades desenvolvidas no módulo de Trabalho de Parto e Parto, desde o momento de admissão da parturiente/casal até ao momento da sua transferência para o Serviço de Puerpério, organizando toda a informação em quatro subcapítulos, de acordo com os estádios do trabalho de parto.

2.1. Cuidar da mulher durante o primeiro estadio do trabalho de parto

O primeiro estadio do trabalho de parto inicia-se com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação e extinção completa do colo uterino (Machado & Graça, 2017).

De uma forma geral, é difícil estabelecer pormenorizadamente o momento que marca o início do trabalho de parto. O primeiro estadio é considerado o mais longo de todos. No caso das múltiparas, a dilatação pode estar completa em menos de uma hora e nas primíparas a dilatação pode durar até mais de 24 horas (Lowdermilk et al., 2013).

Este estadio encontra-se dividido em duas principais fases, a fase latente e a fase ativa. A fase latente decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina aos quatro centímetros de dilatação cervical. Apresenta uma duração variável, com duração máxima de 20 horas para uma nulípara e 14 horas para uma múltipara. Inicia-se posteriormente a fase ativa aos quatro centímetros de dilatação cervical com extinção praticamente completa do colo. A progressão até aos seis centímetros é similar na nulípara e na múltipara, mas a partir daí é mais rápida na múltipara (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a).

O momento de admissão da parturiente no serviço revelou-se importantíssimo, pois a mesma sentia-se vulnerável, pouco confiante e desconfortável, pelo que o nosso papel foi atendê-la de forma afetuosa e empática (OE, 2015b). Era chamada pelo nome preferido, procedia-se à apresentação dos profissionais, referindo o nome e a profissão. Neste caso, referiu-se a condição de estagiária da ESEP sob orientação de uma tutora.

Realizávamos uma apresentação do espaço físico do serviço, dando conhecimento das regras de funcionamento, nomeadamente que durante a permanência na sala poderia estar acompanhada por uma pessoa à sua escolha. Explicou-se que não existe período de visitas, no entanto após o nascimento do bebé, e desde que a situação clínica o permitisse, poderia ter a visita de outros dois familiares. Explicava-se também que duas horas após o parto, a puérpera e o recém-nascido seriam transferidos para o Serviço de Puerpério.

Após todas as apresentações, a parturiente era encaminhada para a sala de expectantes ou para a sala de partos, em função da avaliação prévia, no serviço de urgência, da evolução do trabalho de parto. Era oferecida uma bata da instituição, questionava-se sobre a vontade de urinar e apoiávamos a parturiente no caso de querer deitar-se.

Iniciava-se uma breve entrevista, no sentido de conhecermos a parturiente, a sua história clínica e situação atual. Na colheita de dados abordava-se vários aspetos: nome completo, idade, escolaridade, profissão, antecedentes pessoais, alergias, medicação habitual, hábitos alcoólicos e/ou tabágicos, motivo de admissão, intercorrências na gravidez, sinais e sintomas, sinais de rutura de membranas, idade gestacional, paridade, resultado do SGB, grupo sanguíneo, peso e altura, escolha de acompanhante, se fez preparação para o parto e se pretendia amamentar.

Com os dados recolhidos procedia-se à avaliação do trabalho de parto e respetivo registo no partograma. A observação física e obstétrica pressupunha sempre o consentimento da parturiente. Esta inclui a observação do estado geral, monitorização dos sinais vitais maternos, pesquisa de edemas, exame ginecológico para determinação da dilatação e extinção do colo uterino e integridade das membranas corioamnióticas, manobras de Leopold, realização de CTG para avaliar e monitorizar a FCF, os movimentos fetais e as características das contrações uterinas e colocação de um acesso venoso periférico.

A colocação de um acesso venoso periférico era uma prática rotineira, para administração de soroterapia e/ou medicação. Contudo, esta prática é considerada uma conduta claramente prejudicial ou ineficaz e que deveria ser eliminada, de acordo com as recomendações da OMS (2018).

O exame ginecológico foi realizado com o propósito de avaliar a dilatação e extinção do colo uterino, a relação do feto com os eixos uterinos e os pontos de referência do canal de parto, tendo em conta a situação (longitudinal, transversal ou oblíqua), apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita) e variedade (anterior, posterior ou transversa), a progressão ou não da apresentação fetal, recorrendo aos planos de Hodge, e a avaliação de integridade das membranas corioamnióticas. Este exame era realizado aquando da admissão e sempre que existisse algum sinal de evolução do trabalho de parto, como o aumento das contrações uterinas, a rutura de membranas corioamnióticas e/ou presença de pressão no períneo. Para a realização do exame ginecológico foi tido em conta o consentimento da parturiente, o respeito pela sua privacidade e a utilização de técnica assética.

A gestão do espaço físico foi deveras importante, a privacidade era um dos focos da nossa atenção que jamais era descurado, a luminosidade era sempre adaptada à situação e à vontade da parturiente, os ruídos controlados o mais possível, a temperatura da sala sempre de acordo com a preferência da parturiente e o espaço era sempre mantido limpo e isento de odores desagradáveis.

O partograma traduziu-se numa ferramenta essencial, não só como documento de registo mas também de diagnóstico. Todos os registos clínicos foram rigorosamente redigidos, incluindo todas as avaliações, intervenções e decisões tomadas por todos os profissionais. Segundo a OMS (2015), durante a vigilância do trabalho de parto, o registo no partograma melhora o acompanhamento do trabalho de parto, permite a deteção precoce de situações problema e facilita a tomada de decisões, evitando intervenções desnecessárias.

Caso a parturiente se encontrasse em fase latente do trabalho de parto era encaminhada para a sala de expectantes. Por outro lado, se estivesse em fase ativa e com contrações uterinas rítmicas e regulares era conduzida para a sala de partos.

Perante uma situação em que a parturiente não apresenta rutura das membranas corioamnióticas, não existe compromisso no bem-estar materno-fetal que obrigue a monitorização contínua e se não tivesse de estar, por algum motivo, em repouso no leito, a parturiente era incentivada a deambular e a fazer exercícios na bola de pilates, se assim o desejasse, uma vez que permitem minimizar o desconforto e a ansiedade e facilitar a evolução favorável do trabalho de parto (Lowdermilk et al., 2013).

A OMS (2015), recomenda que deve ser incentivada a deambulação e a adoção de uma posição vertical durante o TP, pois diminui a primeira fase de TP, em nulíparas, e reduz a taxa de cesarianas. Os movimentos circulares da bacia, demonstram-se eficazes na ajuda do encravamento do pólo cefálico fetal. Esta medida, além de ajudar na descida do feto, também alivia a dor (Gallo et al., 2011).

Era também permitida a ingestão de água ou gelatinas durante o trabalho de parto, o que vai ao encontro das condutas recomendadas pela OMS (2018). De acordo com Pinheiro et al. (2012), como prática benéfica na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, deve ser oferecido “acesso a líquidos claros a gosto, durante o trabalho de parto”. Contudo, esta constitui uma prática que gera controvérsia. Alguns profissionais não partilhavam da opinião de se oferecer líquidos à parturiente e justificavam a sua prática defendendo que a ingestão hídrica poderia causar complicações anestésicas e, caso fosse necessário realizar um parto distócico, por cesariana, com recurso a anestesia geral, a ingestão hídrica estava contraindicada pelo risco de aspiração de conteúdo gástrico e consequente comprometimento respiratório.

Sabemos que, nos dias de hoje, a anestesia obstétrica sofreu avanços significativos, com um incremento do recurso à anestesia locorregional em detrimento da anestesia geral. Concomitantemente com relatos de parturientes, estes avanços conduziram a um novo prisma sobre a temática (Singata, Tranmer e Gyte, 2013). A restrição de líquidos durante o trabalho de parto não garante o esvaziamento do conteúdo gástrico (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018). Para além disso, períodos prolongados de restrição de líquidos conduzem a um quadro de desidratação, sede, ansiedade, desconforto, irritabilidade e hiponatremia materna e do recém-nascido (OMS, 2018). Independentemente do intervalo de

tempo desde a última ingestão hídrica, todas as parturientes são consideradas como tendo o estômago cheio e em risco de aspiração de conteúdo gástrico (Graça, 2017). Como o trabalho de parto pode ser prolongado, deve ser permitido às parturientes a ingestão de quantidades moderadas de líquidos claros, como a água, sumos de fruta sem polpa, bebidas carbonatadas, chá, café ou bebidas desportivas (Graça, 2017).

Durante o trabalho de parto outro foco da nossa atenção era a eliminação vesical. A parturiente era encorajada a urinar pelo menos de duas em duas horas, uma vez que uma bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação fetal, inibir as contrações uterinas e provocar uma diminuição do tónus da bexiga ou atonia no pós-parto (Graça, 2017).

Dois outros aspetos controversos nos dias de hoje são a realização de tricotomia e de enemas de limpeza que, sendo condutas claramente ineficazes, devem ser eliminadas, segundo a OMS (2018). Da nossa parte, ao longo da prática clínica, não se instituiu o uso de enemas, apesar de ser uma intervenção praticada por alguns profissionais. Um estudo da Cochrane elaborado por Reveiz, Gáitan e Cuervo (2013), considera que a utilização por rotina de enema de limpeza deve ser uma prática a eliminar, a menos que a parturiente o solicite. Quanto à realização de tricotomia, apenas se realizava antes de episiotomia e se estritamente necessário, no sentido de reduzir a incidência de infeções, facilitar a episiorrafia e conferir uma higiene adequada no pós-parto. De facto, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO, 2011), aconselha a evitar a realização de tricotomia pelo risco de contaminação do local cirúrgico, para além do crescimento do pelo poder causar desconforto e prurido, interferindo no processo de cicatrização.

Durante a fase latente do trabalho de parto os sinais vitais eram monitorizados de quatro em quatro horas, ou sempre que necessário. Em parturientes com rutura das membranas corioamnióticas e com indicação para avaliação cardiotocográfica contínua, era efetuado o registo de hora a hora no partograma e todos os traçados eram vigiados em tempo real, através de um ecrã disponível para todos os profissionais.

Com a evolução do trabalho de parto, a parturiente referia desconforto e sensação de dor, sendo encorajada a adotar novas posições e a realizar exercícios de respiração. A intensidade da dor varia de parturiente para parturiente. Esta é considerada uma experiência subjetiva, que resulta numa resposta psíquica e se reflete nas ações físicas. A dor pode ser influenciada por vários fatores como a ansiedade e o medo, a experiência anterior, a preparação para o parto, o suporte durante o trabalho de parto, a genética intrínseca a cada pessoa e a cultura onde a parturiente se insere (Pereira, 2018). A expressão de dor foi sempre respeitada, mobilizando todos os recursos disponíveis para o controlo e alívio da mesma. Para isso, recorreu-se a métodos não farmacológicos, mencionados anteriormente, como a deambulação, o uso da bola de pilates, a alternância de posições, os exercícios de respiração e a diminuição da luz ambiente. Caso a dor não diminuísse, era

efetuado um novo exame ginecológico para avaliar a progressão do trabalho de parto e instituídos métodos farmacológicos para alívio da dor.

Uma boa analgesia do trabalho de parto consiste num grande desafio para os anesthesiologistas. Não se trata apenas de bloquear ou minimizar a dor, mas também de permitir que o trabalho de parto prossiga o seu rumo natural (Lança, 2017). Segundo Pereira (2018), a analgesia epidural e analgésicos endovenosos são dois tipos de métodos farmacológicos para controlo da dor. O método mais utilizado nos dias de hoje é a analgesia epidural, contudo só era administrada se fosse essa a vontade da parturiente e se ela se encontrasse em fase ativa, para não prolongar a evolução do trabalho de parto. Se a parturiente ainda se mantivesse na fase latente, um dos fármacos mais utilizados era a Petidina.

A Petidina é um analgésico opiáceo, indicado para dor moderada a intensa. Pelas suas características pode reduzir a ansiedade associada à dor. Habitualmente era administrada uma dose de 50 mg em 100 ml de NaCl. Como efeitos adversos associados a este fármaco estão as náuseas, vômitos, obstipação, sonolência, confusão, taquicardia ou bradicardia, diminuição da variabilidade e bradicardia fetal (Infarmed, 2005), pelo que se deve informar a parturiente e serem alvo de vigilância pelo EESMO.

Ao longo do estágio foram diversas as oportunidades de colaborarmos na analgesia epidural. Foi importante rever todos os conceitos inerentes a esta técnica, incluindo os fármacos mais utilizados, as contraindicações da técnica e de que forma podemos colaborar. Após a parturiente expressar vontade em realizar analgesia epidural, era contactado o anestesista e a parturiente era transferida da sala de expectantes para a sala de partos. Era explicada a importância da sua colaboração no procedimento, indicando como poderia controlar a dor em cada contração uterina. Colaborámos nessa intervenção médica, no sentido de preparar e dispor todo o material necessário, orientar para o posicionamento da parturiente, disponibilizar todos os fármacos utilizados, colocar em perfusão um Lactato de Ringer (1000 ml) ao ritmo de 125 ml/h, monitorizar os sinais vitais e monitorizar a FCF através de CTG.

A analgesia epidural, em obstetrícia, foi utilizada pela primeira vez em 1909, por Stockel, na Alemanha. É realizada com recurso a técnica assética, com a parturiente deitada em decúbito lateral ou sentada, e um cateter é inserido no espaço epidural, normalmente entre L3-L4 ou L4-L5, o que permite atingir um bloqueio analgésico entre T10 e S5 (Lança, 2017).

O espaço epidural é um espaço denominado muitas vezes por espaço virtual, que se localiza entre a superfície interna do ligamento amarelo e a superfície externa da dura-máter. Estas superfícies não são aderentes entre si, pelo que se pressupõe a existência do espaço epidural (Lança, 2017). A realização da analgesia epidural numa parturiente torna-se particularmente mais difícil do que noutro tipo de utentes, porque a colaboração da parturiente é menor, devido ao desconforto e dor durante as contrações uterinas, pela dificuldade de flexão da coluna vertebral, pela dificuldade da identificação do espaço epidural em parturientes com

aumento de peso, devido também à presença de edema subcutâneo pelo aumento da pressão intra-abdominal, pelos esforços expulsivos e pelo engurgitamento das veias do espaço epidural resultante da compressão do útero sobre a veia cava inferior (Lança, 2017).

No bloqueio epidural, habitualmente, recorre-se a dois fármacos, um anestésico designado por Ropivacaína e um analgésico, opiáceo, o Sufentanil. Para a manutenção da analgesia, durante todo o trabalho de parto, existiam três métodos distintos: bólus intermitente, perfusão contínua ou administração por PCEA. Os bólus intermitentes são realizados primeiramente pelo anestesista e depois por enfermeiros, de acordo com os protocolos estabelecidos no serviço e são considerados o método mais eficaz. Por outro lado, a perfusão contínua por seringa perfusora apresenta alguns inconvenientes, entre eles a maior dose de anestésico local utilizado que, consequentemente, aumenta a incidência de bloqueio motor e insatisfação das parturientes. Já a administração por PCEA permite, através de um dispositivo, que a parturiente assuma o controlo da dose de analgésicos epidurais que recebe à medida que o trabalho de parto evolui (Lança, 2017). No serviço onde decorreu o estágio, o método mais utilizado era o bólus intermitente.

A analgesia epidural apresenta como vantagens a possibilidade de conversão em anestesia, e a ausência de punção da dura-máter, tendo como desvantagens o início de ação lento e a necessidade de maiores doses de fármacos, expondo a parturiente e o feto a maior risco de toxicidade (Lança, 2017). Os principais efeitos secundários são prurido, náuseas e vômitos, parestesias dos membros inferiores, aumento da temperatura corporal, tremor e retenção urinária. Todos os efeitos são, habitualmente, ligeiros e transitórios.

Após a execução do procedimento, a parturiente era posicionada em decúbito dorsal para uma adequada distribuição da analgesia pelos membros inferiores. Após 10 minutos, era auxiliada a posicionar-se, preferencialmente, em decúbito lateral esquerdo para uma melhor perfusão materno-fetal. Com o objetivo de evitar a retenção urinária, ao fim de 30 minutos procedia-se à algaliação, após a respetiva explicação e consentimento. No fim de todos os procedimentos, se a parturiente o desejasse, o companheiro/pessoa significativa poderia entrar na sala de partos.

Em contexto de sala de partos, a parturiente conta com o suporte contínuo do companheiro ou pessoa significativa, continuando a necessitar da assistência e apoio do EESMO. Evidências sobre o suporte contínuo durante o trabalho de parto, publicadas pela *Cochrane*, referem que os efeitos do suporte contínuo se associaram a uma diminuição no recurso a analgesia, do parto vaginal instrumentado, do parto distócico, por cesariana, da insatisfação ou percepção negativa por parte da parturiente (Brüggemann et al., 2005). O suporte físico e emocional à parturiente, em trabalho de parto, é extremamente vantajoso, pelo que constituiu um dos principais focos da nossa atenção.

Na fase ativa do trabalho de parto, as intervenções do EESMO passavam pela monitorização dos sinais vitais de quatro em quatro horas, monitorização cardiotocográfica contínua,

exame ginecológico de hora a hora e, rotineiramente, colocava-se perfusão de 10 UI de ocitocina EV.

Relativamente à monitorização cardiotocográfica, falamos de um equipamento que permite detetar continuamente e em simultâneo a FCF, os movimentos fetais e a contratilidade uterina, através de um transdutor abdominal de ultrassons para a FCF, um sensor ativado pela parturiente sempre que sentisse movimentos fetais e um tocodinamómetro para o registo das contrações (Graça & Santo, 2017). Com a monitorização da FCF intraparto, perspetivou-se a sua utilidade na prevenção e diagnóstico do sofrimento fetal, na condução do tratamento das suas causas e para evitar muitas das mortes que ocorriam durante o trabalho de parto, em fetos cujo bem-estar era avaliado por métodos clássicos, como a auscultação intermitente da FCF (Graça & Santo, 2017).

Comparando resultados perinatais da vigilância fetal intraparto, através da monitorização cardiotocográfica *versus* auscultação intermitente, em ensaios clínicos que ocorreram em Dublin, em 1985, foram observadas mais elevadas taxas de partos distócicos, por cesariana e partos vaginais instrumentados, em grupos em que a FCF foi monitorizada através de CTG do que naqueles em que apenas foi usada auscultação intermitente (MacDonald, Grant, Sheridan-Pereira, Boylan & Chalmers, 1985). No entanto, várias investigações vieram demonstrar que a monitorização por CTG contínua, durante o trabalho de parto, está relacionada com uma diminuição significativa da mortalidade fetal intraparto e da mortalidade neonatal, apesar do aumento do número de partos instrumentados (Vintzileos et al. 1993).

Cientificamente, a evidência do benefício da monitorização por CTG em comparação com a auscultação intermitente ainda é inconclusiva. No entanto, podemos mencionar algumas vantagens e desvantagens da monitorização por CTG relativamente à auscultação intermitente. Como vantagens, apresenta o registo contínuo, eletrónico ou em suporte papel, a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção e identificação dos padrões periódicos, permite a vigilância de vários fetos por um só médico/enfermeiro e ainda a possibilidade de rever o comportamento da FCF durante todo o trabalho de parto. As desvantagens passam pelo grande investimento inicial na aquisição de cardiotocógrafos, a possível discrepância entre diversos observadores na interpretação dos traçados e uma menor humanização do parto (Graça & Santo, 2017).

Verificou-se, ao longo do estágio, que todas as parturientes em fase ativa estavam sujeitas a monitorização por CTG continuamente, no entanto, fazia todo o sentido, face ao rácio EESMO-parturiente, tornando difícil a realização de auscultação intermitente em todas as parturientes. Para além disso, a monitorização contínua tornou-se uma aliada, no sentido em que transmitia segurança tanto às parturientes como ao EESMO.

