

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO À VIDA EXTRA-UTERINA
NO PARTO NA ÁGUA

Orientação Professora Doutora Marinha Carneiro

Patrícia Maria Gonçalves Machado

Porto | 2015

ABREVIATURAS

AAP- Academia Americana de Pediatria

ACOG- American Congress of Obstetricians and Gynecologists

APPT- Ameaça de Parto Pré-Termo

BT- Bilirrubina Total

CHSJ- Centro Hospitalar de São João

CTG- Cardiotocografia

DG- Diabetes Gestacional

DGS- Direção Geral de Saúde

DPPNI- Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

EGB- Estreptococo do Grupo B

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

EESMO- Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

FAME- Federação das Associações de Parteiras Espanholas

FC- Frequência Cardíaca

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

FMD- Filhos de Mães Diabéticas

GIG- Grande para a Idade Gestacional

IG- Idade Gestacional

LA- Leite Artificial

LA- Líquido Amniótico

LIG- Leve para a Idade Gestacional

LM- Leite Materno

NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

PBE- Prática Baseada em Evidência

PTOG- Prova de Tolerância Oral à Glicose

RCIU- Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCOG- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN- Recém-Nascido

SMSL- Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SN- Sistema Nervoso

SPP- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

TENS- Eletroestimulação Transcutânea

TEP- Tromboembolismo Pulmonar

TP- Trabalho de Parto

TVP- Trombose Venosa Profunda

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	17
2. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO	29
2.1 Enfermagem baseada em evidência na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina no parto na água	53
<i>2.1.1 Prática baseada em evidência na enfermagem</i>	54
<i>2.1.2 Adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina no parto na água</i>	55
<i>2.1.3 Definição da pergunta</i>	56
<i>2.1.4 Método de investigação</i>	58
<i>2.1.5 Resultados</i>	60
<i>2.1.6 Análise crítico-reflexiva dos resultados</i>	64
<i>2.1.7 Conclusão</i>	67
3. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA NO PROCESSO DE AUTOCUIDADO E DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO	69
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	89
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Definição da pergunta segundo o esquema PICO	57
TABELA 2: Resultado da pesquisa dos artigos	59

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo dos “5S” de Haynes.....	60
FIGURA 2: Análise crítica da literatura	65
FIGURA 3: Grávidas cuidadas ao longo do estágio	90
FIGURA 4: Puérperas e RN cuidados ao longo do estágio	90
FIGURA 5: Partos executados ao longo do estágio.....	91

RESUMO

O presente relatório de estágio considera o previsto no Regulamento do 2º ciclo de estudos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com vista à conclusão do Curso de Mestrado, e baseia-se no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, publicado pela Ordem dos Enfermeiros.

A sua elaboração tem por base a pesquisa científica nas diversas bases de dados, com vista a sustentar os cuidados prestados ao longo do estágio, numa prática baseada em evidência, contribuindo para a qualidade da assistência da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O estágio decorreu no Centro Hospitalar de São João, desde novembro de 2014 a julho de 2015, onde se teve oportunidade de cuidar de mulheres internadas com gravidez com complicações, parturientes, puérperas e recém-nascidos com e sem fatores de risco, assim como das suas famílias.

Verificou-se frequentemente que os cuidados prestados na prática vão ao encontro das evidências científicas e nos casos em que isso não aconteceu, expôs-se a evidência acerca dos mesmos, tendo a elaboração deste relatório de estágio contribuído para a melhoria das práticas assistenciais e para a construção da disciplina de Enfermagem.

Verificaram-se frequentemente algumas dúvidas por parte das mulheres acerca do parto na água, nomeadamente sobre se esta forma de nascimento é compatível com uma melhor adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Por este motivo, sentiu-se a necessidade de realizar investigação sobre a temática, de modo a orientar e a esclarecer as mulheres/casais que optam por ter um parto na água, contribuindo também deste modo, para uma prática baseada em evidência.