Com o intuito de contornar a discrepância na interpretação dos traçados, a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO, 2015) propôs unificar a diversidade dos

critérios. Desta forma, os traçados cardiotocográficos intraparto deverão ser classificados em três grupos distintos: normais, suspeitos e patológicos como apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Cardiotocografia intraparto: critérios de classificação, interpretação e abordagem

Fonte: Graça (2017, p. 245)

	Normal	Suspeito	Patológico
Linha de base	110-160 bpm	Ausente, pelo menos, uma das características de normalidade, mas sem padrões patológicos	<100 bpm
Variabilidade	5-25 bpm	Ausente, pelo menos, uma das características de normalidade, mas sem padrões patológicos	Variabilidade reduzida (<5 bpm) ou aumentada (>25 bpm); padrão sinusoidal
Desacelerações	Ausências de desacelerações repetitivas	Ausente, pelo menos, uma das características de normalidade, mas sem padrões patológicos	Desacelerações tardias ou prolongadas repetitivas durante >30 minutos (ou 20 minutos se variabilidade reduzida) ou uma desaceleração prolongada com >5 minutos
Interpretação	Feto sem hipóxia/acidose	Feto com baixa probabilidade de hipóxia/acidose	Feto com alta probabilidade de hipóxia/acidose
Abordagem clínica	Intervenção desnecessária	Atuação para corrigir as causas reversíveis (se identificadas), estreita vigilância ou métodos adicionais para avaliar a oxigenação fetal	Ação imediata para corrigir as causas reversíveis, métodos adicionais para avaliar a oxigenação fetal ou, se tal não for possível, parto imediato. Em situações agudas (prolapso do cordão, rutura uterina, DPPNI), parto imediato

Segundo Graça e Santo (2017), os traçados normais são aqueles que asseguram o bem-estar fetal, ou seja, na presença de um traçado normal a possibilidade de existir hipóxia/acidose no feto é muito remota. Os traçados patológicos são aqueles que apresentam sinais de mau prognóstico e ocorrem, geralmente, em fetos com degradação dos seus mecanismos oxigenativos provocados por situações de asfixia, situações agudas (compressão grave do cordão umbilical, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI) e hemorragia feto-materna), por situações crônicas (insuficiência uteroplacentária, atraso do crescimento intrauterino e infecção fetal) e por situações iatrogênicas (hiperestimulação uterina e anestesia regional mal conduzida). Os traçados suspeitos, que apresentam, por exemplo, desacelerações repetitivas, ou seja, aquelas que se associam a mais de 50% das contrações, ocorrem com alguma frequência e apresentam-se como um problema de interpretação. Muitas vezes a interpretação de traçados suspeitos ocorre em fetos razoavelmente bem oxigenados e com boa vitalidade. A falha na interpretação dos traçados conduz a um elevado número de partos distócicos por cesariana e, por consequência, desnecessários (Graça & Santo, 2017).

Para interpretar o significado destes traçados, um dos métodos eficaz é a recolha de pequenas amostras de sangue fetal para determinar o pH e o balanço ácido-base. Contudo, ao longo do tempo têm sido sugeridos outros métodos igualmente eficazes mas mais rápidos, entre eles, a estimulação do escalpe fetal e a estimulação vibroacústica. Por outro lado, caso não exista melhoria significativa dos traçados, provavelmente estaremos perante um feto em acidémia, pelo que se deverá equacionar o parto (Graça & Santo, 2017).

Antes da implementação dos métodos anteriormente descritos, existem outros procedimentos designados por medidas de recuperação *in útero* que passam pela diminuição da contratilidade, ou seja, interrupção da indução com ocitocina ou tocólise endovenosa se contratilidade espontânea, alteração do posicionamento da parturiente de forma a melhorar a perfusão uteroplacentária, administração rápida de fluidos cristaloides por via EV, no sentido de corrigir hipotensão materna, associada ou não a analgesia epidural, administração de oxigénio por máscara aberta, apesar desta medida não estar devidamente comprovada e, por fim, o toque vaginal para despistar uma procidência do cordão umbilical (Graça & Santo, 2017). Em muitas situações, ao longo do estágio, tivemos a oportunidade de colocar em prática alguns destes procedimentos e avaliar a sua eficácia.

No que concerne à administração de fluidos, por via EV, durante o trabalho de parto, segundo a OMS (2018) a infusão intravenosa, rotineiramente usada em trabalho de parto, é considerada uma conduta claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. Durante o trabalho de parto a administração de uma solução com glicose, independentemente da sua concentração, encontra-se associada a uma duração do trabalho de parto mais reduzida em nulíparas com gestações de termo (Shrivastava et al., 2009). A vitalidade fetal, evidenciada pelo registo de movimentos no traçado cardiotocográfico e pela variabilidade demonstrada, pode ser melhorada, oferecendo líquidos com glicose por via oral à parturiente, ou através da perfusão de uma solução com glicose (Souza & Amorim, 2008).

Ao longo do estágio, caso a parturiente estivesse em jejum por um período prolongado, colocava-se em perfusão um soro polieletrolítico, com glicose 1000 ml a 125ml/h, intervenção de acordo com Lowdermilk et al. (2013), que salientam a importância da perfusão de fluidos com alguma percentagem de glicose, no sentido de diminuir a produção de corpos cetónicos. Para além disso, administrávamos fluidos por via EV em simultâneo com a administração de fármacos e durante a analgesia epidural, ou na presença de variabilidade diminuída ou desacelerações fetais causadas por hipoglicemia ou hipotensão maternas.

No decurso deste estágio tivemos a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do cuidar parturientes com patologia associada, sendo a mais frequente a diabetes gestacional. Independentemente de a diabetes gestacional ser controlada com dieta ou com insulina, o protocolo instituído pelo serviço é diferente, no sentido de manter um adequado

controle glicêmico e metabólico. Na diabetes gestacional controlada com dieta, na parturiente em fase ativa do trabalho de parto, colocava-se em perfusão um soro polieletrólítico com glicose, 1000 ml a 125ml/h, e monitorizava-se a glicemia capilar de quatro em quatro horas. Nas parturientes com diabetes gestacional insulino-tratadas, aquando na fase ativa do trabalho de parto, iniciava-se perfusão com soro polieletrólítico com glicose, 1000 ml a 125 ml/h, e perfusão, com seringa infusora, de 50 UI insulina de ação rápida (Actrapid) em 50 ml de soro fisiológico, em débito variável conforme glicemia capilar horária. Após o parto era realizada uma pesquisa de glicemia ao recém-nascido no sentido de despistar hipoglicemia e complicações subsequentes.

Uma outra situação específica diz respeito às parturientes com rastreio positivo para *Streptococcus B-hemolítico*. O SGB é um diplococo *gram* positivo, considerado o agente mais frequente de infecção bacteriana perinatal nos países desenvolvidos. O seu reservatório natural é o tubo digestivo humano. Pode provocar infecção do trato urinário, amnionite, endometrite e bacteriemia. No recém-nascido, pode causar infecção sistêmica ou focalizada que pode ser precoce (na primeira semana de vida), ou tardia (entre a primeira e a quarta semanas de vida). A infecção neonatal precoce por SGB é a única infecção passível de ser prevenida (Pinheiro, Agro, Braga & Almeida, 2016). O rastreio do *Streptococcus B-hemolítico* do grupo B realiza-se a todas as grávidas entre as 35 e as 37 semanas, através de uma colheita, de amostra única, no 1/3 externo da vagina e ano-retal (DGS, 2013). Para prevenir a transmissão ao recém-nascido, as parturientes com resultado positivo iniciavam o protocolo da instituição, assim que estivessem em fase ativa do trabalho de parto, e que consistia na administração de penicilina EV (numa dose inicial de 5 milhões e 2,5 milhões, nas restantes, de quatro em quatro horas), ou ampicilina EV (numa dose inicial de 2 gr, seguindo-se 1 gr de quatro em quatro horas). No caso de alguma parturiente ser alérgica à penicilina poderia ser administrada cefazolina, clindamicina ou vancomicina conforme protocolo.

Relativamente à amniotomia, rutura artificial das membranas corioamnióticas, constituiu outro dos procedimentos efetuados ao longo do estágio. A bolsa amniótica deve permanecer intacta até que haja evidência de algum critério para a sua rutura. A amniotomia deve ser sempre encarada como uma intervenção irreversível, carecendo de uma avaliação rigorosa prévia (OE, 2015b). Realizar a amniotomia de forma rotineira, para facilitar a evolução do trabalho de parto, ainda não está bem definido. Smyth, Markham e Dowswell (2013) acreditam que após a rutura de membranas a libertação de prostaglandinas e ocitocina aumentam, conduzindo a contrações uterinas mais intensas e a uma rápida dilatação do colo uterino. No entanto, afirmam que a amniotomia não deve ser recomendada como intervenção de rotina numa parturiente em fase ativa do trabalho de parto. Numa revisão que efetuaram e incluiu 5583 parturientes, não foi possível identificar alterações estatisticamente significativas quanto à duração do trabalho de parto, número de partos instrumentados e resultados neonatais. O ACOG (2009) afirma que este método usado *per si*

está associado a alguma imprevisibilidade e não existem evidências suficientes que provem a sua respetiva eficácia e segurança. Afirma, ainda, que os riscos associados são a possibilidade de infeção, DPPNI e prolapso do cordão umbilical. Refere também que a amniotomia seguida de administração de ocitocina é mais eficaz (*American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], 2009).

Ao longo do estágio tivemos a oportunidade de realizar a técnica de amniotomia, desde que todas as condições estivessem reunidas, nomeadamente, a parturiente se encontrasse em fase ativa do trabalho de parto com pelo menos quatro centímetros, a apresentação fetal estivesse bem apoiada e no terceiro plano de Hodge, no sentido de evitar o prolapso do cordão umbilical, e se não houvesse indícios de sofrimento fetal. O procedimento era precedido da explicação à parturiente, bem como das suas vantagens e riscos e necessidade, solicitando-se o consentimento para a sua realização. No procedimento era indispensável uma observação atenta, abdominal e vaginal, identificando-se o tipo de apresentação, o plano de Hodge em que a mesma se encontrava e avaliação do colo uterino. Era realizada com técnica assética e após identificação do colo uterino e das membranas corioamnióticas, introduzíamos a pinça de Herff justaposta aos dedos, realizávamos uma pequena rotação e rompíamos as membranas. Mantínhamos a pressão, com a mão esquerda no fundo do útero com o propósito de manter a cabeça fetal apoiada. De seguida mobilizávamos ligeiramente a apresentação fetal para permitir a saída de líquido amniótico e avaliávamos as suas características (cor, cheiro e quantidade). Todo este procedimento era realizado com extremo cuidado para evitar o prolapso do cordão umbilical.

Após a realização da amniotomia eram efetuados todos os registos no respetivo partograma que incluíam, a hora e data da realização da amniotomia, as características do líquido amniótico e a FCF após o procedimento. Perante uma situação de saída de líquido amniótico tingido com mecónio era comunicado o obstetra. A vigilância contínua do bem-estar fetal, através do traçado cardiotocográfico, é crucial nestas situações.

A perfusão de ocitocina EV era um procedimento realizado de forma rotineira. Era realizado como método indutor do trabalho de parto. De acordo com o serviço, quase todas as parturientes que fossem admitidas iniciavam perfusão ocitócica com 10 UI no soro polieletrólítico com glicose 1000 ml a um ritmo inicial de 6 ml/h, conforme protocolo instituído. A velocidade da perfusão era aumentada de 30 em 30 minutos até se atingir três a quatro contrações uterinas em 10 minutos. Se taquissístolia deveríamos reduzir o débito para 18 ml/h e, perante recorrência reduzir para 6 ml/h. Entende-se por taquissístolia a presença de mais de cinco contrações uterinas em 10 minutos, durante um intervalo de 20 minutos (*International Federation of Gynecology and Obstetrics* [FIGO], 2015).

A necessidade de indução do trabalho de parto deve ser avaliada caso a caso, considerando-se o estado materno-fetal, os riscos associados, a idade gestacional, a avaliação do colo

uterino através do índice de Bishop, a avaliação da pelve materna, a estimativa do peso fetal e respetiva apresentação (DGS, 2015a).

O colo uterino, durante o trabalho de parto, varia na sua posição anatómica, dilata, amolece e extingue. Para a avaliação destes parâmetros, ao longo do estágio, recorreu-se ao índice de Bishop, conforme Quadro 2, que inclui cinco parâmetros: a dilatação do colo uterino, a extinção, o nível de descida do feto no canal de parto, a consistência e a posição do colo. É considerado, atualmente, a melhor forma de avaliar as características do colo uterino.

Quadro 2: Índice de Bishop

Fonte: Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016, p. 354)

Índice de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	Fechado	1 - 2	3 - 4	≥ 5
Extinção (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Descida	Acima do I plano	I plano	II plano	III plano
Consistência	Duro	Intermédio	Mole	-
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	-

Em alguns casos, verificou-se, principalmente em nulíparas, que a dilatação e extinção do colo uterino era mais lenta que o esperado. Por vezes, houve a necessidade de administrar fármacos antiespasmódicos, de acordo com prescrição médica. De acordo com a OMS (2015), o uso de antiespasmódicos para evitar o atraso do trabalho de parto não é uma prática recomendada.

Caso não se observassem efeitos positivos na dilatação e extinção do colo uterino ou na progressão da apresentação fetal, podíamos considerar um trabalho de parto estacionário. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015b), trabalho de parto estacionário entende-se por aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estádios. Pode dever-se a condições fetais ou do canal de parto que impedem a progressão da apresentação fetal, ou pela disfunção contrátil uterina (DGS, 2015b). Assim que a causa era identificada e estabelecido o diagnóstico de trabalho de parto estacionário, a parturiente era preparada e encaminhada para o bloco operatório para realização de parto distócico, por cesariana.

2.2. Cuidar da mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto

O segundo estadio do trabalho de parto é designado de período expulsivo, e ocorre desde a dilatação e extinção completas do colo até à expulsão do feto (Machado & Graça, 2017).

A duração do período expulsivo é variável. Em nulíparas, a evolução normal do segundo estadio pode durar até 45 a 60 minutos. Em múltíparas, a duração normal é menor, dando-se num período até 15 a 20 minutos, não representando, contudo, uma uniformidade de tempo (Machado & Graça, 2017). Em nulíparas o período expulsivo pode durar até cerca de duas horas, se presença de analgesia epidural (Marques, 2018).

Quando o trabalho de parto se encontrava neste estadio, era reunido todo o material necessário e preparada a unidade para receber o recém-nascido.

É essencial compreendermos que o ambiente no parto deve proporcionar as condições para uma mulher ter um parto mais fácil e rápido. Segundo Michel Odent (citado por Marques, 2018), uma mulher em trabalho de parto deve poder gritar, ser rude e incorreta. Quando uma mulher fica fora do seu controlo, significa que o seu neocórtex cerebral foi ativado. Uma mulher no momento do parto necessita de estar protegida contra a estimulação cerebral. Para isso, sabemos da existência de uma hormona designada melatonina que tem como efeito reduzir a atividade do neocórtex. Para estimular a produção desta hormona é necessário que o local do parto não apresente luzes fortes, uma vez que a melatonina é libertada na escuridão.

O segundo estadio do trabalho de parto é constituído por três fases, a fase latente, a descida e a fase de transição. De acordo com Balaskas (2017), na primeira fase o útero vai começar a contrair-se de forma mais intensa, as contrações podem iniciar-se antes de se atingir a dilatação completa, ou cinco a 10 minutos após a dilatação. Contudo, se porventura acontecer uma paragem, a mulher deve aproveitar para descansar, preparando-se assim para o momento do parto. A duração da expulsão fetal é variável, tanto pode durar dois ou três minutos como muitas horas.

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de assistir a alguns casos em que as parturientes aproveitaram para descansar e concentrar-se na respiração após a dilatação completa do colo. No entanto, o reflexo expulsivo pode acontecer a qualquer altura. Esse reflexo denomina-se por reflexo de Ferguson e é explicado pela descida da apresentação fetal que, por sua vez, exerce pressão no pavimento pélvico, estimulando a produção de ocitocina endógena, dando origem à sensação de puxo (Lowdermilk et al., 2013).

Assim que a parturiente começava a sentir pressão no períneo, procedíamos ao toque vaginal para avaliar a progressão da apresentação no canal vaginal. Caso a apresentação estivesse

no terceiro plano de Hodge, a parturiente era incentivada a realizar a manobra de Valsalva, ou seja, a realização de esforços dirigidos. Porém, sabemos que uma mulher no momento do parto deve agir instintivamente e, apesar da OMS (2018) desaconselhar a manobra de Valsalva durante o período expulsivo, esta era uma prática rotineira no serviço.

Durante o segundo estadio a apresentação fetal vai-se acomodando às estruturas maternas, sendo que do mecanismo do parto fazem parte os movimentos cardinais do parto, entre eles, o encravamento, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa e a expulsão (Machado & Graça, 2017). A mecânica do parto consiste numa combinação harmoniosa de todos estes movimentos.

Ao longo da vigilância do trabalho de parto, através do toque vaginal, conseguíamos identificar a variedade e a posição do pólo cefálico em relação à bacia materna. Inicialmente foi um processo difícil por falta de experiência, mas com a prática conseguimos identificar a fontanela posterior para caracterizar a variedade e a posição, uma vez que o ponto de referência é o osso occipital. Após vários partos executados, constatámos que em apresentações fetais com variedades posteriores, os partos tendencialmente prolongavam, uma vez que à luz da evidência científica, e de acordo com Machado e Graça (2017), o osso occipital numa variedade posterior sofre uma rotação de 135° em direção à sínfise púbica. A ausência de rotação da apresentação fetal, numa variedade posterior, é a causa do prolongamento da fase ativa e, por vezes, da paragem da dilatação e da progressão da apresentação (Machado & Graça, 2017).

Existem várias posições para o período expulsivo de modo a facilitar a descida da apresentação. Segundo Balaskas (2017), será mais fácil para a descida do feto se a parturiente permanecer em posições verticais, em pé, de joelhos, sentada ou de cócoras. Contudo, apesar da evidência científica aconselhar as posições verticais pelos benefícios inerentes, no CHTS a posição mais frequentemente utilizada era a posição de litotomia.

Dado que neste processo de aprendizagem estamos perante uma prática tutelada, não foi possível desenvolver todas as intervenções à luz da evidência científica. Para além disso, o facto de a parturiente se encontrar com soroterapia em curso, CTG contínuo e analgesia epidural, era muito difícil conseguirmos que adoptasse outra posição. Apesar da dificuldade em alterar algumas práticas, a parturiente era aconselhada a posicionar-se em decúbito lateral para facilitar a rotação fetal, o que demonstrou ser uma técnica eficaz.

Durante todo o trabalho de parto, a monitorização através de CTG é fundamental, no sentido do EESMO conhecer o padrão fisiológico, evitando intervenções desnecessárias. No período expulsivo é frequente ocorrerem desacelerações precoces de rápida recuperação, com variabilidade normal entre as contrações uterinas, este processo constitui um padrão fisiológico. Contudo, torna-se importante estarmos atentos a desacelerações tardias ou de recuperação lenta ou repetitivas, que foram verificadas em alguns casos, no entanto, foram justificadas pela presença de circulares apertadas do cordão umbilical.

Segundo o protocolo do bloco de partos, aquando a fase de transição do segundo estadio do trabalho de parto, procedíamos ao posicionamento da parturiente, equipávamo-nos com touca e máscara, efetuávamos a higienização das mãos, vestíamos a bata e calçávamos as luvas esterilizadas. Preparávamos a mulher colocando as perneiras, o resguardo e dispúnhamos todo o material do *kit* de parto na mesa de apoio.

Na evolução do período expulsivo era fundamental elogiar e interagir com a parturiente, no sentido de transmitir calma, verbalizar reforços positivos e informá-la de todo o processo que estava a acontecer. Tentámos manter ao máximo a privacidade e dignidade da mulher, de forma a transmitir confiança e coragem.

Uma prática realizada no serviço era a manobra de Kristeller, manobra completamente desaconselhada pela OMS (2018), contudo era efetuada perante situações em que os esforços expulsivos maternos eram ineficazes e na presença de um estado fetal não tranquilizador, no sentido de abreviarmos o período expulsivo. De acordo com Trindade e Dalmédico (2016), existem inúmeros riscos associados à manobra de Kristeller como a rutura uterina, lesões cerebrais ou fraturas neonatais, ou lesão do esfíncter anal, entre outros.

Em alguns casos de bradicardia fetal ou não progressão da apresentação fetal, eram chamados os obstetras, de forma a estarem preparados para a iminência de um parto distócico, por ventosa.

À medida que a apresentação fetal descia e se dava o coroamento, de forma a evitar o trauma das estruturas subjacentes, aplicávamos vaselina para lubrificar a parede vaginal. Segundo Araújo e Oliveira (2008), com base nos resultados do seu estudo, o recurso à vaselina durante o período expulsivo não diminui a ocorrência de laceração perineal. Não foram encontrados outros estudos que justificassem a intervenção efetuada. Uma das intervenções cruciais para evitar lacerações e o uso rotineiro da episiotomia, consistia em proteger o períneo e retardar a saída da cabeça fetal.