Palavras-chave: Recém-nascido; Parto na água; Adaptação à vida extra-uterina

ABSTRACT

Title: Newborn adaptation to extra-uterine life in water delivery.

This internship report considers the provisions of the Regulation of the 2nd cycle studies, the Oporto Nursing School, with a view to completion of the Master's Course, and is based on the specific competences of Regulation Nurse Maternal Health Specialist, Obstetric and Gynecology, published by the Order of Nurses.

Its development is based on scientific research in the various databases in order to sustain the care provided throughout the stage, an evidence-based practice, contributing to the quality of care of Maternal Health and Obstetrics Nursing.

The stage took place at the Hospital of St. John Center, from November 2014 to July 2015, where he had the opportunity to take care of hospitalized women with pregnancy complications, pregnant women, mothers and newborns with and without risk factors, as well as the their families.

It is often said that the care provided in practice meet the scientific evidence, and where it did not, exposed to evidence on the subject, with the preparation of this internship report contributed to the improvement of care practices and to build the nursing discipline.

There has often some questions for women about water birth, particularly about whether this form of birth is compatible with a better adaptation of the newborn to extra-uterine life. For this reason, he felt the need to conduct research on the subject in order to guide and enlighten women / couples who choose to have a water birth also thereby contributing to evidence-based practice.

Keywords: Newborn; Water delivery; Adaptation to extra-uterine life

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto de estágio considera o Regulamento do 2º ciclo de estudos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no que se refere ao artigo 2.º, Conceitos: c):

“Estágio de natureza profissional- a formação realizada através da integração do estudante no exercício de uma actividade profissional em instituições de saúde. O processo de estágio implicará a elaboração de um projecto de estágio que justifique a relevância da entidade de acolhimento no quadro dos objectivos definidos para o processo, bem como um relatório final (relatório de estágio) em que se dê conta das actividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas no panorama de instituição de acolhimento, bem como, uma avaliação sobre a realização dos objectivos definidos no projecto de estágio.”

Neste contexto, este relatório de estágio também tem por base e reflete-se no artigo 4.º, do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

O contexto clínico, onde decorreu o estágio foi no Centro Hospitalar de São João (CHSJ). O módulo do autocuidado pós-parto e parentalidade, decorreu no serviço de puerpério entre 1 de dezembro de 2014 a 30 de janeiro de 2015, com a duração de 7 semanas. O módulo da gravidez com complicações decorreu no serviço de medicina materno-fetal, entre 1 e 28 de fevereiro de 2015, com a duração de 4 semanas. O módulo do trabalho de parto e parto decorreu no serviço de urgência de obstetrícia, no piso 4, de 2 de março a 29 de julho, com a duração de 21 semanas.

A unidade orgânica de obstetrícia e medicina materno-fetal deste hospital tem como missão a assistência diferenciada à mulher enquanto grávida, parturiente e puérpera, nomeadamente em casos de doença materna, específica ou associada à gravidez e em

casos de doença fetal. Isto porque possui o estatuto de hospital de apoio perinatal diferenciado, centro de diagnóstico pré-natal homologado pela Direção Geral de Saúde (DGS) e está integrado num hospital central com todas as valências diferenciadas. O serviço de puerpério possui uma linha de amamentação, onde as puérperas, após a alta hospitalar, podem recorrer para esclarecimento de dúvidas ou até mesmo para confirmar qualquer situação relacionada com a amamentação.

Como objetivos decorrentes da realização do presente relatório propôs-se: desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental; adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e de puerpério; desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional; perceber a investigação como processo social de transformação do conhecimento e das práticas.

Para dar resposta aos objetivos acima mencionados e para a aquisição e o desenvolvimento das competências como Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), implementaram-se estratégias de pesquisa em diferentes bases de dados (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text e PUBMED), para obter a melhor e mais atual evidência científica, contribuindo assim para a reflexão sobre as práticas. Pretende-se deste modo que este relatório de estágio de natureza profissional revele capacidades técnico-científicas, de investigação e reflexão crítica, e contribua para o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem no âmbito da saúde materna e obstétrica.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro descreve o cuidado ao casal na transição para a gravidez e parentalidade, nomeadamente em casos de gravidez com complicações associadas. O segundo capítulo contempla o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado ao casal em trabalho de parto (TP), durante o parto e no período de pós-parto imediato. Este, apresenta um subcapítulo onde se aborda a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extra-uterina no parto na água, tendo sido uma temática pertinente de investigação, devido às inúmeras solicitações de informação por parte dos casais com quem se contactou. O terceiro capítulo descreve a conceção de cuidados prestados ao casal e à família no pós-parto. O quarto capítulo do relatório

contempla uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio profissionalizante. Por fim apresentam-se a conclusão e as referências bibliográficas.

1. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Sendo a adaptação à parentalidade um processo de transição (com os riscos que qualquer transição pode acarretar), a qualidade da interação e a relação entre pais/filhos pode então, desde logo, ser afetada ou posta em causa, daí a necessidade de compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período. O desempenho das tarefas inerentes a este subsistema e o contributo atribuído ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) durante este processo afigura-se deste modo como uma temática que merece atenção por parte do mesmo, porque a sua intervenção pode concorrer significativamente para o sucesso da transição.

No âmbito da gravidez com complicações, tornou-se importante compreender que para além da transição desenvolvimental, o casal grávido enfrenta uma transição de saúde/doença que surge, na maioria das vezes, de forma inesperada e que se constitui, de igual forma, como um evento crítico que poderá dificultar a adaptação à gravidez e à parentalidade.

Parafraseando Meleis et al. (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas, e por os preparem para melhor lidarem com essas transições, através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Para esta autora (1997, 2007), uma transição consiste numa passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, podendo, assim, afirmar-se que o processo de gravidez constitui por si só uma transição. Uma transição denota uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas ou habilidades, e requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento e altere o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social.

Uma gravidez de risco ocorre quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população (Graça, 2010).

Os fatores que levam à identificação de uma gravidez de risco podem ser de ordem demográfica e socioeconómica, de ordem comportamental, relacionadas com complicações obstétricas anteriores, com patologias maternas durante a gravidez atual, ou relacionadas com patologias da gravidez atual (Ayres-de-Campos et al., 2008). Durante este módulo foi possível prestar cuidados específicos a grávidas em contexto de internamento, com fatores relacionados com patologias da gravidez atual, nomeadamente: restrição de crescimento intrauterino (RCIU); diabetes gestacional (DG); ameaça de parto pré-termo (APPT); suspeita de pré-eclâmpsia; e hiperemése gravídica.

Uma gravidez de risco necessita duma vigilância rigorosa, em ambiente seguro, pois podem surgir complicações que coloquem em risco a saúde/vida da grávida e do feto. Neste âmbito, foram prestados cuidados assistenciais segundo o regulamento da OE (2010) considerando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, através de “intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.

A DG, foi a patologia mais frequente durante este estágio. Por este motivo, decidiu-se elaborar um estudo de caso de uma grávida internada no serviço de medicina materno-fetal, com o diagnóstico clínico de diabetes gestacional descompensada, para controlo glicémico, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Por questões de ética profissional o nome da grávida não será mencionado, referindo-se à mesma como “grávida X”. Todos os termos caracterizadores da teoria das transições serão mencionados com o tipo de letra em itálico, para uma melhor compreensão do seu significado.

Na admissão à grávida X realizou-se a recolha de dados demográficos, a história clínica (peso pré-gravídico, medicação domiciliária, grupo sanguíneo, alergias, hábitos de vida, doenças familiares), a história obstétrica e ginecológica, o índice obstétrico e a história ocupacional (profissão, escolaridade, padrão de exercício físico) (Lowdermilk et Perry, 2008). Trata-se de uma grávida de 37 anos de idade, primigesta, com 24 semanas e 4 dias de gestação, portadora do grupo de sangue A rh +, sem alergias. Professora, licenciada, sem antecedentes de prática de exercício físico.