Quanto à episiotomia, esta técnica era executada se houvesse a necessidade de aumentar o canal vaginal e/ou indícios de fragilidade dos tecidos perineais. De forma a diminuir o diâmetro da cabeça fetal era efetuada a manobra de Ritgen que se mostrou eficaz. A OMS (2018) recomenda o uso de episiotomia de forma ponderada e individual, evitando procedimentos rotineiros e prejudiciais à saúde da mulher. A episiotomia é aconselhada em situações de sofrimento fetal, partos instrumentados, distócia de ombros, apresentação pélvica, macrosomia, iminência de laceração perineal grave e rigidez perineal. Pode ser efetuada através de três tipos de incisão, médio-lateral, mediana ou lateral. A incisão mais frequente no serviço era a médio-lateral, uma vez que há menor incidência de lesões sobre o esfíncter anal e proporciona amplo espaço vaginal. No entanto, apresenta algumas desvantagens como a maior perda de sangue, maior dificuldade de reparação, piores resultados estéticos e cicatrização mais difícil. A execução da técnica de episiotomia deve

ser realizada sob efeito de anestesia local, a não ser que a parturiente se encontre sob analgesia epidural.

Após a saída da cabeça fetal era importante pesquisar a presença de circular no pescoço, nesse momento pedíamos à parturiente para deixar de puxar. Deparámo-nos com várias situações em que houve necessidade de fazer a laqueação prévia do cordão umbilical, por presença de circulares apertadas.

No que respeita a situações de distócia de ombros, que também foram vivenciadas ao longo do estágio, ocorreram pela ausência de encravamento dos ombros segundo um dos diâmetros oblíquos, ou do diâmetro transversal da bacia materna onde o espaço para a progressão é maior. De acordo com Graça (2017), casos de distócia de ombros consistem na dificuldade em extrair o feto ao nível da cintura escapular após expulsão do polo cefálico, dando origem ao bloqueio de extração dos ombros (diâmetro biacromial), anteriormente pela sínfise púbica e posteriormente pelo promontório sagrado.

A distócia de ombros é considerada uma emergência obstétrica inesperada que implica decisões técnicas imediatas e que pode causar complicações graves na parturiente e no recém-nascido. Por esta razão, é importante que todos os profissionais tenham as manobras sempre memorizadas, de forma a estarem aptos a atuarem em qualquer situação (Graça, 2017). Como fatores de risco para a distócia de ombros conhecem-se a macrosomia fetal (peso do recém-nascido superior a 4000 gr), a diabetes gestacional, a obesidade materna, uma história de distócia de ombros em parto anterior e um período expulsivo prolongado (Graça, 2017). Relativamente às complicações que podem advir de uma distócia de ombros, passam por asfixia do recém-nascido, lesão do plexo braquial e fratura da clavícula. Quanto às complicações maternas podem resultar em perda hemática abundante, que pode advir da atonia ou rutura uterina ou da extensão da episiotomia. Lesões do canal de parto também são frequentes (Graça, 2017). Quanto à atitude clínica e manobras obstétricas, a distócia de ombros manifesta-se classicamente pelo “sinal de tartaruga” que se caracteriza pela retração da cabeça fetal imediatamente após a sua expulsão (Marques & Reynolds, 2011). O reconhecimento deste sinal associa-se à ausência da rotação interna do diâmetro biacromial.

A existência de um protocolo de atuação é extremamente relevante para a resolução desta emergência obstétrica e envolve a interação de todos os elementos da equipa. Nas situações presenciadas de distócia de ombros, habitualmente realizava-se uma episiotomia alargada no sentido de facilitar a execução das manobras. Em todas as situações, a concretização da manobra de McRoberts e pressão suprapúbica foram suficientes para solucionar os casos em questão. A manobra de McRoberts consiste na hiperflexão das coxas da parturiente, que será auxiliada e mantida firmemente por dois ajudantes. Não havendo resolução proceder-se-á em concomitância à segunda manobra, a pressão suprapúbica, que deve ser efetuada por um profissional treinado (Graça, 2017).

Após o nascimento, tínhamos em atenção a respetiva hora para registar posteriormente. O recém-nascido era limpo e estimulado o seu dorso para libertar quaisquer secreções presentes na nasofaringe e orofaringe e, de seguida, era colocado sobre o abdómen materno para se estabelecer o contacto pele-a-pele, cobrindo-se com um lençol aquecido. Era importante secar bem o recém-nascido e envolvê-lo no lençol aquecido para evitar a perda de calor. De acordo com Hockenberry, Wilson e Rodgers (2018), o ambiente na sala de partos deve ser aquecido (25°) e o recém-nascido deve ser seco logo após o nascimento. Quanto à estimulação do dorso para potenciar a limpeza das vias aéreas, esta evitava a aspiração de secreções como sangue e líquido amniótico. Caso existam secreções na cavidade oral do recém-nascido, devem ser limpas com uma compressa (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2018).

Entretanto, assim que o cordão umbilical parasse de pulsar, era efetuada a laqueação do mesmo. A laqueação tardia do cordão é considerada um procedimento seguro tanto para o recém-nascido como para a mãe. Permite aumentar o valor de hemoglobina, melhorar o armazenamento de ferro e, por sua vez, diminuir a anemia por deficiência de ferro (Rodrigues, 2019).

Um dos aspetos que tínhamos em consideração, passava por questionar a pessoa significativa quanto à sua pretensão de laquear o cordão umbilical. Esta prática tinha como principal objetivo envolver a pessoa significativa no momento do nascimento.

Depois do recém-nascido estar em contacto pele-a-pele aproximadamente 30 minutos, era colocado na unidade previamente aquecida e preparada para o receber, era efetuada uma avaliação física, administrada a vitamina K e aplicado o colírio oftálmico, de acordo com o protocolo do serviço.

O índice de Apgar foi um parâmetro avaliado ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Consiste em avaliar a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino, tendo em consideração a frequência cardíaca, a frequência respiratória, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor. Se o resultado for superior a sete ao primeiro minuto de vida, então o recém-nascido apresenta boa adaptação. Se inferior a sete ao nascimento, deve ser realizada reanimação neonatal (NICE, 2014). Em todos os nascimentos assistidos, houve quatro casos de recém-nascidos com necessidade de serem transferidos para a neonatologia por má adaptação à vida extrauterina.

No decorrer do estágio, tivemos a oportunidade de proceder à colheita de sangue do cordão umbilical para recolha de células estaminais. Procedíamos à sua colheita com base no protocolo da empresa. Para além disso, nesse momento aproveitávamos para colher sangue do cordão, caso a mãe apresentasse um grupo de sangue Rh negativo. Essa intervenção permitia conhecer posteriormente o grupo sanguíneo do recém-nascido, atuando devidamente na prevenção da doença hemolítica do recém-nascido.

2.3. Cuidar da mulher durante o terceiro e quarto estadios do trabalho de parto

O terceiro estadio do trabalho de parto tem início após a expulsão fetal e termina com a saída da placenta, denominando-se por dequitação. A dequitação compreende três fases, o descolamento, a expulsão e hemostase (Lowdermilk et al., 2013).

Na prática, devemos associar o terceiro estadio do trabalho de parto ao quarto estadio que compreende o intervalo de duas horas subsequentes à expulsão da placenta, pois é nesta fase que a puérpera apresenta maior risco de hemorragia pós-parto, estando sujeita a vigilância contínua.

Por norma, a dequitação ocorre logo após alguns minutos pós-parto ou pode durar 30 a 60 minutos (Machado & Graça, 2017). No entanto, se aguardamos mais de 30 minutos e o processo de descolamento da placenta não ocorre, podemos estar perante uma situação de retenção placentar.

Assim que aguardávamos pelo início de descolamento placentar, realizávamos algumas intervenções como a monitorização dos sinais vitais e vigilância do estado de consciência, palpação da consistência e volume do útero, observação da perda hemática vaginal e dos sinais de descolamento da placenta (útero globoso e firme, golfada de sangue e sinal de Krustner) (Lowdermilk et al., 2013).

Se presença de sinais de descolamento, procedíamos à tração controlada do cordão umbilical para facilitar a saída da placenta e, assim que a placenta começava a exteriorizar-se, efetuávamos a manobra de Dublin que consiste na rotação da placenta e das membranas até à sua completa expulsão. Para facilitar a expulsão solicitávamos à mulher a realização de pequenos esforços expulsivos.

Existem dois tipos de mecanismo de descolamento, Schultze e Duncan. O mecanismo de Schultze caracteriza-se por a separação da placenta se iniciar na zona mais central e a expulsão da placenta apresenta-se pela face fetal. No mecanismo de Duncan o descolamento da placenta faz-se pela periferia, resultando em maior hemorragia antes da sua exteriorização, que se apresenta pela face materna (Machado & Graça, 2017).

Ao longo do estágio deparámo-nos com uma situação de retenção placentária, pelo que comunicámos ao obstetra que procedeu ao descolamento manual da placenta.

A nossa conduta neste estadio caracterizava-se por uma abordagem mista. Quer isto dizer que apresentávamos uma conduta passiva no sentido de termos uma atitude expectante e

observacional, sem intervenção mecânica e, ao mesmo tempo, uma conduta ativa farmacologicamente, pela administração de 10 UI de ocitocina EV para permitir a manutenção da contratilidade uterina e prevenir um quadro hemorrágico.

Após a dequitação era observada rigorosamente a placenta, as membranas e o cordão umbilical. Quanto à placenta certificávamo-nos da sua integridade e verificávamos a existência de fragmentos placentares no interior da cavidade uterina. A retenção de fragmentos placentares pode originar quadros de hemorragia e infecção puerperal (Araújo e Reis, 2012). Observávamos o tamanho, a forma e a regularidade dos bordos da placenta, o local de inserção do cordão umbilical, reconstruíamos a câmara amniótica no sentido de observarmos os dois folhetos (amnion e corion), a presença de cotilédones aberrantes e a inserção da placenta através do ponto da rutura nas membranas. Relativamente ao cordão umbilical verificávamos a existência dos três vasos, duas artérias e uma veia, a presença de eventuais anomalias como nós verdadeiros ou falsos, o comprimento, o local de inserção e a presença da geleia de Wharton.

Posteriormente, eram realizados os cuidados perineais, avaliávamos a integridade do canal vaginal e o períneo. Se presença de lacerações, ou no caso de termos efetuado uma episiotomia, procedíamos à sua reparação. Por fim, realizávamos novamente os cuidados perineais e auxiliávamos a parturiente a posicionar-se de forma confortável.

Nas duas horas pós-parto era importante vigiarmos a presença de hemorragia, a confirmação da formação do globo de segurança de Pinard, o estado geral da puérpera e do recém-nascido (Lowdermilk et al., 2013) e estabelecermos a amamentação, caso a puérpera o desejasse.

Incentivávamos o início da amamentação na primeira hora de vida, apoiando a puérpera a colocar o recém-nascido à mama e observávamos a primeira mamada. A amamentação precoce permite estabelecer o vínculo entre mãe e filho, aumenta a duração do aleitamento materno e reduz a mortalidade e morbilidade neonatal (Boccolinia, Carvalho, Oliveira & Pérez-Escamilla, 2016).

Após as duas horas de vigilância e manutenção do bom estado geral, removíamos a soroterapia e o cateter epidural, verificávamos novamente a presença do globo de segurança de Pinard, realizávamos todos os registos necessários e transferíamos a puérpera e o recém-nascido para o Serviço de Puerpério.

Este estágio no bloco de partos caracterizou-se pela presença de vários momentos de aprendizagem, intensos, onde foi possível adquirir e desenvolver gradualmente as competências no âmbito da assistência à mulher em trabalho de parto. Todo este processo foi acompanhado de muito esforço pessoal, contudo conseguimos ultrapassar os desafios.

3. A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PAI DURANTE O TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Com a revolução científica e do conhecimento a que temos assistido nos últimos tempos, todos os dias surgem resultados de investigações que tentam dar resposta a problemas relacionados com a saúde e com a nossa prática clínica. Na área da saúde quando achamos que demos resposta a uma determinada questão, outras surgem de imediato, quer pela necessidade constante de cuidados, cada vez mais diferenciados, que os nossos utentes requerem, quer pelas novas áreas de saber que é necessário aprofundar, decorrente desse novo campo de saber que traz novas implicações para o dia-a-dia das pessoas.

Os avanços científicos e tecnológicos conduziram à necessidade de profissionais de saúde cada vez mais competentes para dar respostas a várias situações. No entanto, este nível de competência implica uma atualização constante de saberes e de práticas, que não podem ser adquiridos unicamente em contexto formativo, implicando uma atualização constante do conhecimento ao longo de toda a vida profissional.

A ideia da Prática Baseada na Evidência (PBE) que, remete para a década de 70, do século XX, constitui uma ferramenta essencial na área da saúde, na medida em que utiliza um método sistematizado para reunir, classificar e analisar resultados de pesquisa e, através de evidências, tomar decisões ou concluir a necessidade de desenvolvimento de novos paradigmas (Okuno, Belasco & Barbosa, 2014). A PBE permite a mudança de uma prática baseada em tradição, rituais e tarefas, para uma prática baseada em conhecimento comprovado (Galvão & Sawada, 2003). Devido à quantidade de informação existente na área da saúde, existem vários métodos de revisão de literatura, entre eles a revisão integrativa.

De forma a dar resposta à questão de investigação, optou-se pela revisão integrativa da literatura, uma metodologia de natureza qualitativa, que tem a finalidade de reunir resultados de estudos realizados, com diferentes metodologias, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre um determinado tema (Soares et al., 2014).

3.1. Contextualização

Atualmente, a figura paterna adquiriu um estatuto de maior relevo do que aquele que detinha antigamente. De acordo com Bayle (2006), o pai vivencia a paternidade de uma forma diferente e acompanha mais precocemente a gravidez da mulher. É um ser muito

mais interessado e participativo, tanto nas primeiras consultas e exames de diagnóstico, como no momento do parto. O facto de o pai estar mais presente, leva a que se aperceba do desconforto da mulher face à dor, ajudando-a a controlar a respiração e, muitas vezes, apenas com a sua presença permite que a mulher fique mais confiante e relaxada.

O companheiro/marido pode ser considerado o acompanhante ideal no processo de trabalho de parto e parto, pois a sua presença é promotora do vínculo parental, uma vez que participando no nascimento do filho, afirma-se a sua paternidade e a valorização do seu papel na família (Holanda et al., 2018).

Perante a evolução social, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica deve preparar-se e adaptar-se à realidade, com o intuito de informar e incentivar os pais a usufruírem dos seus direitos, apoiando-os na tomada de decisão ao longo de toda a gravidez e parto. Deste modo, o pai sentir-se-á um elemento fundamental em todo o processo, contribuindo com um maior acompanhamento e apoio da mulher, maior envolvimento e suporte na mudança inerente a esta etapa da vida do casal.

De acordo com Holanda et al. (2018), a presença do parceiro no parto, acompanhando todo o processo e apoiando a parturiente constantemente, tem consequências no desfecho do nascimento do filho, como por exemplo: efeitos positivos na construção do vínculo paterno, estímulo e incentivo à mulher no momento de parir, assim como na diminuição de intercorrências negativas, as quais certamente serão recordadas de forma marcante na vida do casal.

A importância da participação ativa do pai, durante o trabalho de parto, surgiu como uma temática de eleição desde o início do presente curso e, por essa razão, pretendeu-se um aperfeiçoamento das competências para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem relacionados com o processo de inclusão do pai no trabalho de parto e nascimento, uma vez que a figura paterna continua a ser frequentemente esquecida. É importante destacar a escassez de estudos que avaliam e analisam a presença paterna durante as diferentes fases do trabalho de parto e no próprio momento do parto.

3.2. Questão de investigação

A presente revisão teve como questão norteadora: Qual a importância da participação do pai durante o trabalho de parto?

3.3. Método de investigação

O primeiro passo compreende a definição dos termos de pesquisa, que devem ir ao encontro da pergunta de partida formulada. De acordo com a questão de investigação anteriormente definida e após consulta no *Medical Subject Headings* (MeSH) e no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), definimos os seguintes descritores: “*father*”, “*childbirth*” e “*participation of father*”. Adicionalmente, utilizámos a expressão de conjugação “*and*” para objetivar a pesquisa, definindo assim a frase em linguagem booleana: “*father AND childbirth*” e “*participation of father AND childbirth*”. O segundo passo consistiu em definir onde procurar. Nesse sentido, a recolha de dados foi efetuada durante o mês de setembro de 2019 e teve por base a consulta nas seguintes bases de dados: *CINAHL*, *MEDLINE*, *PubMed*, *TRIP Database*, *COCHRANE Library*, *The Joanna Briggs Institute*, *Embase*, *BIREME Library*, *Scielo Portugal*, *Google Scholar*.

O presente estudo teve em consideração os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados em português, inglês e espanhol, entre os anos 2014-2019, de acesso livre, aceitando-se estudos de diferentes tipos: revisão sistemática, estudos experimentais, quantitativos, qualitativos e ensaios clínicos.

Utilizando a frase booleana “*father AND childbirth*” obtivemos 222 artigos. No entanto, após leitura dos títulos e dos respetivos resumos, e apesar de 11 artigos apresentarem títulos aparentemente relacionados com o tema, apenas dois artigos foram selecionados por se relacionarem com a temática e no intervalo de tempo pretendido. Recorrendo à segunda frase booleana “*participation of father AND childbirth*” obtivemos 56 artigos, mas só três deles apresentavam título de acordo com o tema em análise e no intervalo de tempo desejado.

Seguidamente, todos os artigos foram alvo de uma leitura crítica e reflexiva na íntegra, de forma a extrairmos toda a informação relacionada com a questão de partida.

3.4. Apresentação e análise dos resultados

Procedeu-se a uma análise profunda dos cinco artigos, que se apresenta a seguir. De forma a apresentar a informação mais organizada, os aspetos essenciais de cada artigo serão descritos nos quadros seguintes. Na análise dos artigos foi utilizado o nível de evidência de Oxford.

Quadro 3 - Análise do artigo: *Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento*

Título do artigo		“Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento”
Autores		Juliana Teixeira Antunes, Luciana Barbosa Pereira, Maria Aparecida Vieira e Cássio de Almeida Lima
País (do estudo)		Brasil
Ano de publicação		2014
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo descritivo e qualitativo.
	Amostra	10 indivíduos do sexo masculino que acompanharam o trabalho de parto das suas companheiras.
Objetivo(s) do estudo		Descrever as expectativas, os sentimentos e significados vivenciados pelos pais durante a participação no nascimento do filho.
Resultados		Evidenciou-se a falta de preparação dos pais para acompanhar o trabalho de parto. Os pais admitiram que não foi uma experiência fácil, por sentirem medo do desconhecido e do inesperado, ficando ansiosos. Contudo, conseguiram transmitir segurança e apoio emocional às suas companheiras.
Conclusões		Apesar da presença paterna na sala de parto ser recente, revelou-se a descoberta de um novo papel, além de se caracterizar como um aspeto positivo para o sucesso do parto. Por acompanharem a dor, o sofrimento, a alegria e as restantes emoções, os pais tornaram-se mais sensíveis.
Nível de evidência		NE: 4

Quadro 4 - Análise do artigo: *Participación paterna en la experiencia del parto*

Título do artigo		<i>“Participación paterna en la experiencia del parto”</i>
Autores		Hernán Villalón, Rosario Toro, Isidora Riesco, Mauricio Pinto e Cristián Silva
País (do estudo)		Chile
Ano de publicação		2014
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo de caso-controle clínico, prospectivo e controlado com seleção aleatória.
	Amostra	127 indivíduos do sexo masculino.
Objetivo(s) do estudo		Avaliar os resultados de um programa de estímulo à participação paterna no parto.
Resultados		Os pais que acompanharam o trabalho de parto e parto foram convidados a seguir um protocolo de cuidados ao bebê, que consistia em secar a pele, cortar o cordão umbilical, pesar, medir e entregar à mãe. Após um questionário efetuado às mães, constatou-se que os pais sujeitos ao protocolo tinham mais interesse em participar nos cuidados ao seu filho no domicílio.
Conclusões		A participação do pai no trabalho de parto, parto e nos cuidados após o nascimento do bebê, contribuiu para o fortalecimento do vínculo familiar.
Nível de evidência		NE: 3B

Quadro 5 - Análise do artigo: *Contextos, Experiências e Significados em torno da Presença do Homem (Pai) no Parto: Realidades e desafios*

Título do artigo		“Contextos, Experiências e Significados em torno da Presença do Homem (Pai) no Parto: Realidades e desafios”
Autores		Rosalina Pisco Costa, Helena Chorão Bilo, Helena Martins da Silva, Sara Fialho Marrafa e Vânia Caldeira Paralta
País (do estudo)		Portugal
Ano de publicação		2016
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo quantitativo, descritivo, não experimental e transversal.
	Amostra	271 indivíduos (sexo feminino e masculino) que foram pais na sequência de um parto realizado numa instituição de saúde em Portugal, entre 2010 e 2016.
Objetivo(s) do estudo		Contribuir para um conhecimento simultaneamente mais informado e aprofundado sobre realidades e desafios em torno dos contextos, experiências e significados que envolvem a presença (e ausência) do homem (pai) no parto.
Resultados		A maior parte dos inquiridos (59%) afirma que o pai esteve presente no trabalho de parto e parto. Em 88,6% dos casos, os homens decidiram previamente sobre a sua participação no trabalho de parto e parto, por considerarem importante assistirem àquele momento e por considerarem importante para a companheira e para o vínculo pai-bebé. As mulheres caracterizaram a presença do pai no trabalho de parto e parto, recorrendo a palavras como “apoio”, “segurança” e “conforto” e afirmam que a presença dele é “indispensável” ou “fundamental”. As palavras empregues pelos homens foram positivas e remetem para uma dimensão expressiva como “alegria”, “felicidade”, “maravilhoso”, “extraordinário” ou “inesquecível”.
Conclusões		Sem dúvida que o nascimento de um bebé é considerado um fenómeno social alvo de significado simbólico. A possibilidade de participação do pai no parto, inclusive nas cesarianas, deve ser vista como um passo para o exercício pleno da parentalidade ajustada à realidade social do século XXI.
Nível de evidência		NE: 4

Quadro 6 - Análise do artigo: *Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto*

Título do artigo		“Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto”
Autores		Sâmia Monteiro Holanda, Régia Christina Moura Barbosa Castro, Priscila de Souza Aquin, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Lia Gomes Lopes e Eveliny Silva Martins
País (do estudo)		Brasil
Ano de publicação		2018
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo correlacional e quantitativo.
	Amostra	155 primíparas de uma maternidade pública de referência em Fortaleza.
Objetivo(s) do estudo		Correlacionar a satisfação de primíparas quanto ao apoio do companheiro durante o trabalho de parto e parto com a sua presença e capacitação no pré-natal.
Resultados		O envolvimento do companheiro nas consultas pré-natais esteve estatisticamente associado à sua presença como acompanhante da mulher no trabalho de parto e parto e à satisfação da mulher com o apoio recebido.
Conclusões		Os resultados encontrados demonstraram a importância de se estimular a participação do pai no trabalho de parto e no parto e a sua capacitação desde o período pré-natal.
Nível de evidência		NE: 4

Quadro 7 - Análise do artigo: *Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos*

Título do artigo		<i>“Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos”</i>
Autores		Claudia Uribe, Aixa Contreras e Luiza Hoga
País (do estudo)		Chile
Ano de publicação		2018
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo qualitativo e experimental
	Amostra	85 casais que viveram a experiência do nascimento.
Objetivo(s) do estudo		Recolher informação e compreender o significado atribuído à presença ativa do pai durante o processo de nascimento.
Resultados		Deste estudo emergiram três papéis que demonstram como a figura paterna deve viver todo o processo ao acompanhar o trabalho de parto e parto: (1) papel participativo com a mulher, (2) ao serviço da mulher e (3) papel pessoal paterno. As mulheres sentiram que a presença ativa e permanente do pai conduziu a uma tomada de consciência de que o processo era de ambos. Os pais afirmaram estar dispostos a contribuir para o bem-estar da mulher e a colaborar em todo o processo, mantendo a mulher tranquila, confortável e com menos dor. Os pais viveram uma experiência inesquecível, especial, intensa e emotiva.
Conclusões		Os cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto devem considerar a implementação de estratégias promotoras da inclusão e da participação dos pais em prol de uma experiência saudável e positiva.
Nível de evidência		NE: 4

Apesar dos estudos terem ocorrido em países diferentes, os resultados observados quanto à importância e benefícios da participação ativa do pai durante o trabalho de parto foram semelhantes. Todos os estudos salientam a importância que tem a participação do pai, durante o trabalho de parto e parto, para o fortalecimento do vínculo mãe-pai-bebê. A presença da figura paterna constitui um aspeto positivo e saudável para o parto.

Os resultados obtidos salientam a carência de estudos que evidenciem como o pai presencia o processo de nascimento do filho. Por isso, destacam a necessidade de produzir evidências científicas que suportem e encorajem a prática direcionada para o empoderamento familiar como forma de atingir maior satisfação com o parto.

3.5. Discussão

Em Portugal, desde 1985 que é reconhecido à mulher grávida o direito a ser acompanhada durante o trabalho de parto e parto pelo futuro pai (Lei N.º 14/85, de 6 de Julho). No entanto, nem todos os pais assistem ao nascimento dos seus filhos. Na base desta situação encontram-se vários motivos, entre eles a indisponibilidade ou falta de desejo do pai, incapacidade logística da instituição de saúde e imposições derivadas de procedimentos específicos e de protocolos terapêuticos.

Ao longo do tempo diversificaram-se os cenários de participação masculina na vida familiar, não se tratando apenas da participação nas tarefas domésticas e nos cuidados aos filhos. Desde o diagnóstico da gravidez, o acompanhamento nas consultas pré-natais, a participação nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, até à presença no parto e no pós-parto, é crescente a visibilidade do pai nos variadíssimos momentos que envolvem o nascimento de um filho (Miller, 2010).

Num estudo elaborado por Costa, Bilo, Silva, Marrafa e Paralta (2016), as vantagens reconhecidas à presença do pai no trabalho de parto e parto passam pela tranquilidade e segurança da parturiente (89,1%), o fortalecimento do vínculo pai-mãe-bebé (70,9%), o fortalecimento do vínculo mãe-pai (40%), o fortalecimento do vínculo pai-bebé (35,1%), diminuição da dor da mulher (10,6%), redução da necessidade de medicação (7,5%) e redução do tempo de trabalho de parto (5,3%).

Considerando o parto como um fenómeno desconhecido, envolto ainda em mitos, o homem teme pela vida da sua companheira, na medida em que o medo da morte preenche a sua imaginação. O parto, não sendo previsível, conduz à falta de controlo da situação por parte da figura paterna. E, por mais que os pais procurem informação, esta não parece ser suficiente para diminuir a ansiedade e proporcionar confiança tanto à mulher como ao companheiro.

Acompanhar o trabalho de parto, para além do sentimento de surpresa inerente, revela uma exposição do homem à dor e ao sofrimento da mulher, representando para ele um momento de reflexão, permitindo-lhe compreender melhor as sensações e o esforço da mulher. A presença ativa do pai durante o trabalho de parto e parto constitui um aspeto positivo, na medida em que transmite coragem e apoio emocional à mulher. Para além disso, permite que o pai se torne parte integrante do processo.

Atualmente, o envolvimento paterno traduz-se em preocupação e dedicação à família, e não apenas o suporte financeiro que predominou historicamente. Apresenta-se como um novo desafio, no exercício da paternidade. O homem pretende vivenciar todos os momentos,

desde o início da gravidez, demonstrando sentimentos afetivos pela família e estabelecendo conexões emocionais favoráveis à criação e desenvolvimento de vínculos familiares.

3.6. Conclusão

Continua a ser necessário incentivar a participação dos pais no trabalho de parto e parto, através da divulgação de informações pertinentes e, desta forma, contribuir para a reconstrução social do papel do homem no exercício da sua paternidade.

A partir da revisão integrativa da literatura acima apresentada, concluímos que a questão de investigação elaborada, através da qual se pretendia saber qual a importância da participação do pai durante o trabalho de parto, tem como resposta mais evidente a de que o papel do pai é determinante e de extrema importância, para o pai, para a mãe, para o bebé, e para a equipa de profissionais de saúde.

Os vários artigos analisados salientam que a presença e a participação do pai durante o trabalho de parto e parto favorecem a criação de vínculos entre pai-mãe-bebé, aumentam a relação de intimidade e partilha entre o casal, favorecendo a estrutura familiar e facilitando o trabalho de parto, na medida em que a parturiente acompanhada, apoiada e mais confiante será mais colaborativa e estará mais tranquila.

Ao longo do estágio observou-se que grande parte dos pais que acompanharam o trabalho de parto, apesar de demonstrarem alguma insegurança, estiveram sempre atentos às indicações fornecidas pelos profissionais de saúde, de forma a colaborarem em todo o processo, proporcionando muito apoio emocional e reforço positivo à sua companheira, realizaram o procedimento de laqueação do cordão umbilical sempre com muita emoção e entusiasmo e colaboraram nos primeiros cuidados ao recém-nascido.

Podemos concluir que o pai é uma figura importantíssima e parte integrante de todo o processo de nascimento, pelo que deverá ter um lugar de destaque não só durante o trabalho de parto e parto, mas também durante toda a gravidez e pós-parto.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

No decurso deste estágio, foi possível a vivência de diversas experiências enriquecedoras, uma vez que permitiram articular a teoria com a prática, possibilitando a consolidação de conhecimentos, a execução de procedimentos, o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e a pesquisa da evidência científica mais atual.

Ao período onde ocorrem um conjunto de modificações físicas e psíquicas, designa-se por puerpério ou quarto trimestre de gravidez. Este período é o intervalo de quatro a seis semanas entre o nascimento e o retorno dos órgãos ao seu estado e posição anatômica. Durante este período ocorrem mudanças fisiológicas distintas, à medida que os processos relacionados com a gravidez regredem. De forma a proporcionar cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família, os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da mulher, das alterações emocionais possíveis, do processo de recuperação, das características físicas e comportamentais do recém-nascido e, deste modo, identificar quais os cuidados mais adequados a cada situação (Lowdermilk et al., 2013).

O período pós-parto é constituído por três fases, o puerpério imediato, precoce e tardio, sendo que as alterações fisiológicas que surgem são distintas em cada fase e estão relacionadas com todo o processo de regressão associado à gravidez. O puerpério imediato decorre desde o parto até às primeiras 24 horas, considera-se o puerpério precoce até ao final da primeira semana e o puerpério tardio até ao final da sexta semana (Centeno, 2017).

No âmbito do estágio de autocuidado pós-parto e parentalidade, foram delineados os seguintes objetivos pessoais: conhecer a estrutura orgânica e funcional do serviço; desenvolver competências para trabalho em equipa, de forma a estabelecer uma relação facilitadora de aprendizagem e possibilitar um ambiente promotor de trabalho; consultar, estudar e integrar os protocolos do serviço, de forma a implementar cuidados uniformizados; adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos e destreza prática para prestar cuidados de excelência e com rigor; avaliar criticamente as intervenções e atividades desenvolvidas; conhecer e compreender o papel da EESMO, relativamente às atividades desenvolvidas; prestar cuidados especializados à puérpera e recém-nascido; informar a mulher sobre o desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido; informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto; promover e dar apoio ao aleitamento materno; promover e apoiar a mulher na adaptação à sua nova condição de vida; orientar e apoiar a mulher no autocuidado e a cuidar do recém-nascido; apoiar e dar suporte emocional e psicológico à puérpera e família; adotar e promover uma prática de cuidados que melhorem a segurança, a privacidade e a dignidade da puérpera, recém-

nascido e família; desenvolver competências de diagnóstico em Enfermagem identificando as necessidades, dúvidas e dificuldades sentidas pela mulher e família; estabelecer uma relação terapêutica com a puérpera e família, de forma a criar um clima de autoconfiança e disponibilidade; usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem e tomar iniciativa na análise de situações clínicas recorrendo a métodos de pesquisa adequados e atualizados; desenvolver competências na documentação do Processo de Enfermagem no S-Clínico utilizando linguagem classificada CIPE.

Durante o período do puerpério ocorrem transformações que englobam muito mais do que as transformações ao nível físico. Socialmente, veicula-se a imagem que a mulher vive a gravidez e o pós-parto rodeada de muita felicidade. Ora, isto conduz a que a puérpera sinta necessidade de omitir aos que lhe são mais próximos e aos profissionais de saúde o que realmente sente, por vergonha, culpa ou medo das críticas, levando a que não sejam identificadas atempadamente perturbações psicológicas que seriam mais facilmente tratadas (Leitão, 2016). Torna-se essencial a intervenção do profissional de saúde, ao identificar precocemente as dificuldades dos novos pais, devendo atuar como elementos facilitadores através da prestação de cuidados e apoio.

Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, como sejam o nível de energia, o grau de conforto, saúde e bem-estar do recém-nascido, o apoio e o cuidado oferecido pela família, amigos e profissionais de saúde (Ferreira, 2016).

As diferentes dinâmicas familiares verificadas em contexto de estágio, permitiram observar diferentes emoções, sentimentos e expectativas, pelas diferentes formas de vida, proporcionando-nos uma visão mais abrangente dos diferentes e individuais processos de adaptação à parentalidade.

Desta forma, durante o estágio foram várias as mulheres/casais e os recém-nascidos alvo dos nossos cuidados, procurando-se a individualidade dos mesmos e a promoção da parentalidade. Foram prestados cuidados especializados a 139 puérperas e 121 recém-nascidos de baixo risco, e a 49 puérperas e 66 recém-nascidos de moderado/elevado risco.

4.1. Acolhimento da puérpera/casal e do recém-nascido

Com o objetivo de manter e valorizar as boas práticas de enfermagem e acolher de forma harmoniosa a puérpera e o RN, aquando a sua chegada ao internamento, procedíamos ao acolhimento. Iniciávamos pela nossa apresentação como profissional e estudante do MESMO, efetuávamos a apresentação do serviço quanto ao espaço físico e as suas rotinas, se as

puérperas e RN eram admitidos no turno noturno, isso era realizado no dia seguinte, informávamos ainda o horário das visitas, sobre a possibilidade da presença do acompanhante/pessoa significativa e sobre algumas intervenções de vigilância necessárias, quer à mulher quer ao recém-nascido.

Segundo Silva (2010), acolhimento em enfermagem define-se como a relação estabelecida com o utente e iniciada no momento da admissão no serviço. O enfermeiro durante o acolhimento deve procurar estar atento aos aspetos do foro psicológico e emocional, aos sentimentos e pensamentos que eventualmente possam existir, transmitindo confiança nos cuidados que presta. No momento da admissão, o comportamento dos profissionais de saúde, com enfoque nos enfermeiros, é decisivo para que o utente se sinta confiante e seguro, pois é no momento da admissão que ele se sente mais desprotegido e inseguro, pelo que se deverão desenvolver esforços no sentido de demonstrar interesse, simpatia e compreensão.

De acordo com Koch (2014, p. 173), existem informações básicas que devem ser tidas em conta no momento do acolhimento, como por exemplo:

aspetos estruturais do serviço, ou da unidade da utente (existência de armário para guardar os pertences, quarto de banho, luzes, música, campainha, posições da cama, etc.), as rotinas do serviço (horários das refeições, visitas médicas, atividades de vigilância, etc.) e as regras do serviço, nomeadamente quanto ao acompanhamento por familiares e horário de permanência e de visitas. Será, igualmente, importante esclarecer a senhora sobre os procedimentos a que pode ser submetida, o que é esperado acontecer, que colaboração lhe é solicitada e negociar uma parceria de cuidados.

Segundo Silva (2010), é aos enfermeiros que compete fazer o acolhimento. Os cuidados de enfermagem deverão ser de excelência, considerando que a relação e a comunicação desempenham um papel fundamental para o bem-estar do utente e uma boa relação de ajuda. É ao enfermeiro que compete acolher os utentes, por ser agente de humanização, por conhecer as variáveis que podem influenciar a utente, por ser um técnico em relações humanas, por saber inspirar confiança, por conhecer os mecanismos da comunicação, por conhecer em rigor as vantagens de um bom acolhimento, por preocupar-se com a utente, a família e a comunidade. Para além disso, existem atitudes terapêuticas que favorecem uma relação de ajuda, como por exemplo, demonstração de cortesia, compreensão, interesse, empatia, bondade, aceitação, firmeza, apoio e partilha de ideias sem julgamentos ou exigências, ajudando a pessoa a compreender o seu próprio comportamento e a encontrar meios de adaptação.

4.2. Avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido

No Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, duas horas após um parto eutócico as puérperas e recém-nascidos eram transferidos para o Serviço de Puerpério, sendo previamente contactado o serviço para dar a conhecer a transferência e transmitir todos os dados inerentes à puérpera e ao recém-nascido.

Aquando da admissão da puérpera, consultávamos o processo clínico, de forma a identificar o nome e idade da puérpera, o grupo sanguíneo, os antecedentes clínicos como, a história obstétrica, o tempo de duração do trabalho de parto, o tipo de parto e respetiva hora, sobre a existência de ferida perineal/abdominal ou eventual laceração, hora da rutura das membranas, características do líquido amniótico, analgesia ou anestesia utilizadas, medicação administrada durante o trabalho de parto, a perda sanguínea durante e após o parto, eliminação vesical, infeção por *Streptococcus* β -hemolítico (SGB) ou sobre eventuais complicações durante o parto. Quanto ao recém-nascido, consultou-se informações sobre o sexo, peso, índice de Apgar, presença de micção ou dejeção, reflexos de sucção e deglutição, se ocorreram situações que exigiram procedimentos técnicos complementares (e.g.: necessidade de aspiração de secreções, circulares do cordão, reanimação), sobre a adaptação à mama e a hora da última mamada.

O Processo de Enfermagem era atualizado ao longo do internamento, conforme a aquisição e desenvolvimento das competências da puérpera, tornando-se individual para cada mulher.

Após o acolhimento era realizada uma avaliação inicial que permitia identificar focos de atenção, formular diagnósticos e conceber e planear as respetivas intervenções. A recolha de dados era relativa ao peso e altura da mulher (para determinação do IMC), profissão, estado civil, antecedentes pessoais (patologias, alergias, hábitos tabágicos, etílicos ou de outras drogas), medicação habitual, experiência em gravidezes anteriores, experiência com a amamentação e o contacto e respetivo nome de uma pessoa significativa.

A avaliação da mulher era realizada no sentido cefalocaudal. Procedia-se ao exame físico da puérpera: monitorização dos sinais vitais, observação da pele e das mucosas, observação das mamas, palpação do útero com o objetivo de verificar a sua contração, avaliação da perda sanguínea, observação da ferida cirúrgica/lacerações, hemorroidas, vigilância de edemas e avaliação do bem-estar físico e emocional da puérpera. Questionava-se sobre a experiência do parto, sobre como se sentia com o recém-nascido face às expectativas e ainda sobre a experiência e satisfação da primeira mamada.

Segundo Lowdermilk et al. (2013), a alteração nos sinais vitais é um achado normal, podendo haver uma pequena elevação transitória na pressão arterial que permanecerá cerca de quatro dias pós-parto. Por volta da oitava ou décima semana após o parto, o pulso retoma

os valores normais. A frequência respiratória apresenta níveis normalizados cerca de seis meses pós-parto, isto deve-se ao facto de o útero voltar ao seu tamanho e posição, o que permite uma descida do diafragma, restabelecendo-se o eixo cardíaco e o ponto de impulso máximo (PMI), verificando-se a normalização do eletrocardiograma (ECG).

De acordo com Centeno (2017), a frequência cardíaca, a coloração das mucosas e a tolerância ao ortostatismo são indicadores importantes que se relacionam com a perda hemática. A hipotensão e a taquicardia podem indicar perda hemática em moderada/elevada quantidade, pelo que as perdas vaginais devem ser avaliadas em conjunto com o tamanho e consistência do útero. A temperatura corporal deve ser monitorizada, uma vez que a causa da febre deve ser identificada. Lowdermilk et al. (2013) referem que durante as primeiras 24 horas a temperatura pode aumentar até aos 38°C, consequência da desidratação decorrente do trabalho de parto. A puérpera deverá encontrar-se apirética ao fim de 24 horas.

A observação das mamas encontra-se preconizada, de modo a avaliarmos as suas características (mole ou tensa) e dos respetivos mamilos (proeminentes, curtos ou rasos) e quanto à presença de colostro para avaliarmos o potencial de amamentação e despiste de qualquer situação problema (Centeno, 2017).

A involução uterina é avaliada pelo tamanho e posição do útero na cavidade pélvica. A ferida perineal pode provocar dor e desconforto e, por essa razão, deve ser oferecido precocemente gelo (períodos inferiores a 15 minutos, várias vezes ao dia), o que faz com que o edema diminua e permita um efeito analgésico (Centeno, 2017). Caso a dor seja insuportável, a ferida e o períneo devem ser pormenorizadamente observados para despistar a ocorrência de hematomas ou outras complicações locais, como deiscência ou isquemia.

A avaliação do recém-nascido iniciou-se com a observação da coloração da pele, tonicidade, respiração, choro, aspeto e clampagem do coto umbilical. De seguida, verificava-se a presença de pulseira de identificação e colocava-se a pulseira eletrónica.

As puérperas submetidas a cesariana regressavam ao serviço após duas horas na sala de recobro. Logo após o nascimento, recebíamos o recém-nascido transportado numa incubadora, e eram-lhe prestados os cuidados imediatos. Procedíamos à secagem da pele, à avaliação da cor e respiração, à monitorização da glicemia capilar, à administração da vitamina K, vestíamos o RN e aplicávamos o colírio oftálmico.