As primeiras atividades de recolha de dados, contribuíram para uma melhor compreensão sobre a forma como a grávida lidava com a patologia, que enquadrava a sua gravidez como uma gravidez de risco. Compreender o conhecimento que o casal detinha e quais os recursos mobilizados para fazer face à situação vivida, constituíram-se como

prioritários para entender qual a melhor concepção de cuidados, no acompanhamento da gravidez.

Os tipos de transições vivenciadas em contexto de estágio, identificaram-se como *desenvolvimentais* e de *saúde/doença*. Esta tipologia foi suportada pelos resultados de pesquisas como representativas nas transições centrais para a prática de enfermagem. As transições *desenvolvimentais*, são as que ocorrem durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos. As transições *saúde/doença*, incluem as transições onde ocorrem mudanças repentinas de papéis que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença, mudanças de papéis graduais (distinta da anterior porque permite tempo para uma incorporação gradual de comportamentos e sentimentos do novo papel), mudanças de papéis de doença para saúde, mudanças repentinas ou graduais de papéis de saúde para doenças crónica, reabilitação, entre outros (Meleis et al., 2000).

A grávida X vivenciou uma transição desenvolvimental e de saúde/doença. A transição para a parentalidade é uma transição desenvolvimental pois requer uma definição ou redefinição dos papéis a que a grávida/ casal estão envolvidos, sendo afetada por diversos fatores. Durante o contacto com o casal, identificaram-se as características pessoais da grávida, assim como os significados atribuídos à gravidez, à parentalidade e ao nascimento, as expectativas, os níveis de conhecimento e de preparação, o planeamento ou não da gravidez, e o bem-estar físico e emocional. O diagnóstico, às 24 semanas de gestação, de DG descompensada, constitui-se assim como uma transição de saúde/doença.

Também foi representativo a noção de transições com padrões de multiplicidade e complexidade. Estes padrões de transição, podem ser *únicos, múltiplos, sequenciais, simultâneos, relacionados ou não- relacionados*, cujas definições se prendem com o significado lógico de cada termo por si (Meleis et al., 2005). Neste sentido, considerou-se a transição da grávida X como múltipla, por vivenciar concomitantemente uma transição desenvolvimental e de saúde/doença. Por este motivo, analisaram-se em simultâneo as duas transições, quanto à sua *natureza, condições facilitadoras e inibidoras, terapêuticas de enfermagem e padrões de resposta*.

No que se refere às propriedades das transições, incluem-se a *consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, a duração da transição* e os *pontos críticos e eventos*. A transição ocorre quando a pessoa está consciente das alterações que estão a decorrer, implica que a pessoa esteja consciente do processo de transição pela qual está a passar, isto é, tem perceção, conhecimento e reconhecimento dessa transição e empreende atividades, como a procura de informação e apoio, identificando novas formas de estar, alterando atividades anteriores face às novas circunstâncias (Meleis, 2005).

Neste sentido, o nível de *consciencialização* irá influenciar o nível de compromisso. A ausência de consciência, significa que a pessoa pode não estar preparada para a transição. O nível de consciencialização, reflete-se, na sua grande maioria, pelo grau de consonância entre o que é conhecido acerca dos processos e respostas e aquilo que constitui o conjunto esperado de respostas e percepções dos indivíduos perante transições semelhantes (Meleis et al., 2000).

Relativamente à consciencialização da transição para a parentalidade, pôde-se perceber que esta foi facilitadora. A grávida X apresentou os seguintes critérios de diagnóstico: referiu que está a passar por uma fase de mudança na sua vida; descreveu as responsabilidades e as mudanças inerentes ao nascimento do filho; e a gravidez foi planeada/ desejada.

Assim, como intervenções, preparou-se a grávida X para as mudanças de papel esperadas e envolvidas no tornar-se grávida, incentivou-se à identificação dos comportamentos necessários para adotar o seu novo papel, encorajou-se à verbalização de sentimentos, percepções e preocupações sobre a etapa pela qual estava a passar, encorajou-se à verbalização da percepção que tinha sobre como iria desempenhar o seu papel e orientou-se quanto a recursos disponíveis para auxiliar na adaptação a essas mudanças.

No que se refere à transição de saúde/doença, a grávida X não tinha consciência sobre a mesma, como se pôde constatar através da avaliação do seu conhecimento sobre os efeitos da diabetes na sua saúde e na do feto/ RN. As intervenções realizadas foram: explicou-se a importância do controlo da glicose no sangue durante toda a gravidez para reduzir o risco de macrosomia fetal, distocia de ombros, indução do TP e / ou cesariana, hipoglicemia neonatal, morte perinatal, e obesidade na vida adulta (González-Ruiz, 2014; NICE, 2015; Wang et al., 2013); informou-se que o risco de mortalidade perinatal, hiperbilirrubinemia, hipertensão gestacional e pré -eclâmpsia aumentam em pacientes com DG (Reece et al., 2009; Ju et al., 2008; Henriksen, 2008; Metzger et al., 2008); e informou-se que existe maior risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 tanto para a mãe como para o RN, numa fase mais tardia das suas vidas (Reece et al., 2009; Hillier et al., 2007).

O nível de *envolvimento* no processo de transição é outra propriedade importante. É definido como o grau de envolvimento no processo inerente à transição que a pessoa demonstra. Este pode ser avaliado pela procura de informação, pelo uso de modelos de referência, pela preparação ativa e modificação proactiva das atividades da pessoa envolvida no processo (Meleis et al., 2005).

Para a promoção do envolvimento da grávida X na transição para a parentalidade foi elaborado durante o internamento o plano de parentalidade, criando momentos de discussão sobre quem iria ser responsável por determinadas tarefas domésticas, pelos cuidados ao filho, quem e quando iria usufruir da licença de maternidade/paternidade, sendo esta uma das atividades propostas no foco da adaptação à parentalidade, a realizar nas consultas de enfermagem pré-natais, na idade gestacional da grávida X (Cardoso, 2014). Pôde-se perceber o envolvimento da grávida X através da reavaliação e reestruturação da relação com os seus pais (principalmente com a mãe), e do seu relacionamento conjugal, o que vai ao encontro das tarefas psicológicas a realizar no ano do nascimento do RN, propostas por Colman e Colman (1994), e que espelham o grau de envolvimento da grávida na transição para a parentalidade.

Considerou-se na transição de saúde/doença, que a grávida X não estava envolvida, pois não existia uma modificação de comportamentos de saúde, nem uma procura de informação sobre a doença. Para promover este envolvimento, informou-se sobre a DG. A DG é definida como a intolerância aos hidratos de carbono de grau variável iniciada ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez (Jacob et al, 2014), reconhecida pela primeira vez em 1964 por *O'Sullivan* e *Mahan* com a introdução de critérios de diagnóstico, após a realização de uma prova de tolerância à glicose oral (PTGO) (Dores et al., 2011). A diabetes na gravidez está associada a riscos para a mulher e para o feto em desenvolvimento (Henriksen, 2008; Langer et al., 2005; Metzger et al., 2008; Ju et. al., 2008). A sua incidência está a aumentar como resultado de maiores taxas de obesidade na população em geral, e maior número de gestações cada vez mais tardias no ciclo reprodutivo da mulher (NICE, 2015; WHO, 2013; Garcia-Vargas et al., 2012).

Outra das propriedades universais da transição é a *mudança* e a *diferença*, que embora semelhantes não são intermutáveis, nem são sinónimos. Por exemplo, os indivíduos e as suas famílias apresentam mudanças nas suas identidades, papéis, relações com os seus membros, habilidades e condutas. Todas as transições envolvem mudança, mas nem toda a mudança está relacionada com transições (Meleis et al., 2005). As transições são o resultado de mudanças e resultam em mudanças.