O *stress* provocado pelo frio é prejudicial ao recém-nascido, uma vez que aumenta a necessidade de oxigénio (O_2) e pode interferir com o equilíbrio ácido-base. O recém-nascido pode reagir aumentando a frequência respiratória, ficando cianosado (Lowdermilk et al., 2013). Freitas e Baptista (2016) acrescentam que a exposição ao frio aumenta o consumo de oxigénio e de glicose numa fase em que estes dois componentes se encontram instáveis. Posto isto, a temperatura ambiente deve manter-se entre os 23°C e os 26°C. A avaliação da

cor do recém-nascido permite despistar estados de cianose. Se o recém-nascido apresentar corpo rosado e mucosas coradas, constitui um sinal de oxigenação adequada. Tanto os pés como as mãos podem permanecer ligeiramente cianosados (acrocianose) durante 48 horas (Lowdermilk et al., 2013).

A monitorização da glicemia capilar realiza-se, frequentemente, após o nascimento e, normalmente, o teste é repetido após quatro horas. No parto, quando se efetua a laqueação do cordão, o recém-nascido perde de forma abrupta a sua reserva de glicose. Os níveis de glicose descem normalmente nas primeiras horas pós-parto (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN] 2013). De acordo com Lowdermilk et al. (2013), hipoglicemia define-se como uma concentração de glicose no sangue inferior a 35 mg/dl, ou inferior a 40 mg/dl no plasma, num recém-nascido de termo, daí a importância de o recém-nascido mamar na primeira hora de vida.

Após o nascimento era administrada uma única dose de 0,5mg a 1mg de Fitomenadiona (vitamina K), no terço médio do músculo vasto externo esquerdo, para profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido.

O colírio oftálmico é recomendado para prevenir infeções como a oftalmia neonatal ou conjuntivite gonocócica do recém-nascido, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, e conjuntivite de inclusão, uma infeção por *Chlamydia trachomatis* (Lowdermilk et al., 2013). O recém-nascido pode ter sido exposto a estes microrganismos durante a passagem pelo canal vaginal. Deve-se, por isso, instilar, na primeira hora de vida, colírio conforme prescrição (Cloranfenicol, 8 mg/ml) no interior das pálpebras inferiores, após limpeza dos olhos com soro fisiológico e compressa esterilizada (Freitas e Baptista, 2016). Após instilação do colírio, as pálpebras devem ser levemente massajadas para assegurar a difusão do fármaco. O excesso de solução pode ser limpo com compressa esterilizada, mas não é recomendado esfregar o olho (Lowdermilk et al., 2013).

Regra geral, o pai estava sempre presente nestes cuidados e, sempre que possível, incentivávamos a sua participação, com o intuito de promover a ligação pai-filho, favorecendo uma transição para a parentalidade o mais saudável e harmoniosa possível. Como refere Lowdermilk et al. (2013), a presença do pai permite o esclarecimento imediato das suas dúvidas, favorece o seu envolvimento nos cuidados ao recém-nascido e permite observar a interação pai-filho, favorecendo o diagnóstico precoce das preocupações, assim como a identificação de necessidades.

Após a avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido, era da nossa competência a vigilância de ambos ao longo do internamento, de modo a identificar problemas, desenvolver intervenções para a sua resolução e apoiar na adaptação dos pais à parentalidade.

4.3. As necessidades da mulher no contexto do puerpério

A puérpera encontra-se num período de grande vulnerabilidade emocional precedido de uma gravidez caracterizada por inúmeras alterações ao nível físico, fisiológico e psicológico.

Durante o estágio, foi possível o contacto com mulheres a vivenciarem o puerpério imediato e precoce, pois a alta hospitalar ocorre 48 horas pós partos eutócicos, ou distócicos por ventosa ou fórceps, e 72 horas pós partos distócicos por cesariana.

Dado que existe muita informação e diversificada que deve ser partilhada com a puérpera, num tempo tão reduzido, torna-se importante planear os cuidados o mais cuidadosamente possível.

O EESMO presta cuidados com vista à recuperação da mulher, física e psicológica, à adaptação a uma nova condição e, ainda, cuidados relacionados com o recém-nascido. Não menos importante para os enfermeiros será, avaliar as necessidades dos outros membros da família, de forma a que estes se adaptem à chegada do novo membro e vivenciem uma transição saudável.

4.3.1. Atividades de vigilância/diagnóstico e promoção do autocuidado

Ao longo deste estágio foram desenvolvidas diversas atividades de vigilância e de diagnóstico, com o objetivo de promover o bem-estar da puérpera e do casal e despistar eventuais complicações.

Das atividades desenvolvidas destacamos a prestação de cuidados de higiene e conforto à puérpera, a monitorização da dor, a vigilância da contração uterina e as características dos lóquios, a vigilância da eliminação vesical e intestinal, a execução do primeiro levante, a promoção da amamentação e a vigilância do estado emocional da puérpera.

A prestação de cuidados de higiene e conforto à puérpera foi uma intervenção desenvolvida ao longo do estágio, sendo realizada após a avaliação inicial descrita anteriormente. Para além disso, também eram prestados estes cuidados às puérperas que se encontravam em repouso no leito, ou seja, nas primeiras horas pós-parto. De acordo com os protocolos instituídos no serviço, o repouso no leito era mantido durante seis horas se parto eutócico ou distócico, por ventosa ou fórceps, e durante 12 horas se parto distócico, por cesariana.

Durante os cuidados de higiene e conforto fazia-se a avaliação dos lóquios, ensinava-se sobre higiene íntima e prevenção de infecção da ferida perineal.

A *University Wisconsin - Madison / School of medicine and public Health* (2009, cit. por Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO], 2011) recomenda realizar cuidados vulvo-perineais com recurso a lavagem com água seguida de secagem, sempre após urinar ou defecar, nas primeiras 24 horas após o parto. A literatura não é consistente quanto ao momento mais adequado para a realização destes cuidados. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012), a higiene perineal é recomendada entre uma a três vezes por dia, devendo ser realizada com água e com um agente de limpeza, uma vez que só água pode não remover as partículas sólidas e a gordura. Este deve cumprir as seguintes propriedades: dermocompatibilidade com as mucosas, não irritar nem secar, não alterar a camada lipídica (função protetora de barreira), manter o pH ligeiramente ácido (variando entre o 4,2 e 5,6), ter ação refrescante, viscosidade adequada e capacidade espumante. A higiene perineal deve ser realizada, de preferência, com água corrente; os banhos de assento devem ser realizados apenas segundo indicação médica. Para a secagem, não é aconselhado esfregar, apenas secar (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012).

Dado que esta prática em contexto clínico era supervisionada, de acordo com os protocolos instituídos pelo serviço, recomendava-se a higiene perineal após cada micção e dejeção, considerando as recomendações da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012). Lowdermilk et al. (2013) informa-nos sobre alguns cuidados, tais como, lavar o períneo com sabonete neutro e água tépida pelo menos uma vez por dia; lavar no sentido da sínfise púbica para a região anal; aplicar o penso higiénico da frente para trás, protegendo o seu interior de contaminação; enrolar o penso sujo e colocá-lo em contentor próprio; mudar o penso higiénico sempre que a puérpera urine ou evacue, ou pelo menos quatro vezes por dia; lavar as mãos sempre antes e após a substituição do penso; avaliar a quantidade e características dos lóquios sempre que mude o penso.

De acordo com o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2006, cit. por MCEESMO, 2011), deve ser questionado às puérperas se têm alguma preocupação quanto ao processo de cicatrização da ferida perineal, incluindo a dor perineal, desconforto ou ardor, odor intenso ou dispareunia. Deve avaliar-se o períneo, caso estejam presentes alguns destes sintomas, as puérperas devem ser informadas sobre a crioterapia, como um método para o alívio da dor perineal, sobre a importância da higiene perineal, incluindo a substituição frequente do penso higiénico, assim como da lavagem das mãos antes e após o procedimento. Segundo a MCEESMO (2011), a evidência científica não suporta a utilização rotineira de antissépticos perineais, em puérperas sem complicações, pelo que não devem ser utilizados.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. A Direção-Geral da Saúde designa a dor como o quinto sinal vital, defendendo que a presença de dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas e avaliadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor no pós-parto pode ser referida em diferentes locais anatómicos, dependendo do tipo de parto. As puérperas podem experienciar dor perineal, resultante do trauma perineal, dor abdominal, resultante da ferida cirúrgica quando submetidas a cesariana, dor músculo-esquelética devido a trabalho de parto prolongado ou às posições durante o parto. A presença de dor pode comprometer o bem-estar da puérpera e interferir no autocuidado.

Segundo Lowdermilk et al. (2013), nas primíparas o tônus uterino encontra-se aumentado e, por isso, o fundo do útero permanece firme. Períodos de relaxamento e contração são mais comuns nas múltiparas e causam dores intensas após o parto, que persistem durante os primeiros dias do puerpério. As dores no pós-parto são mais intensas depois de partos cujo útero foi exageradamente distendido (macrossomia e gemelaridade). A amamentação e a administração de ocitocina intensificam as dores, por estimularem as contrações uterinas. Num estudo comparativo realizado por Santos et al. (2016) desenvolvido com 424 mulheres, a dor foi referida por 71,3% das puérperas que experienciaram um parto eutócico e por 75,1% das que tiveram parto por cesariana. A dor na região supra-púbica foi a mais significativa (44%), seguida pela dor abdominal (29,4%), sem diferença estatisticamente significativa entre os tipos de parto. As limitações mais referidas pelas puérperas foram a dificuldade para sentar (72,6%) e para deambular (59,4%).

Uma das nossas primeiras atividades de diagnóstico, assim que a puérpera chegava ao serviço, era avaliar a dor com recurso à escala numérica da dor, de acordo com o protocolo do serviço. Sempre que a puérpera referia dor, era oferecido método não farmacológico e farmacológico, de acordo com a intensidade da dor. Como método não farmacológico, recorria-se à crioterapia durante 15 minutos pela facilidade de aplicação e pelos efeitos imediatos. Para além disso, a aplicação de frio reduz o processo inflamatório, o edema e equimoses. Para alívio farmacológico da dor, administrávamos analgésicos, de acordo com o protocolo do serviço. No caso de parto vaginal, administrávamos Paracetamol 1gr P.O., como primeira linha e Ibuprofeno 400mg P.O., caso o Paracetamol não surtisse efeito. Segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2006, cit. por OE, 2011), sempre que a mulher sentir dor ou desconforto, o profissional de saúde deve observar o períneo, aplicar gelo e, se não resultar, administrar um analgésico oral (em primeira instância o Paracetamol).

No caso das mulheres submetidas a cesariana, a dor abdominal era a mais referida, dificultando-lhes, na maior parte das vezes, os autocuidados e a prestação dos cuidados ao recém-nascido. Desta forma, segundo o protocolo do serviço, era administrado Paracetamol 1gr via endovenosa (EV) ou Cetorolac 30mg via endovenosa ou Petidine 50mg via endovenosa.

A palpação do útero é a atividade de vigilância possível para a avaliação da involução uterina, pelo que era executada uma vez dia, de acordo com o protocolo do serviço. O retorno do útero ao estado não grávidico ocorre após o parto e denomina-se de involução uterina. Este processo tem início imediatamente após a dequitação, com a contração do músculo liso do útero. O útero, que no final da gravidez pesa aproximadamente onze vezes mais que o seu peso habitual, involui para cerca de 500 g, uma semana após o parto, e para 350 g duas semanas depois. Uma semana após o parto, o útero encontra-se já na cavidade pélvica. Após seis semanas pesa 50 a 60 g (Lowdermilk et al., 2013).

A hemóstase pós-parto é devida principalmente à contração dos vasos sanguíneos do miométrio. A ocitocina, hormona libertada pela glândula hipófise, reforça e coordena as contrações das fibras musculares uterinas, comprimindo os vasos sanguíneos e favorecendo a hemóstase. Nas primeiras duas horas pós-parto, a contração uterina pode diminuir de intensidade e tornar-se descoordenada. Considerando que é importante que o útero se mantenha firme e bem contraído, normalmente é administrada ocitocina por via intravenosa ou intramuscular, logo após a expulsão da placenta. As mulheres que planeiam amamentar devem ser encorajadas a colocar o recém-nascido à mama imediatamente após o nascimento, para estimular a produção e libertação de ocitocina (Lowdermilk et al., 2013).

Nas puérperas que amamentam, a involução uterina ocorre de forma mais rápida, pois o reflexo útero mamário leva à libertação de ocitocina, o que favorece a involução do útero (Barros, 2009).

Tendo em conta que a zona de inserção placentar se encontra em processo de cicatrização, nesta fase a puérpera apresentará lóquios, isto é, a libertação de fluxo sanguíneo pelo canal vaginal. Os lóquios vão variando as suas características e quantidade durante o puerpério, apresentando cheiro *suigénieris*. Segundo Mesquita, Paulino e Nogueira (2011), os lóquios são perdas vaginais compostas por elementos celulares descamados e sangue, provenientes da ferida placentar, do colo do útero e da vagina. Depois do parto, nos primeiros três dias, os lóquios são abundantes e compostos por sangue, decídua e restos de trofoblasto. Do terceiro ao oitavo dias, os lóquios tornam-se serohemáticos e são constituídos por sangue mais oxidado, soro, leucócitos e restos tecidulares. Do oitavo até ao vigésimo primeiro dia os lóquios tornam-se amarelados ou esbranquiçados e são constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias (Lowdermilk et al., 2013).

O fluxo dos lóquios pode aumentar com o levantar e a deambulação, devido ao efeito da gravidade, e com a amamentação devido à ação da ocitocina. Quando os lóquios hemáticos persistem, podemos estar perante um quadro de hemorragia, devido à retenção de fragmentos placentares ou lacerações vaginais (Mesquita, Paulino & Nogueira, 2011), daí a importância da vigilância da perda sanguínea. A avaliação da perda sanguínea pode ser realizada através da saturação do penso higiénico, tendo em conta um período de duas horas. De acordo com Lowdermilk et al. (2013) é considerada escassa se perda inferior a 2,5

cm, moderada se inferior a 10 cm e abundante se superior a 10 cm ou um penso saturado. Devemos informar a mulher que relativamente ao odor, normalmente, é semelhante ao odor da menstruação. Contudo, se sentir um odor intenso e fétido, pode ser sugestivo de infeção (Mesquita et al., 2011).

De modo a facilitar a contração uterina e a prevenir a hemorragia pós-parto, de acordo com o protocolo instituído no serviço, era administrada ocitocina 10 U intravenosa (IV) lenta, seguida de 40 U em 500 ml de soro fisiológico perfundido a um ritmo de 125 ml/h.

De acordo com Areia (2017), a hemorragia pós-parto é uma causa importante de morbimortalidade materna complicando cerca de 1% a 5% dos partos. Define-se como a perda de uma quantidade excessiva de sangue que acarrete instabilidade hemodinâmica e diminuição de 10% no hematócrito. Pode ocorrer nas primeiras 24 horas após o parto, considerando-se hemorragia pós-parto imediata, ou a partir das 24 horas até 12 semanas após o parto, designando-se por hemorragia pós-parto tardia ou secundária. As principais causas são a atonia uterina, traumatismos do canal de parto, retenção de tecido placentário, inversão uterina e coagulopatias. O diagnóstico precoce, identificação da causa e tratamento imediato por uma equipa multidisciplinar contribuem para o bom prognóstico da maioria dos casos.

Durante o internamento das puérperas, procedeu-se à vigilância da eliminação vesical e intestinal, uma vez que se conhecem alterações no sistema urinário e intestinal não só devido ao parto, mas também resultantes da própria gravidez. A bexiga cheia provoca a deslocação do útero e afasta-o da linha média, impedindo a sua contração. É natural que as puérperas sintam algum desconforto e receio em urinar durante o período pós-parto, por anteciparem dor ou desconforto (Lowdermilk et al., 2013).

Pode verificar-se alguma dificuldade no restabelecimento da eliminação vesical, não só pelo efeito da analgesia epidural (se utilizada), mas também pelos processos fisiológicos da gravidez e puerpério. Durante o primeiro trimestre da gravidez ocorre uma dilatação dos ureteres e dos cálices renais, devido ao crescimento do útero. Essa dilatação provoca distensão ureteral, dificultando a passagem da urina, processo que vai sendo atenuado gradualmente ao longo das 12 a 16 semanas pós-parto. O aumento da diurese após o parto deve-se à diminuição da produção de estrogénios, à redução da pressão venosa nos membros inferiores e à perda do volume de sangue induzida pela gravidez (Néné, Marques & Batista, 2016).

Pode existir incontinência urinária transitória nos primeiros meses após o parto, devido à ação da progesterona que relaxou a musculatura lisa, provocando relaxamento e diminuição do tónus e consequentemente menos contratilidade da bexiga. O relaxamento dos músculos abdominais e a diminuição da pressão intra-abdominal levam a um aumento da capacidade da bexiga. Essa capacidade aumentada, os possíveis traumatismos e os eventuais efeitos de analgésicos administrados durante o parto podem contribuir para uma diminuição do

estímulo para urinar. Com o intuito de prevenir complicações, ao longo do estágio incentivávamos a deambulação logo que possível, aconselhávamos a abrir a torneira do lavatório enquanto tentava urinar e, caso permanecesse a dificuldade em urinar, era realizado um esvaziamento vesical em último recurso. Para além destas intervenções, informávamos e ensinávamos possíveis exercícios para promover o restabelecimento do tónus do pavimento pélvico, como os exercícios de Kegel.

Durante a gravidez a motilidade intestinal poderá ficar diminuída, uma vez que os elevados níveis de progesterona provocam um relaxamento da musculatura lisa do intestino, e o aumento do volume uterino origina alguma compressão nos intestinos (Néné et al., 2016). A função intestinal e o peristaltismo tendem a regularizar após o parto, normalmente ao fim de uma a duas semanas. No caso das mulheres submetidas a cesariana, ou devido à utilização de anestésicos ou analgésicos, a motilidade intestinal poderá ficar temporariamente diminuída. Frequentemente pode ocorrer obstipação, agravada pelo medo da dor perineal, pelos traumatismos que podem ter ocorrido na região perineal e anal em consequência do parto vaginal. Foi para nós importante incentivar a ingestão de líquidos e de alimentos ricos em fibras, bem como promover o exercício físico e a deambulação precoce (logo que se deixou de exercer o bloqueio motor devido à anestesia locorregional).

As hemorroidas são muito frequentes no pós-parto. Geralmente, aparecem ou agravam-se imediatamente após o parto, fruto do esforço que a mulher fez durante o parto. As hemorroidas são veias dilatadas do canal anal que podem ser consideradas internas ou externas, dolorosas e que podem ou não sangrar. No caso de serem sintomáticas devem ser devidamente tratadas e pode recorrer-se a emolientes, crioterapia local várias vezes ao dia, venotrópicos, anti-hemorroidários tópicos e analgésicos (Centeno, 2017).

A deambulação precoce (nas primeiras seis a oito horas após o parto) deve ser promovida, uma vez que diminui a incidência de fenómenos tromboembólicos e melhora o trânsito intestinal (Lowdermilk et al., 2013). Posto isto, sempre que possível promoveu-se o levante precoce das puérperas.

Antes de se executar o primeiro levante, a puérpera era informada sobre o procedimento a executar, obtendo-se o seu consentimento, de seguida monitorizávamos os sinais vitais e procedíamos à avaliação da coloração das mucosas, pelo risco de hipotensão. De forma gradual elevávamos a cabeceira do leito até atingir os 90° e procedíamos novamente à monitorização dos sinais vitais e avaliação da coloração das mucosas. Admitindo que todos os parâmetros se encontravam normais, assistíamos a puérpera a sentar-se no leito com os membros inferiores pendentes e, posteriormente, levantava-se adquirindo a posição ortostática, monitorizando-se novamente os sinais vitais e a avaliação da coloração das mucosas. De acordo com Lowdermilk et al. (2013) a diminuição da pressão intra abdominal após o parto conduz a uma dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos e leva à

estase de sangue nas vísceras, daí as puérperas apresentarem com frequência hipotensão ortostática quando foram sujeitas a um parto há pouco tempo.

Ao longo da história as mulheres sempre amamentaram os seus filhos, com diferentes resultados consoante a época ou situação cultural. Até há relativamente poucos anos as mulheres davam à luz nas suas casas onde, através de uma cultura familiar, se fomentava a amamentação e em que a figura da mãe e de parentes serviam de modelo às jovens mães. No entanto, podemos afirmar que o aleitamento materno tem sido alvo de modas ao longo dos tempos.