A transição para a parentalidade implica diversas alterações, conforme acima mencionado. A grávida X referiu, a este nível, alterações nomeadamente no padrão de sono e repouso, na fadiga, aumento das despesas e menos tempo para si.

A transição para a sua nova condição de diabética gestacional, implicou mudanças nomeadamente no padrão de alimentação e de exercício físico.

Bridges (1991) Cit. por Meleis (2000), caracteriza a *duração da transição* em três momentos, partindo da antecipação ou demonstração da mudança, passando por um período de instabilidade ou confusão e culminando num período de estabilidade que, por vezes, pode simultaneamente ser um novo começo.

A duração da transição para a parentalidade não pode ser estabelecida com um ponto final identificável no tempo, porque este vai depender da forma única e singular como cada indivíduo/ casal vivencia e se adapta a esta nova situação de vida, podendo em alguns casos ser mesmo impossível, porque nem todas as pessoas, por inúmeros fatores, são capazes de fazer uma transição para a parentalidade saudável (Meleis et al., 2005).

Pôde-se perceber que a grávida X tinha conhecimento sobre como preparar a casa para receber o RN e sobre o enxoval, através da verbalização de que: se as paredes forem pintadas, devem ser com tinta não tóxica e lavável; que o chão deve ser antiderrapante e fácil de limpar; que o estrado deve ser plano, rígido e sem arestas cortantes ou saliências no interior; que a cadeira de transporte deve estar aprovada pelas normas europeias, devendo possuir a “etiqueta E”, preferencialmente com o código 04 e que esta é escolhida tendo em atenção o intervalo de pesos, idade e tamanho do RN; que a roupa deve ser fácil de vestir/despir e deve ter pescoço largo, não deve possuir pêlos, elásticos apertados, laços, botões ou fitas à volta do pescoço ou que possam prender os dedos. No entanto, conclui-se que a transição ainda estava a decorrer devido aos papéis e conhecimentos que a grávida X ainda deveria incorporar, ao longo da gravidez, na adaptação à parentalidade, como por exemplo tratar do coto umbilical do RN, o regresso a casa e a preparação para o parto (Cardoso, 2012).

No que se refere à DG, conclui-se que a transição terminou no momento da alta hospitalar, pois a grávida X apresentou um bom controlo metabólico, possuindo e demonstrando conhecimentos para uma gestão adequada da sua condição de saúde.

Os *pontos críticos ou eventos*, dizem respeito aos acontecimentos identificáveis que servem de referência, como o nascimento, a morte, a menarca, a menopausa ou o diagnóstico de doença. No entanto, em algumas transições não há eventos deste tipo que sejam evidentes. Os pontos críticos estão muitas vezes associados a uma crescente consciência de mudança ou diferença, ou ainda, um envolvimento mais ativo a lidar com a experiência de transição (Schumacher et Meleis, 1994).

A grávida X, referiu que o aparecimento dos movimentos fetais, às 18 semanas de gestação, foram um marco importante na sua gravidez, permitindo começar a conhecer o seu filho. Os movimentos fetais têm um efeito positivo na ligação mãe-filho (Heidrich et Cranley, 1989), podendo ser considerados como um ponto crítico na transição para a

parentalidade. A este respeito, um dos objetivos foi o de promover a ligação mãe/pai- filho. Para avaliar a ligação questionou-se acerca das expectativas face ao RN, identificou-se o suporte social da grávida X/ casal, percebeu-se a atitude da mesma face à gravidez e questionou-se quanto à escolha do nome do RN. Identificou-se o diagnóstico de enfermagem Potencial para ligação mãe/pai-filho. As intervenções de enfermagem foram no sentido de promover esta ligação: ensinar a grávida a perceber os movimentos fetais; ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis); ensinar sobre o desenvolvimento fetal; e promover a construção da imagem fetal. Para promover a construção da imagem do feto, teve-se em conta a capacidade imagética das grávidas, que atinge o seu máximo pelo sétimo mês de gestação e cessa do oitavo ao nono mês (Albuquerque et al., 2009). Um estudo recente de Nogueira et Ferreira (2012), demonstrou uma melhoria significativa na ligação afetiva entre o pai e o RN, quando os profissionais de saúde promovem o envolvimento do pai na gravidez.