Apesar do reconhecimento mundial da superioridade do leite materno, a amamentação tem sido progressivamente substituída pelo aleitamento artificial. Esta situação tem levado a que nas últimas décadas tenha havido uma preocupação crescente em identificar as causas para este fenómeno. Em Portugal não existem estatísticas sobre a incidência e a prevalência do aleitamento materno. Os estudos efetuados no nosso país sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus (Levy & Bértolo, 2012).

O início e a duração da amamentação supõem uma decisão pessoal sobre a qual influenciam diversos fatores que atuam sobre a mulher, resultantes da socialização da mesma. Para amamentar com sucesso a mulher precisa de se sentir confiante, precisa de acreditar que pode amamentar, de saber quais as mudanças que vão ocorrer no seu corpo, para que desta forma compreenda que o que sente é normal, que o seu leite é tudo o que o recém-nascido precisa e que as suas mamas, qualquer que seja o tamanho e forma, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente (Galvão, 2006).

O sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. Existe hoje o consenso entre os pediatras de que a duração ideal do aleitamento materno exclusivo, isto é, sem que seja oferecido ao recém-nascido mais nenhum alimento, é de seis meses. É importante também que o recém-nascido tenham um bom estado nutricional, aumente de peso adequadamente e apresente um bom desenvolvimento psicomotor (Levy & Bértolo, 2012).

O aleitamento materno proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o recém-nascido, promovendo uma interação de qualidade entre eles.

Muitas mulheres não sabem ao certo a razão de amamentarem, quando questionadas dizem que vão amamentar “porque sim”. Outras decidem amamentar porque valorizam positivamente o aleitamento materno. De acordo com Levy e Bértolo (2012) alguns estudos portugueses apontam para uma elevada incidência de aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno. No entanto, esses

mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebê.

Como profissionais de saúde não temos direito nem devemos culpabilizar as mulheres que não querem ou não podem amamentar, temos por outro lado, a obrigação de as informar e aconselhar quanto à prática do aleitamento materno em mulheres indecisas ou então providenciar conselhos adequados à prática de uma alimentação com leite artificial.

De todas as puérperas que foram alvo dos nossos cuidados, apenas uma delas solicitou inibição láctea por referir dor e desconforto enquanto amamentava, mencionando ser um sacrifício, mesmo sabendo dos benefícios da amamentação. De facto, apesar de o recém-nascido apresentar uma boa pega, aquando a mamada observou-se fácies de dor na mãe e movimentos de retração da mama.

O puerpério é um período intenso de emoções e as primeiras 24 a 48 horas são de extrema labilidade emocional, pelo que existe uma ambivalência de sentimentos, condicionada por um lado, pela fadiga e necessidade de recuperação após o parto e, por outro lado, pela alegria de ter um filho e a vontade de atender a todas as suas necessidades. Deste modo, as emoções afetam a lactação, por meio de mecanismos psicossomáticos específicos e, por essa razão, a mulher necessita de apoio por parte dos profissionais de saúde de forma a lidar com os problemas que podem surgir durante essa prática. Torna-se importante esclarecer as mulheres quanto às vantagens do aleitamento materno, tanto para o recém-nascido como para ela própria.

O leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido porque tem tudo o que é preciso para o seu crescimento e desenvolvimento nos primeiros meses de vida (Galvão, 2006). É considerado um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levy & Bértolo, 2012). Encontra-se sempre disponível, à temperatura ideal e devidamente esterilizado.

A mulher começa por segregar uma substância líquida e amarelada, designada por colostro, cuja composição se ajusta perfeitamente às necessidades do recém-nascido. Apresenta maior densidade, mais proteínas e minerais que o leite, menor teor de gorduras e hidratos de carbono, o que o torna num alimento de fácil digestão para um ser cujo aparelho digestivo é ainda imaturo. O baixo valor calórico estimula o apetite do recém-nascido e graças às suas propriedades laxantes, o colostro favorece ainda a expulsão do mecónio (Galvão, 2006).

Tanto o colostro como o leite materno têm a vantagem de prevenir infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. As suas propriedades anti-infeciosas manifestam-se através dos componentes solúveis, que incluem imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), lisozimas, lactoferrina, fator bifidus e outras substâncias imunoreguladoras, macrófagos, linfócitos, granulócitos, neutrófilos e células epiteliais. O leite materno faz com que os recém-nascidos

tenham uma melhor adaptação a outros alimentos e, a longo prazo, previne o aparecimento de diabetes e de linfomas (Galvão, 2006).

Relativamente às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita a involução uterina precoce (pela presença da ocitocina que facilita a contração uterina), e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros. Acima de tudo, o aleitamento materno permite que a mãe sinta o prazer único de amamentar (Levy & Bértolo, 2012). Para além disso, o leite materno constitui o método mais económico e seguro de alimentar os recém-nascidos e, na maior parte das vezes, protege as mulheres de uma nova gravidez.

Durante o estágio, aquando da nossa observação e apoio nas mamadas, muitas puérperas apresentavam dificuldades, mesmo tendo experiência anterior em amamentar, que se refletiam na forma de estimular o recém-nascido e no estabelecimento de uma pega adequada e correta. Constatou-se que muitas mulheres demonstravam conhecimento sobre as vantagens da amamentação, mas não sobre a pega correta nem como atuar em caso de complicações, como o ingurgitamento mamário.

Foi importante supervisionar a puérpera durante a amamentação. Para estabelecer uma pega correta, ajudávamos a posicionar o recém-nascido e para a pega ser adequada, era importante que o recém-nascido se aproximasse da mama por debaixo do mamilo, permitindo a sua projeção no sentido do palato, estimulando assim o reflexo de sucção; o lábio deve estar posicionado debaixo do mamilo, de modo a colocar a língua por baixo dos canais galactóforos; a boca deve abranger a maior parte da aréola e dos tecidos; o recém-nascido deve distender o tecido da mama para fora; o queixo deve tocar na mama; a boca deve estar bem aberta; o lábio inferior virado para fora; a aréola deve ser visível mais acima do que abaixo da boca do recém-nascido; deve ouvir-se os movimentos de sucção e deglutição, observando-se pequenas pausas para descansar. Ensinávamos também sobre o correto posicionamento do recém-nascido, devendo estar abdómen com abdómen, cabeça em linha reta com o corpo e de frente para o mamilo (Levy & Bértolo, 2012).

Sempre que necessário permanecíamos junto da puérpera durante a mamada, corrigindo a pega se necessário e incentivando o casal a estimular o recém-nascido. Esta era sem dúvida uma das dificuldades que a maioria dos casais demonstrava. Também era importante explicar que o recém-nascido podia adormecer facilmente durante a mamada e que os pais deviam estar alerta para o tempo de duração da mamada, percebendo se esta era eficaz ou não. Explicávamos que o facto de o recém-nascido adormecer à mama era normal, pois os movimentos de sucção e o calor da mãe, eram condições ideais para induzir o sono. Para contornar esta situação, os pais deviam despir algumas peças de roupa ao recém-nascido, ou até mesmo substituir a fralda, ou estimulá-lo no pé ou nas orelhas para o acordar.

Segundo Levy e Bértolo (2012), o leite materno deve ser oferecido sempre que o recém-nascido quiser, sendo o recém-nascido quem “escolhe” o horário das mamadas. No entanto, era primordial ensinarmos ao casal que o intervalo entre as mamadas, especialmente até a

amamentação estar bem estabelecida, não devia exceder as três/quatro horas, pelo que nessas situações deviam estimular o recém-nascido, de forma a despertá-lo para iniciar a mamada.

O apoio na mamada constituiu uma oportunidade para procedermos à inspeção da mama, nomeadamente o estado dos mamilos e a consistência da mama (mole, tensa ou túrgida). Ao longo do estágio muitas mulheres apresentaram os mamilos macerados e fissurados. Desta forma, incentivava-se a aplicar uma gota de colostro no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada, promovendo a cicatrização (Levy & Bértolo, 2012), informava-se a mulher sobre a possibilidade de expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas. Uma das intervenções importantes, em situações de mamilos fissurados, era corrigir a pega do recém-nascido.

Outro foco da nossa atenção foi o cuidado com as mamas e higiene diária das mesmas. Efetuámos ensino às puérperas sobre a higiene diária apenas com água, evitando o uso de sabonetes ou desinfetantes, pois podem secar a pele, tornando-a mais suscetível ao aparecimento de fissuras (Levy & Bértolo, 2012). O uso de soutien de amamentação também foi recomendado.

Para além dos mamilos fissurados, uma outra situação dificultadora da amamentação, pode ser o tipo de mamilo que cada mulher apresenta (mole e proeminente, curto, raso ou invertido). Por vezes, pensam que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar, mas o tamanho dos mamilos, “em repouso”, não é importante, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o recém-nascido deve introduzir na boca. Para tornar o mamilo mais proeminente, ensinávamos a mulher a rodar o mamilo entre os dedos de modo a ficar mais saliente.

É importante que os enfermeiros incentivem a mulher a colocar o recém-nascido à mama logo após o nascimento, evitando o uso de tetinas e chupetas, de forma a evitar que o recém-nascido, numa fase inicial, de adaptação, tenha maior dificuldade em pegar (Levy & Bértolo, 2012). Se a mama estiver muito cheia, o mamilo fica menos proeminente, portanto nestes casos ajudou retirar uma porção de leite antes de se colocar o recém-nascido à mama. Outra solução para o mamilo ficar mais proeminente, e que ensinámos e demonstrámos, foi utilizar uma bomba ou uma seringa de 20 ml, várias vezes ao dia durante, 30-60 segundos, antes de amamentar.

Durante o estágio contactou-se com puérperas que por vários motivos tinham o seu internamento prolongado e, dessa forma, assistimos algumas vezes à descida do leite por volta do 3º ou 4º dias. Nesse período, as mamas podem ficar quentes, pesadas e duras, pelo aumento de leite, sangue e fluidos nos tecidos mamários. A mulher pode apresentar aumento da temperatura corporal que não ultrapassa, por norma, os 38°C, durante 24 horas. Regra geral, o leite sai sem dificuldade e a mulher continua a dar de mamar normalmente,

ao fim de três ou quatro dias sentirá de novo as mamas menos tensas e aumentará o conforto (Levy & Bértolo, 2012).

Em situações em que o leite não é retirado em quantidade suficiente, as mamas podem ficar ingurgitadas, ou seja, ficam tensas, brilhantes e dolorosas, o que pode dificultar a extração de leite. A mulher pode amamentar menos por ter dor, a produção de leite diminui porque o recém-nascido mama durante pouco tempo, pouco eficazmente e o leite não é retirado. Isto pode conduzir a que a mama fique infetada por o leite não ser drenado e bloquear os ductos (Levy & Bértolo, 2012). Nestes casos de ingurgitamento mamário, instruíamos as mulheres a aplicarem compressas quentes ou chuveiro com água morna e a massajar suavemente a pele com movimentos circulares em relação ao mamilo; colocar o recém-nascido a mamar primeiro na mama mais cheia; se a mama continuasse congestionada após amamentar, aconselhávamos a esvaziá-la manualmente ou com a ajuda de bomba extratora de leite, até sentir-se bem; no final, aplicar compressas frias ou gelo protegido durante cinco minutos, suspender por dois minutos e voltar a aplicar por mais cinco minutos; na mamada seguinte repetir o procedimento anterior na outra mama.

Socialmente, transmite-se a imagem que a mulher vive a gravidez e o pós-parto em torno de imensa felicidade e que pequenas situações incomodativas que ocorrem são de desvalorizar. Isto conduz a que a mulher grávida, ao confrontar-se com a realidade, e face às suas expectativas, sinta necessidade de omitir aos que lhe são próximos e aos profissionais de saúde o que realmente sente, ou por vergonha, ou por culpa, ou até mesmo por medo de críticas, levando a que não sejam diagnosticadas atempadamente perturbações psicológicas que, de outra forma, seriam facilmente tratadas.

As perturbações da linha depressiva são das alterações psicopatológicas mais referidas durante a gravidez e puerpério, mas surgem cada vez mais estudos a alertar para o impacto severo de outras perturbações, não só na mulher como na relação com o recém-nascido e com o companheiro, interferindo na qualidade de vida e futuro da família (Néné et al., 2016). Desta forma, o estado emocional da mulher no puerpério deve constituir um foco de atenção do profissional de saúde, a fim de despistar situações de risco. Durante a prática clínica, não foram registadas situações de *blues* pós-parto, nem de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto.

O puerpério é a fase do ciclo de vida da mulher em que esta se encontra mais vulnerável, acompanhada por alterações hormonais, mudanças ao nível psicológico, familiar e social, na adoção de um novo papel de grande responsabilidade e na reorganização dos anteriores, bem como na aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade (Néné et al., 2016). Todos estes aspetos, associados a uma vulnerabilidade pessoal e familiar, propiciam alterações psicológicas.

4.3.2. Cuidar da puérpera com patologia associada à gravidez

Ao longo do estágio houve a oportunidade de cuidar de várias puérperas com patologia associada à gravidez, como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia. Nestes casos, às atividades de vigilância/diagnóstico comuns, eram vigiados outros parâmetros consoante a patologia em causa.

De acordo com o protocolo do serviço, a diabetes gestacional é definida como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticado ou detetado pela primeira vez durante a gravidez. Esta patologia tem vindo a aumentar a sua incidência em todo o mundo, o que implica um acréscimo de recursos em saúde. As implicações decorrentes da diabetes na gravidez não terminam com o parto, prosseguem num contínuo a médio e a longo prazo, repercutindo-se na saúde das mulheres e dos seus filhos.

As puérperas com diabetes gestacional controlada com dieta, assim que iniciassem a alimentação oral, suspendiam a perfusão de soros glicosados e realizavam pesquisas de glicemia capilar antes das refeições. Se glicemia < 120 mg/dl em três determinações sucessivas, suspendiam-se as pesquisas; se glicemia > 200 mg/dl em duas determinações sucessivas, contactava-se o médico para instituir terapêutica de base. Nos casos de puérperas com diabetes gestacional controlada com insulina, não se administrava a dose habitual de insulina prescrita em ambulatório, administrava-se insulina regular via SC em função da glicemia capilar medida de duas em duas horas, ou antes das refeições, logo que iniciasse alimentação oral. Se glicemia > 140 mg/dl em duas determinações sucessivas, contactava-se o médico para introdução de insulina de base.

A pré-eclâmpsia define-se por um quadro de hipertensão e proteinúria após as 20 semanas de gestação em mulheres previamente normotensas, de acordo com o protocolo do serviço. Em situações de pré-eclâmpsia mantinha-se a terapêutica anti-hipertensora se PAD $\geq$ 105 mmHg nas primeiras 24 horas. Perante uma hipertensão grave persistente, superior a 3-5 dias, mantinha-se terapêutica e revia-se após uma semana. A medicação recomendada era α -metildopa, β -bloqueador ou inibidores dos canais de cálcio.

Em todos os casos, considerou-se pertinente a educação para a saúde, relativamente aos cuidados a ter no domicílio e ao reconhecimento de sinais e sintomas de possíveis complicações. A promoção de estilos de vida saudáveis, o cumprimento do regime terapêutico e a deteção de sinais e sintomas de complicações, além das atividades de vigilância, foram as principais intervenções desenvolvidas junto de puérperas com patologia associada à gravidez.

4.4. As necessidades do recém-nascido

Os recém-nascidos passam por diversas alterações fisiológicas durante as primeiras horas e dias após o parto. Apesar de a grande maioria conseguir adaptar-se ao meio extrauterino sem quaisquer dificuldades, o seu bem-estar depende dos cuidados que recebem tanto dos pais como dos profissionais de saúde.

4.4.1. Atividades de vigilância/diagnóstico e promoção da parentalidade

Os cuidados prestados ao recém-nascido após o nascimento são essenciais para a sua adaptação à vida extrauterina.

Foi nossa intenção que a execução das várias intervenções não ficasse reduzida a meros procedimentos técnicos. O apoio no contacto precoce entre os pais e o recém-nascido, promovendo o envolvimento emocional e a ligação pais/bebé, foi constante.

4.4.2. Promover o contacto pele-a-pele e o risco de hipoglicemia

O contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido é visto como uma forma de dar continuidade ao ambiente em que este se encontra no útero materno, isto é, um ambiente com uma temperatura adequada, com o cheiro da mãe e com o som da sua voz e dos seus batimentos cardíacos.

De acordo com Puig e Sguassero (2007) o contacto precoce pele-a-pele é reconhecido na comunidade científica como tendo uma influência positiva na interação entre a mãe e o recém-nascido pela estimulação sensorial que produz (o toque, o calor e o odor maternos). Promove a procura da mama e a utilização dos próprios meios para iniciar a primeira mamada sozinho (González, 2018).

A OMS (2018) recomenda o contacto pele-a-pele após o nascimento do recém-nascido na sala de partos, assim como a continuidade da mesma prática durante o internamento da díade e até aos 2-3 meses de vida do recém-nascido. O contacto pele-a-pele é um recurso

necessário para que, aproveitando o estado de alerta do recém-nascido e a sua capacidade em iniciar a amamentação eficazmente, esta seja bem estabelecida. Todos os cuidados de rotina ao recém-nascido devem, desta forma, ser evitados durante a primeira hora de nascimento ou, pelo menos, até ao recém-nascido iniciar a amamentação, seguindo-se as recomendações da OMS (2018).

Sabe-se que durante o período fetal as reservas de glicogénio são escassas e a principal fonte metabólica do feto depende do aporte materno e da transferência placentar para o transporte de glicose, aminoácidos, ácidos gordos, cetonas e glicerol. O feto não produz glicose e a gluconeogénese inicia-se após o nascimento. Aquando a laqueação do cordão umbilical, a glicose diminui, atingindo um valor mínimo às 2-3 horas de vida, atingindo as condições normais ao fim de 6-12 horas de vida (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013).

A concentração de glicose na corrente sanguínea é um dos parâmetros que suscita preocupação nos profissionais de saúde e a sua determinação tem como objetivo primordial antecipar e prevenir a hipoglicemia, de forma a poder ser tratada adequadamente e evitar consequências no neurodesenvolvimento (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2016). Como medidas preventivas de hipoglicemia neonatal deve iniciar-se nos primeiros 30 a 60 minutos de vida a amamentação ou leite materno extraído ou leite adaptado (LA), caso a mãe tenha optado por LA, ou então leite materno/leite adaptado por gavagem nos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 34 semanas. Caso a alimentação entérica não seja possível, procede-se à infusão de glicose EV com aporte de 4-6 mg/min/Kg (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013a).

Ainda não existe consenso relativamente ao valor limite para discriminar como hipoglicemia, cada instituição apresenta o seu protocolo. Contudo, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) considera que um recém-nascido com idade gestacional superior a 34 semanas, apresente nas primeiras quatro horas de vida, uma glicemia > 25 mg/dL, com subida posterior para 45 mg/dL até às 24 horas de vida. São várias as causas da hipoglicemia neonatal, entre elas, as reservas de glicose inadequadas, como é o caso dos prematuros e nas situações de restrição de crescimento fetal; a diminuição da produção de glicose (glucogenólise ou gluconeogénese), no caso de doenças metabólicas; o hiperinsulinismo, no caso da doença hemolítica alo-imune, tratamento materno intraparto com glicose; a interrupção abrupta de infusão com alta concentração de glucose; a hipoglicemia hiperinsulinémica persistente da infância; o aumento da utilização da glicose sem hiperinsulinismo, no caso de sépsis, policitemia, asfixia perinatal, insuficiência cardíaca, neurohipoglicemia e glicose anaeróbica (SPN, 2013a).

Torna-se crucial conhecer os fatores de risco que podem conduzir a situações de hipoglicemia no recém-nascido, e que podem ser fatores de risco maternos ou do recém-nascido. Os fatores de risco materno conhecidos são diabetes gestacional, pré-eclâmpsia ou

HTA na gravidez, filhos anteriores macrossômicos, toxicodependência, terapêutica com tocolíticos β -agonistas e administração de glicose durante o parto. Os fatores de risco do recém-nascido são a prematuridade, RCIU, grande para a idade gestacional (GIG), leve para a idade gestacional (LIG), gêmeo mais leve (diferença > 10% do peso), hipotermia, hipóxia perinatal, sépsis, policitemia, hiperinsulinismo, doenças metabólicas, apgar inferior a cinco ao quinto minuto, anomalias cardíacas congênitas e fenda palatina (SPN, 2013a; SPP, 2016; Intermountain Healthcare, 2017).

No CHTS as mulheres submetidas a parto distócico, por cesariana, permaneciam na sala de recobro durante duas horas, em média. Após o parto era contactado o Serviço de Puerpério, para receber o recém-nascido no serviço. Efetuávamos o seu transporte e no serviço procedíamos à sua avaliação física, efetuava-se a administração da vitamina K, a aplicação das gotas oftalmológicas e a pesquisa de glicemia capilar, se necessário.

4.4.3. Avaliar os conhecimentos e competências parentais

Atualmente, um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam passa por tornarem-se pai/mãe, pela responsabilidade que este papel acarreta, pelas mudanças significativas envolventes e pelo processo de adaptação que existe (OE, 2015a).

Com o nascimento do primeiro filho inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família, que se move da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). Promover a adaptação dos pais a uma nova realidade é da responsabilidade dos enfermeiros, com o propósito de promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões (OE, 2015a).

O exercício da parentalidade requer disponibilidade para aprender e para desenvolver habilidades. A disponibilidade para aprender refere-se a uma condição de um indivíduo para que se torne capaz de se envolver no processo de aprendizagem (NANDA, 2014). A disponibilidade é influenciada pelas estruturas cognitivas e pelas disposições afetivas e relacionais. Não importa o quão importante é a informação ou quanto o profissional de saúde sente que o indivíduo necessita dela, se este não estiver disposto a aprender, a informação não será processada e integrada nas estruturas cognitivas (Bastable, 2010).

Ao longo do tempo, a prestação de cuidados em contexto hospitalar sofreu uma evolução positiva, no âmbito do cuidado à criança e à envolvimento da sua família. Hoje em dia, preconiza-se uma parceria de cuidados, denominada Cuidados Centrados na Família, em que os profissionais de saúde procuram conhecer os seus pontos fortes, reconhecendo as suas competências no que diz respeito aos cuidados da criança, dentro e fora do hospital, de

modo a dar apoio na prestação dos cuidados e na tomada de decisão (Hockenberry et al., 2018).

Durante o estágio, verificou-se que os pais com mais conhecimentos e habilidades, tornaram-se rapidamente mais autônomos no exercício do papel parental. Constatou-se também que os casais que frequentaram os cursos de preparação para o parto e parentalidade apresentavam maior nível de conhecimentos e, por sua vez, maior facilidade na adaptação. Contudo, apercebemo-nos de que grande parte dos casais possuíam algumas lacunas quanto ao cuidar do coto umbilical. Deste modo, foi crucial ensinar e apoiar no desenvolvimento de várias competências parentais, entre elas, cuidados de higiene ao recém-nascido, cuidados com a região perineal e nadegueira, cuidados ao coto umbilical, eliminação vesical e intestinal e como lidar com o choro.

O primeiro banho era prestado no turno da manhã pelo enfermeiro, e após isso incentivado o treino por parte da mãe/pai. Aquando o momento do banho avaliávamos o conhecimento sobre as condições prévias para o banho, os critérios para escolher os produtos de higiene para a pele, a frequência, duração e horário do banho, o método de lavagem das pálpebras e pavilhões auriculares, como dar o banho, como e quando cortar as unhas. A técnica de vestir e despir foi algo que foi ensinado, instruído e treinado naquele momento. Verificou-se que grande parte dos casais dispunham de todo o material necessário e não apresentavam dúvidas sobre a técnica do banho e dos produtos a utilizar.

A pele do recém-nascido é submetida a um processo gradual de adaptação ao ambiente extrauterino, para o qual cuidados especiais se tornam necessários. A sua pele caracteriza-se por ser sensível, fina e frágil. Devido a estas características, o uso de produtos destinados à sua higiene e proteção requer um cuidado redobrado. Acreditava-se que a função de barreira cutânea atingia a sua maturidade por volta das 34 semanas de gravidez. No entanto, estudos recentes demonstram que a pele do recém-nascido continua a desenvolver-se até 12 meses após o nascimento (Fernandes, Oliveira & Machado, 2011).

A preservação da integridade cutânea é um aspeto importante do cuidado durante o período neonatal. O objetivo dos cuidados de higiene ao recém-nascido é a limpeza sem a remoção da barreira lipídica que é indispensável para a manutenção da integridade da pele no desempenho da sua função protetora. É aconselhado que no primeiro mês de vida seja utilizada apenas água no banho do recém-nascido. Devem ser evitados todos os produtos que alterem o pH da sua pele, como os sabonetes, óleos e loções. Após este período, podem introduzir-se gradualmente os produtos adequados, uma vez que por esta altura a barreira cutânea já se encontra mais desenvolvida. Os recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas possuem ao nascer um pH médio de 6,34; ao quarto dia o pH médio baixa para 4,95. A acidez da pele corresponde a um sistema funcional químico e biológico de defesa (Mendes, Shimabukuro, Uber & Abagge, 2016).

Desta forma, aconselhávamos os casais, quanto aos critérios de escolha dos produtos de higiene a usar, e salvaguardando sempre que a decisão era deles, mas de forma a que, nesse caso, fosse uma decisão informada. Recomendávamos o uso de emolientes ou syndets, caso optassem por introduzir os produtos de higiene precocemente, reforçando que deviam apresentar, preferencialmente, as seguintes características: líquidos, suaves, sem sabão, sem perfume, com pH neutro ou ligeiramente ácido e que não irritassem os olhos nem a pele (Fernandes et al., 2011).

O banho tem várias finalidades. Permite a lavagem completa, a observação da condição física, a promoção do conforto do recém-nascido e a socialização deste com os pais e família (Lowdermilk et al., 2013). Quanto às condições prévias para o banho, ensinávamos que deviam primeiramente aquecer o ambiente (22-24°C) e evitar correntes de ar, reunir todo o material necessário, ou seja, a toalha, a muda de roupa, dispondo-a por ordem de utilização, a fralda, o emoliente, a escova de cabelo, as compressas esterilizadas e a fralda de pano, de seguida deveriam preparar a banheira com uma quantidade de água a rondar os 10-20 cm de altura, com uma temperatura da água a 36/37°C. Uma vez que o processo de termorregulação do recém-nascido é imaturo, devemos ter cuidados acrescidos relativamente ao controlo da temperatura ambiente e da água. Imediatamente antes de colocar o recém-nascido na banheira, deve-se testar a temperatura da água com um termómetro adequado ou com o cotovelo, dado que é a zona corporal mais sensível à temperatura devido à maior distribuição de termo receptores (Lowdermilk et al., 2013; Hockenberry et al., 2018; Fernandes et al., 2011).

Não há necessidade de o banho ser dado diariamente, no entanto, como pode ser fonte de prazer e conforto, a sua frequência deve corresponder às necessidades do recém-nascido e aos hábitos familiares. Durante a prática clínica, explicávamos que dois a três banhos por semana são suficientes e que a duração do banho não deve exceder os cinco a 10 minutos, uma vez que a hiper hidratação pode conduzir a um aumento da espessura da camada córnea pelo edema celular que o excesso de água provoca, podendo haver uma diminuição da sua coesão, menor resistência e consequentes alterações cutâneas (Lowdermilk et al., 2013; Hockenberry et al., 2018).

Relativamente a como dar o banho e os cuidados de higiene às pálpebras e pavilhões auriculares, ensinávamos aos pais que a limpeza das pálpebras deveria ser a primeira atividade a realizar-se no banho, usando compressas esterilizadas, lavando do canto interno para o canto externo, de forma a evitar acumulação de secreções no ducto nasolacrimal. Deve recorrer-se a cotonetes próprios com uma proteção mais arredondada para limpar o pavilhão auricular, os ouvidos nunca devem ser limpos com cotonetes, pois esse ato só servirá para empurrar as secreções para o interior e formar um rolhão que pode prejudicar a audição (Lowdermilk et al., 2013).

O momento do banho, pela exposição e nudez do recém-nascido, era um momento privilegiado para referirmos algumas das suas características físicas, que pudessem alarmar os pais e a que sinais de alarme estes deveriam estar atentos, tais como: a icterícia, a presença de secreções oculares ou genitais e lesões cutâneas. Um dos aspetos que abordávamos com o casal era o facto de verificarem sempre a fralda antes de despir totalmente o recém-nascido, pois se estivesse com fezes ou urina, procederíamos à higiene perineal antes do banho. De forma a garantir segurança durante o banho instruíamos o casal no sentido de não deixarem o recém-nascido sozinho na banheira; usar tapete antiderrapante no fundo da banheira; segurar bem o recém-nascido através de uma argola realizada com o dedo polegar e o dedo médio, junto à axila e mantendo a cabeça apoiada no antebraço; quando se lava as costas, ter em atenção à face para que não fique submersa na água.

Sobre quanto, como e quando cortar as unhas, informávamos que não precisam de ser cortadas imediatamente após o nascimento, mas sim esperar que cresçam o suficiente para evitar cortar a pele subjacente. No momento de cortar deve ser utilizada uma tesoura de pontas redondas, cortar a direito e não muito curto. Os cuidados às unhas devem ser realizados após o banho ou quando o recém-nascido está a dormir.

Deve ser recomendada a substituição da fralda sempre que estiver urinada ou com fezes. Para a higiene perineal convém usar uma proteção impermeável para proteger a superfície onde se coloca o recém-nascido, compressas, água morna para molhar as compressas, fralda limpa e, eventualmente, roupa interior se necessário.

Em recém-nascidos com pele normal, não é necessário aplicar, rotineiramente, produtos tópicos para prevenir o eritema das fraldas. A escolha dos produtos deve ser com base nos seguintes critérios: sem detergente, sem perfume, sem conservantes (parabenos) pelos riscos de toxicidade e alergia (local e/ou sistémica). Contudo, se estivermos perante dermatites irritativas justifica-se o emprego de cremes hidratantes e emolientes. Apenas na presença de eritema da fralda devem usar-se cremes barreira à base de óxido de zinco, vitamina A e vitamina D. Os cremes à base de óxido de zinco permitem minimizar as perdas transdérmicas de água e diminuem a permeabilidade da pele (Fernandes et al., 2011).

Relativamente à muda da fralda, muitos casais demonstravam algumas dificuldades quanto à higiene perineal. Aquando a prestação dos cuidados, instruíamos o casal que não passassem a mesma parte da compressa duas vezes no mesmo local e sobre o facto da higiene perineal diferir entre os recém-nascidos do sexo feminino e os do sexo masculino. No caso de ser menina, a limpeza da região genital faz-se no sentido ântero-posterior (vagina-ânus), de forma a evitar contaminação do trato urinário. Há autores que defendem que nas meninas não é necessário, nem se devem afastar os grandes lábios, para não remover o *vernix caseoso* que diminui o pH da vagina para 5.5 a 5.7, devido à produção de ácido acético e láctico pelos lactobacilos provenientes da descamação de células superficiais. No caso dos

meninos, a limpeza será feita na zona do prepúcio, sem forçar e sem puxar para trás a pele que cobre a glândula, e na região nadegueira e anal.

Aquando a substituição da fralda aproveitávamos o momento para abordar as características da eliminação intestinal e vesical. Informávamos o casal que a primeira dejeção ocorre antes das 48 horas de vida, apresenta uma cor verde-escura, consistência mucosa/gordurosa, denominada por mecônio. Por volta do terceiro dia aparecem as fezes de transição que apresentam cor verde-acastanhada e amarelo-acastanhada, são mais líquidas que o mecônio e contêm restos alimentares. A cor amarela (relacionada com a bilirrubina) ou verde (relacionada com a biliverdina) está relacionada com o tempo de permanência das fezes no intestino, ou seja, os recém-nascidos que apresentam dejeções mais frequentes têm as fezes mais amarelas, ao passo que os que têm menos apresentam fezes, geralmente, mais esverdeadas.

O número diário de dejeções é muito variável durante a primeira semana, sendo em maior quantidade entre o terceiro e o sexto dia. O número de dejeções diárias diminui nas primeiras duas semanas, de cinco a seis por dia, para uma ou duas. O recém-nascido adquire um padrão mais regular por volta da segunda semana de vida. As características das fezes também variam consoante o tipo de leite. No caso de serem amamentados apresentam fezes moles, de coloração amarelo dourado que não provocam irritação cutânea, sendo normal apresentarem uma dejeção após cada mamada. Por outro lado, se os recém-nascidos forem alimentados artificialmente, apesar de moles, as fezes são moldadas, de coloração amarelo pálido e com odor característico, tendo tendência a provocar irritação local da pele.

Os rins do recém-nascido não filtram a urina tão eficazmente como os rins de um adulto. O recém-nascido apresenta um sistema de filtração glomerular imaturo (restringindo a eliminação de água e solutos) e uma reabsorção tubular limitada. Por essa razão, o aparecimento de manchas alaranjadas na fralda não deve ser entendido como sinal de alerta, pois devem-se à eliminação de cristais de ácido úrico (Kenner, 2001). Seis a dez micções diárias com uma coloração cítrica clara indicam uma adequada ingestão hídrica.

Após os cuidados de higiene e substituição da fralda, procedíamos à lavagem das mãos e aos cuidados ao coto umbilical com a finalidade de identificar precocemente qualquer hemorragia ou prevenir a infecção. Nesse momento, ensinávamos os pais sobre o material necessário para este procedimento, como e com que frequência deviam ser prestados os cuidados, sobre o tempo esperado para a queda e quais os sinais de alerta em caso de infecção.

Como referido anteriormente, durante o estágio apercebemo-nos de que grande parte dos casais possuíam défice de conhecimento sobre os cuidados ao coto umbilical. Muitos deles verbalizavam ter medo de magoar o recém-nascido e que lhes causava alguma impressão a manipulação do coto umbilical. Desta forma, tentámos tranquilizar os pais explicando calmamente todos os procedimentos, transmitindo-lhes confiança. Recomendava-se a

realização do cuidado ao coto umbilical três vezes por dia, sendo uma delas no final dos cuidados de higiene, devendo utilizar duas compressas embebidas em água tépida e uma compressa seca. Aconselhávamos a iniciar a limpeza pelo local de inserção, o coto deve ser cuidadosamente limpo junto do local de inserção pois a presença de humidade e acumulação de secreções compromete o processo de mumificação, de seguida limpar o coto umbilical, no sentido da pele para o *clamp*, evitando que a mesma parte da compressa seja usada duas vezes. Após a queda do coto, informávamos sobre a importância de continuar a limpar a cicatriz umbilical até atingir uma completa integridade cutânea.

Ainda não existe consenso relativamente à escolha de produtos a utilizar no coto umbilical, há quem defenda o uso de álcool a 70% e há quem defenda o uso de água tépida, como foi o caso da instituição onde decorreu o estágio. Ora, ainda não foram observadas vantagens na utilização de antissépticos em comparação com a simples manutenção do cordão umbilical seco (Zupan, Garner & Omari, 2004). Aliás, estudos demonstraram que estes produtos prolongam o tempo de queda do coto umbilical. Num estudo efetuado por Zupan, Garner e Omari (2004), denominado *Topical umbilical cord care at birth*, foi comparado o uso regular de álcool no cordão umbilical com a ausência de quaisquer cuidados específicos. Verificou-se que a queda do coto ocorria mais tarde, numa média de 1,64 dias, com a utilização do álcool. Outros estudos demonstraram que manter o coto limpo e seco é o necessário para promover o processo e a queda do coto. A esta técnica dá-se o nome de *dry care* que significa “manter seco”. Luís, Costa e Casteleiro (2014) concluíram que esta técnica é a melhor opção nos cuidados ao coto umbilical nos países com baixa taxa de mortalidade neonatal, onde o risco de onfalite é reduzido e o acesso aos cuidados de saúde é fácil e rápido, como é o caso de Portugal.

A queda do coto umbilical pode ocorrer entre o 4º e o 15º dias de vida. É mediada pela inflamação do local da inserção do cordão na pele do abdómen, com infiltração de leucócitos e consequente “digestão” do cordão. Ao longo deste processo de separação existe acumulação de secreções. O tempo de queda do cordão é influenciado pelo tipo de cuidados prestados ao coto. Aconselhávamos os pais a estarem atentos aos sinais de infeção que poderiam, eventualmente, surgir, nomeadamente rubor, cheiro fétido e presença de secreções purulentas. Informávamos também que após a queda do coto umbilical pode haver escassa perda de sangue, constituindo um achado normal (Lowdermilk et al., 2013).

A humidade na superfície cutânea e a acumulação de secreções comprometem o processo de cicatrização e conduzem a um meio ótimo para o crescimento bacteriano. Relativamente à fralda, ensinávamos que esta não deveria cobrir o coto umbilical, uma vez que quando molhada ou suja com fezes, pode comprometer a mumificação do coto, podendo desenvolver-se infeção. Deste modo, a fralda deve ser apertada imediatamente abaixo do coto umbilical, fazendo uma dobra (Lowdermilk et al., 2013). A exposição do coto ao ar promove, por um lado, a manutenção do coto seco reduzindo-se a humidade local e, consequentemente, menor risco de infeção (Zupan et al., 2004).

No segundo dia de internamento todos os recém-nascidos eram vacinados, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação. Por vezes, também se realizava o diagnóstico precoce para rastreio de doenças metabólicas, quando solicitado pelos pais ou quando a situação clínica do recém-nascido ou da puérpera justificava o prolongamento do internamento. Nesse momento eram avaliados os conhecimentos dos pais relativamente à promoção e vigilância da saúde da criança. Avaliávamos conhecimentos sobre o diagnóstico precoce para rastreio de doenças metabólicas, sobre o esquema de vacinação, e sobre as medidas de proteção contra infeções, ensinando-se ainda sobre a perda fisiológica de peso e sobre possíveis reações à vacina (VHB).

Ensinávamos ao casal que o recém-nascido pode perder peso à nascença, entre 12 a 14% do seu peso inicial, devido a perda de excesso de água. Por volta do 10º dia de vida deve ter recuperado o peso do nascimento (Magalhães et al., 2017).

Relativamente à vacinação, informávamos que o recém-nascido ia ser vacinado contra a hepatite B e que esta vacina não costuma provocar reações adversas, exceto uma ligeira sonolência, rubor e calor no local da injeção e que deveriam ser administradas mais duas doses, sendo a seguinte administrada aos dois meses de vida, no Centro de Saúde.

Quanto ao teste de diagnóstico precoce para o rastreio metabólico, a maior parte dos casais conhecia o exame pelo nome de “teste do pezinho”. Informávamos que este teste tinha o propósito de rastrear doenças metabólicas e que devia ser realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida, através de uma amostra de sangue colhida por punção realizada na região externa do calcanhar do recém-nascido (Cardoso, 2011). As 72 horas após o nascimento são importantes, pois antes não há garantia de que o recém-nascido tenha ingerido leite suficiente para produzir alterações que, caso existam, se evidenciem; são exemplos de doenças rastreadas pelo diagnóstico precoce o hipotireoidismo e a fenilcetonúria.

O choro é a primeira forma de comunicação social do recém-nascido, sendo considerado uma manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida. Apresenta características específicas, conforme as diversas situações, que devem ser interpretadas de modo a implementarem-se os cuidados mais ajustados. O choro é considerado um ato reflexo que se desenvolve progressivamente, com o desenvolvimento e maturação fisiológica e pelas experiências ambientais com que o recém-nascido contacta. Pode sinalizar fome, sede, sono, fraldas sujas, desconfortos relacionados com a temperatura ambiente, posição desconfortável, dor, roupas apertadas, aerofagia, cólicas, descarregar energia ou até mesmo vontade de ser aconchegado.

Diversos estudos têm demonstrado que o choro e a resposta das mães/pais perante este, influenciam o desenvolvimento do recém-nascido. Os que choram excessivamente nos primeiros seis meses de vida são significativamente mais agressivos, ansiosos e, no futuro, demonstram uma maior dificuldade em socializar. O choro excessivo é um dos motivos mais frequentes para a consulta em cuidados de saúde primários nos primeiros meses de vida,

atingindo entre 9% e 26% dos recém-nascidos com idade inferior a quatro meses. Em Portugal, a prevalência de choro excessivo não é conhecida.

A maior parte dos casais não demonstrava conhecimentos sobre os vários tipos de choro do recém-nascido, no entanto, sabiam que o choro era a expressão de algo, e procuravam dar resposta às necessidades do recém-nascido. Para identificar o choro do recém-nascido é necessário ter em conta a sua vocalização e, também, a sua linguagem corporal. No diagnóstico diferencial do tipo de choro importa considerar vários fatores, como por exemplo a hora da última mamada, a última sesta, a mudança da fralda, as reações do recém-nascido aos ruídos, à luz, a temperatura ambiente, a atividade e os movimentos.

Desde o nascimento até aos três meses de vida, estão descritos cinco tipos de choro: dor, fome, desconforto, tédio e fadiga.

O choro de dor manifesta-se por um lamento curto, agudo e muito alto, ao qual segue um período de apneia seguido de outro grito, sendo a consoante H nitidamente distinguível. O rosto fecha-se e os membros superiores e inferiores fletem-se para junto do corpo. A particularidade deste tipo de choro é que não cessa quando se conforta ou se pega no colo. Para acalmar o recém-nascido ensinávamos que deveriam procurar a causa da dor, pressionando levemente em todas as partes do corpo na busca de um foco da dor (Cardoso, 2011).

O choro pode ser um sinal tardio de fome, choro em soluços contínuos e curtos, persistente e não muito alto. Habitualmente acompanhado por movimentos da cabeça de um lado para o outro, boca entreaberta, levando as mãos à boca. Neste caso devemos alimentar o recém-nascido (Cardoso, 2011).

Quanto ao choro de desconforto, este é um tipo de choro caracterizado por ser mais fraco do que o grito de dor, apesar de apresentar momentos de grande intensidade. A testa encontra-se franzida, os olhos inquiridores, os membros superiores e inferiores estão mais tensos do que quando está aborrecido. Com este choro, o recém-nascido está a comunicar que algo o incomoda, como por exemplo a fralda suja, o calor ou frio ou gases. Devemos substituir a fralda e tentar perceber como está a temperatura ambiente e acalmar o recém-nascido (Cardoso, 2011).

No que diz respeito ao choro de tédio, o recém-nascido choraminga em soluços, que cessa a partir do momento que se fala com ele, se pega ao colo, se brinca ou se acaricia. O rosto está relaxado, assim como o restante corpo, os olhos normalmente estão abertos, as mãos abertas, enquanto os pés se agitam pelo ar, como se estivesse a pedalar. Se algum objeto lhe chamar à atenção, para de chorar e fixa-o (Cardoso, 2011).

Por último, o choro de fadiga é um choro ligeiro, quase um gemido, que tende a aumentar de tom até um choro forte. Habitualmente, este choro acontece após um dia agitado. O rosto encontra-se distendido, com um ligeiro franzido do sobrolho que alterna com o

relaxamento do corpo e do rosto. Neste caso, devemos procurar um ambiente calmo, falar calmamente com o recém-nascido, colocar uma música tranquila e pegar-lhe ao colo (Cardoso, 2011).

Para além de ensinarmos sobre os tipos de choro, avaliávamos os conhecimentos dos casais sobre os sinais e fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas e as medidas de alívio da dor abdominal. Avaliávamos habilidades sobre como confortavam o recém-nascido quando chorava e sobre a aplicação de medidas para alívio da dor abdominal. A maioria não demonstrava conhecimentos nem habilidades para lidar com a cólica. Como tal, era necessário ensinar/instruir/treinar algumas estratégias, como segurar e envolver o recém-nascido, a movimentação rítmica, estimular o reflexo de sucção, a massagem abdominal, associar um som calmo e praticar a técnica dos 5S's de Harvey Karp.

4.4.4. Cuidar do recém-nascido com icterícia neonatal

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013b), icterícia neonatal é caracterizada pela coloração amarela da pele e das escleróticas. É considerada uma das patologias mais frequentes no recém-nascido, sendo que na primeira semana de vida poderá atingir cerca de 60% dos recém-nascidos de termo e cerca de 80% dos recém-nascidos de pré-termo.

Citando a SPN (2013b), “quase todos os RN apresentam valores de bilirrubina em circulação superior a 1 mg/dL (17 micromol/L). Quando este valor atinge 5 mg/dL torna-se visível nas escleróticas e pele”.

Ao longo do estágio observámos vários casos de recém-nascidos com alterações cutâneas, nomeadamente com colocação amarela da pele e com valores de bilirrubina alterados. Durante o internamento, no final do turno da tarde, era avaliada a concentração de bilirrubina transcutânea através de um aparelho designado por bilirrubinómetro. De acordo com o protocolo de serviço se nas 24h de vida o valor fosse entre 5-6 mg/dL e nas 48h de vida o valor estivesse compreendido entre 10-12 mg/dL era considerado um achado normal. Caso os valores estivessem alterados, eram verificados os fatores de risco (parto distócico por ventosa, diminuição de peso, idade gestacional inferior a 36 semanas e grupo sanguíneo O). Na presença de um dos fatores de risco era comunicado ao médico da unidade.

Para a avaliação sérica dos níveis de bilirrubina, procedia-se à colheita de sangue no recém-nascido, método que confirmaria, ao fim de duas horas, a presença de valores de bilirrubina alterados e consequente diagnóstico de icterícia neonatal.

A bilirrubina em concentrações baixas é um antioxidante que pode ser benéfico nos recém-nascidos. Contudo, em níveis séricos elevados pode provocar toxicidade no SNC (SPN, 2013b). A bilirrubina não conjugada pode atravessar a barreira hematoencefálica, provocando lesões nas células do SNC e morte celular.

Num recém-nascido de termo, a hiperbilirrubinemia está associada a um risco aumentado de disfunção neurológica. Na maioria das vezes não traduz patologia subjacente, definindo-se como icterícia fisiológica. No entanto, se a hiperbilirrubinemia se mantiver para além dos 14 dias é considerada icterícia prolongada, que pode ser o alerta de uma causa patológica.

Perante um diagnóstico de icterícia neonatal, procedíamos aos cuidados de higiene do recém-nascido e ao ensino à puérpera/casal sobre o tratamento por fototerapia. Posteriormente, era realizada nova colheita de sangue para avaliação da eficácia do tratamento.

Relativamente à fototerapia, é considerada um método de tratamento e prevenção da hiperbilirrubinemia severa. Consiste na exposição da pele do recém-nascido a uma luz com determinado comprimento de onda (SPN, 2013b). A radiância determina a eficácia do tratamento e depende do tipo de luz, da distância entre a luz e o recém-nascido e da área de pele exposta.

Efetuvávamos aconselhamento ao casal nos casos em que o recém-nascido era amamentado. As puérperas eram estimuladas a manter o aleitamento materno, eram-lhes explicados os benefícios (hidratação e boa diurese que permite excreção urinária de bilirrubina) e dada ênfase às mamadas frequentes (oito a 12 vezes por dia) nas primeiras semanas. Informávamos também sobre a necessidade de monitorização da temperatura uma vez por turno no caso de fototerapia simples ou sempre que o recém-nascido suspendia temporariamente o tratamento, para mamar ou mudar a fralda, no caso de fototerapia intensiva. A monitorização da temperatura é importante, uma vez que um dos efeitos adversos da fototerapia é a hipertermia e desidratação. Informávamos da importância de pesar diariamente o recém-nascido e da presença de viseira opaca no tratamento com fototerapia dupla.

4.5. Preparação para a alta

O planeamento da alta inicia-se na admissão da cliente na unidade, devendo ser refletido no plano de cuidados desenvolvido individualmente para cada utente. Durante o internamento, devem ser primados os ensinamentos sobre os cuidados à puérpera e ao recém-

nascido, pois aquando a alta todas as mulheres devem ser capazes de prestar os cuidados básicos a si próprias e ao recém-nascido (Lowdermilk et al., 2013).

As puérperas foram preparadas para a alta ao longo do seu internamento, tentando com que desenvolvessem a sua autonomia, e se sentissem seguras para regressarem a casa, e capazes de cuidarem de si e do seu filho com confiança.

Procedeu-se, ainda, à avaliação do conhecimento e das competências parentais, no que diz respeito às medidas de segurança e prevenção da síndrome de morte súbita, entre outros aspetos. No dia da alta dávamos oportunidade aos casais de colocarem dúvidas e a oportunidade de discussão sobre algum assunto em particular.

Os casais eram informados da importância de inscreverem o recém-nascido nos Cuidados de Saúde Primários para o seu acompanhamento e vigilância, e ainda para receberem uma visita domiciliária para a realização do teste de diagnóstico precoce, que o Serviço Nacional de Saúde recomenda desde 1979, para agendamento de novas consultas à mãe e ao bebé, nomeadamente a consulta de revisão de puerpério, entre a quarta e a sexta semana pós-parto e para o encaminhamento e cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

Relativamente à puérpera foram reforçadas as informações sobre os sinais de alerta como a hemorragia, lóquios com odor fétido, corrimento vaginal anormal, hipertermia ou presença de dor (WHO, 2013). Foram aconselhadas a gerirem as visitas de familiares e amigos, uma vez que é importante mãe e filho manterem períodos de repouso.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Ao longo de todo o percurso enquanto estudante do MESMO, foi possível adquirir e desenvolver as competências inerentes ao EESMO, que permitiram a conclusão dos estágios clínicos. Durante o desenvolvimento do estágio procurou-se colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas e práticas, sempre com uma visão crítica e reflexiva, de acordo com a evidência científica mais atual.

Podemos afirmar que a maioria das intervenções implementadas estiveram de acordo com a evidência científica encontrada. No entanto, também nos deparamos com práticas realizadas de forma rotineira. Nesses casos, existiu, por parte da orientadora de estágio, abertura para discutir algumas dessas situações, contudo, por estarmos perante um processo de aprendizagem de prática tutelada, seguiram-se os princípios da orientadora e os protocolos da instituição.

Considera-se pertinente a prestação de cuidados de enfermagem personalizados e individualizados, de acordo com as necessidades de cada pessoa, evitando assim os cuidados realizados de forma rotineira.

Relativamente ao estágio desenvolvido no serviço de internamento de grávidas, este foi caracterizado pela presença de várias experiências. No entanto, pudemos constatar que existe uma lacuna nos cuidados de enfermagem prestados às grávidas internadas, e que diz respeito ao suporte emocional. Seja qual for o diagnóstico, uma mulher grávida internada vai estar rodeada de sentimentos negativos, ansiedade, angústia, medo e *stress*. Por essa razão, é crucial implementar algumas intervenções como a escuta ativa, a promoção do suporte emocional e social por pessoas significativas, a promoção da privacidade e a criação de espaços de convívio entre as grávidas internadas.

Relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito do trabalho de parto e parto, considera-se que superaram as expectativas. A nosso ver, foi o estágio com experiências e aprendizagens mais ricas. Não tivemos a oportunidade de realizar um parto pélvico, uma vez que todas as parturientes cujo feto se encontrava em apresentação pélvica eram encaminhadas para o bloco operatório para realização de cesariana. No entanto, esta prática foi abordada em simulação.

Uma das maiores dificuldades no estágio de trabalho de parto e parto foi a realização de episiorrafias, pela dificuldade em identificar os planos da mucosa, músculo e tecido subcutâneo. Contudo, apesar de ter sido um grande desafio, conseguiu-se superar esta dificuldade.

No contexto do internamento de obstetrícia apercebemo-nos da importância do papel do EESMO no apoio à puérpera/casal, não só relativamente à adaptação à parentalidade, mas também ao autocuidado. No pós-parto, a mulher sente-se extremamente cansada, ou por ter estado várias horas em trabalho de parto ou por privação do sono. Para além disso, a instabilidade emocional característica deste período, influencia o papel de mãe e, consequentemente, pode comprometer o autocuidado. A puérpera torna-se dependente dos cuidados prestados pelo EESMO, não só pela necessidade de apoio no autocuidado, mas também nos cuidados ao recém-nascido. Apesar de, ao longo do estágio, as maiores dificuldades terem recaído nos cuidados ao coto umbilical, a puérpera necessitou e solicitou sempre a presença e o apoio por parte dos enfermeiros, mesmo afirmando que não tinha quaisquer dúvidas.

Ao longo de todos os estágios foram surgindo algumas dificuldades. A adaptação a três serviços diferentes, a conciliação com o emprego, as viagens, o cansaço extremo acumulado e as dúvidas constantes sobre a pertinência deste curso conduziram a um estado de esgotamento. Contudo, é de salientar todo o apoio da orientadora e da tutora, no sentido de conseguirmos terminar o estágio com sucesso.

A realização do presente relatório de estágio permitiu consolidar conhecimentos e refletir sobre a minha prática.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio caracteriza-se pela apresentação e análise crítico-reflexiva das práticas vivenciadas no decurso do estágio, de acordo com os objetivos definidos e com recurso a uma prática baseada em evidência científica.

Apresenta as atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade, com o propósito de prestar cuidados individualizados à mulher e família.

Para além disso, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de aperfeiçoar as competências para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem relacionados com o processo de inclusão do pai no trabalho de parto e nascimento, uma vez que a figura paterna continua a ser frequentemente esquecida.

Através da análise de cinco artigos, concluímos que a presença e participação do pai durante o trabalho de parto e parto favorecem a criação de vínculo entre pai-mãe-bebé, aumentam a relação de intimidade e partilha entre o casal, favorecendo a coesão da estrutura familiar e facilitando o trabalho de parto na medida em que a parturiente acompanhada, apoiada e mais confiante será mais colaborativa e estará mais tranquila.

A realização do estágio e respetiva análise das práticas permitiu refletir sobre as mesmas e chegar à conclusão, mais uma vez, que os cuidados de enfermagem devem ser prestados de forma personalizada, pois cada pessoa é única e tem o direito de ser tratada como tal.

Uma das maiores dificuldades ao longo do estágio foi a conciliação entre a vida profissional e a vida académica, que conduziu a uma situação de grande esforço e dedicação. No entanto, com ajuda da orientadora, tutora e, sobretudo da família, conseguiu-se terminar o estágio com sucesso.

Agradeço todas as oportunidades de aprendizagem que fizeram com que crescesse como futura profissional da área e, também, como pessoa, e conseguisse alcançar todos os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetrician and Gynecologists. (2009). *Practice Bulletin: Induction of labor*. Washington: ACOG.

American College of Obstetrician and Gynecologists. (2013). *Hypertension in pregnancy*. Washington: ACOG.

Araújo, L. A., & Reis, A. T. (2012). *Enfermagem na prática materno-neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Araújo, N. M., & Oliveira, S. M. J. V. (2008). Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_07.pdf.

Areia, A. L. (2017). Hemorragias do segundo e do terceiro trimestre da gravidez. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal*.

Atallah, A. N., & Castro, A. A. (1998). *Medicina baseada em evidências: Fundamentos da pesquisa clínica*. Recuperado de http://www.mpdft.mp.br/saude/images/pesquisa_cientifica/Alvaro_Atallah-Fundamentos-da-pesquisa-clinica-.pdf.

Australian Government Department of Health and Ageing. (2012). *Clinical practice guidelines: Antenatal care – Module I*. Recuperado de https://consultations.health.gov.au/phd-tobacco/clinical-practice-guidelines-antenatal-care-module/supporting_documents/ANC_Guidelines_Mod1FINAL%20D13871243.PDF.

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (131), 13-24.

Balaskas, J. (2017). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Pedro do Estoril: Estações Editora.

Barros, S. M. O. (2009). *Enfermagem obstétrica e ginecológica: Guia para a prática assistencial* (2ª ed.). São Paulo: Roca.

Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Editores Climepsi.

Boccolinia, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I. C., & Pérez-Escamilla, R. (2016). A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87 (2), 172-177.

Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (5), 1316-1327. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>.

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Teses de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal*.

Costa, R. P., Bilo, H. C., Silva, H. M., Marrafa, S. F., & Paralta, V. C. (2016). Contextos, experiências e significados em torno da presença do homem (pai) no parto: realidades e desafios. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº 17.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Diário da República nº 153 (1985). Decreto-Lei nº 14. (Série I).

Diário da República nº 226 (1987). Decreto-Lei nº 333. (Série I).

Diário da República nº 44 (2009). Decreto-Lei nº 9. (Série I/p. 1466-1530).

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Indução do trabalho de parto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Fernandes, J. D., Oliveira, Z. N. P., & Machado, M. C. R. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86 (1), 102-110. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14>.

Ferreira, A. (2013). *Sintomas psicopatológicos e suporte social na gravidez e no pós-parto: Um olhar sobre a parentalidade* (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. URL https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2614/1/TESE%20FINAL_ANACAROLINA.pdf.

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, nº 1, 41-48.

Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1), 57-60. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf>.

Galvão, D. M. P. G. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.

González, C. (2018). *Manual prático de aleitamento materno*. Brasil: Editora Timo.

Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.

Graça, L. M., & Santo, S. (2017). Monitorização fetal intraparto. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal*.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. Amesterdão: Elsevier.

Holanda, S. M., Castro, R. C. M. B., Aquin, P. S., Pinheiro, A. K. B., Lopes, L. G., & Martins, E. S. (2018). Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 27 (2), 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf>.

Infarmed. (2005). *Folheto informativo: petidina-labesfal 50mg/2ml solução injetável*. Recuperado de http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=37765&tipo_doc=fi.

Intermountain Healthcare. (2017). *Hypoglycemia in a newborn*. Estados Unidos: Intermountain Healthcare.

Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal*. São Paulo: Reichmann Affonso.

Koch, M. C. M. P. (2014). *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: Um modelo de intervenção de enfermagem* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal*.

Leitão, M. (2016). Alterações psicológicas no puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (1ª ed.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (10ª ed.). São Paulo: Elsevier.

Luís, S. P. D., Costa, M. G. F. A., & Casteleiro, C. S. C. (2014). Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: Um estudo de revisão. *Millenium* 47, 33-46.

MacDonald, D., Grant, A., Sheridan-Pereira, M., Boylan, P., & Chalmers I. (1985). The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, (5), 524-539.

Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal*.

Magalhães, M., Rodrigues, F. P. M., Gallacci, C. B., Pachi, P. R., Chopard, M. R. T., & Neto, T. B. L. (2017). *Guia de bolso de neonatologia* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.

Marques, A. M. (2018). Evolução do parto: As etapas do nascimento. *A Nossa Gravidez – Guia para pais grávidos*, nº 25, 80-81.

Marques, J. B., & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: Uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, nº 4, 613-620.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, B. R., Shimabukuro, D. M., Uber, M. & Abagge, K. T. (2016). Critical assessment of the pH of children's soap. *Jornal de Pediatria*, 92 (3), 290-295.

Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2011). *Parecer nº 23: Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Mesquita, A. C., Paulino, C. S., & Nogueira, S. A. (2011). Uma nova vida após o parto: Cuidados à mulher no puerpério. *Revista Percursos*, (19), 39-48.

Miller, T. (2010). *Making sense of fatherhood: Men constructing and practicing gender*. Cambridge: Cambridge University Press.

NANDA Internacional. (2014). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*. Brasil: Artmed.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Londres: NICE.

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed.). Lisboa: Lidel

Okuno, M. F. P., Belasco, A., & Barbosa, D. (2014). *Evolução da pesquisa em enfermagem até a prática baseada em evidências: Enfermagem Baseada em*

Evidências. Recuperado de <https://site.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/15056076.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientados de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Guia orientador de boa prática*, 1 (8), 23-24.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

Pereira, N. (2018). Gerir a dor no parto: saiba como preparar-se. *A Nossa Gravidez – Guia para pais grávidos*, nº 25, 82-83.

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C., & Marques, R. (2012). *Pelo direito ao parto normal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pinheiro, L., Agro, J., Braga, J., & Almeida, A. (2016). *Consenso clínico: Rastreio e prevenção da doença perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

Puig, G., & Sguassero, Y. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The WHO Reproductive Health Library*.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (5).

Rodrigues, S. A. O. F. (2019). *Riscos e benefícios da laqueação tardia versus precoce do cordão umbilical* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Porto. URL <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121521/2/344088.pdf>.

Santos, J. O., Pacheco, T. S., Oliveira, P. S., Hino, P., Gabrielloni, M. C., & Barbieri, M. (2016). Avaliação da dor no período puerperal: estudo comparativo entre os tipos de parto. *Journal of the Health Sciences Institute*, 34 (4), 200-205.

Shrivastava, V. K., Garite, T. J., Jenkins, S. M., Saul, L., Rumney, P., Preslicka, C., & Chan, K. (2009). A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. (4), 379-385.

Silva, M. A. D. R. (2010). *Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico: Acolhimento de enfermagem* (Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Smyth, R. M. D., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6).

Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48 (2), 335-345. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2012). *Revisão dos consensos em infeções vulvovaginais*. Lisboa: Jasfarma.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013a). *Hipoglicemia neonatal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013b). *Icterícia neonatal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2016). *Hipoglicemia em idade pediátrica: Protocolo de avaliação diagnóstica e orientação terapêutica iniciais*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Souza, A. R., & Amorim, M. R. (2008). Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Acta Médica Portuguesa*, nº 3, 229-240.

Trindade, A. R. D., & Dalmedico, M. M. (2016). Violência institucional obstétrica no Brasil: A contramão do protagonismo da mulher. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº 17.

Vintzileos, A. M., Antsaklis, A., Varvarigos, I., Papas, C., Sofatzis, I., & Montgomery, J. T. (1993). A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstetrics Gynecology*, (6), 899-907.

World Health Organization. (2013, outubro). Improving quality of antenatal and postpartum care and referral system. Comunicação apresentada no projeto *Reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality in countries of Eastern Europe by Improving primary health care and referral system*, Yerevan, Arménia.

Zupan, J., Garner, P., & Omari, A. A. (2004). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