Segundo uma revisão da literatura realizada por Van DenBergh et Simons (2009), a hospitalização ou a gravidez com complicações não revelaram efeito negativo na ligação mãe-filho.

Relativamente à DG da grávida X, o ponto crítico foi o internamento hospitalar para controlo metabólico, pois até então, conforme acima mencionado, não havia consciencialização da doença. Foi através do internamento que a grávida X ganhou consciência das implicações nos comportamentos de saúde para a estabilização da doença.

As condições de transição (facilitadoras ou inibidoras) englobam três vertentes: pessoais, comunitárias e sociais. Estas podem facilitar ou restringir os processos e os seus resultados (Meleis et al., 2005). Dentro *das condições pessoais*, incluem-se *os significados, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico, a preparação e o conhecimento.* É fundamental ter em consideração as condições pessoais, ou seja, compreender os significados que aquela grávida/ casal atribui ao “ser mãe”, “ser pai”, “ter um filho”, quais as crenças culturais e as atitudes, o nível socioeconómico, o nível de preparação e o conhecimento. Os seres humanos atribuem significados aos processos de vida e têm sobre eles perceções, que são influenciadas e influenciam as condições em que ocorre a transição (Meleis et al., 2000).

A grávida X e o seu marido referiram várias vezes a vontade de ter um filho, ou seja, existia a vontade de iniciar a parentalidade, sendo a maternidade um projeto de vida para ambos. O estatuto de mãe, foi percecionado por esta como “uma bênção de Deus” (sic). De um modo geral atribuiu à parentalidade um significado muito positivo, sendo uma condição facilitadora da transição. Relativamente à DG, a grávida X atribuiu um significado negativo

pois referia que a doença era muito limitativa, e que lhe traria alterações nas suas rotinas, nomeadamente na prática de exercício físico.

Para além dos *significados*, as *crenças culturais* e as *atitudes* podem facilitar ou inibir o processo de transição. Quando um estigma está associado a uma experiência de transição, a expressão de estados emocionais relacionados com esta transição podem ser inibidos (Meleis, 2005). A grávida X vinha de uma família numerosa, com 5 irmãos, foi educada segundo a igreja católica, sendo a maternidade muito valorizada. Na DG não se verificou nenhuma crença cultural que pudesse influenciar o processo de transição.

O *estatuto socioeconómico* também interfere na transição. Indivíduos com um nível socioeconómico baixo têm uma maior probabilidade de experimentar sintomas psicológicos, sendo uma condição inibidora da transição (Meleis, 2005). A grávida X tinha um estatuto socioeconómico médio, tendo sido, por esse motivo, uma condição facilitadora da transição para a parentalidade e para a DG.

Relativamente à *preparação e conhecimento*, a preparação antecipada é facilitadora da experiência de transição, enquanto a sua falta é inibitória. Como refere Canavarro e Pedrosa (2005), o nascimento de um filho é considerado como um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos e das suas famílias. Apesar de ser um acontecimento normativo no ciclo de vida de uma família, pode revelar-se uma fonte de stress pelas exigências de prestação de cuidados, pela reorganização individual, conjugal, familiar e profissional. Como tal, esta tarefa foi facilitada, através da promoção de competências na mãe/pai/casal, para que pudessem dar resposta a todas estas exigências, conforme se descreve de seguida.

A grávida X estava a frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade no seu Centro de Saúde, no momento em que foi hospitalizada. Possuía, conforme acima mencionado, conhecimentos sobre preparar a casa para receber o RN e sobre a preparação do enxoval. Relativamente à prevenção de acidentes, identificou-se o diagnóstico de défice de conhecimento sobre medidas de segurança: escolha de brinquedos (ICNP, 2011). As intervenções realizadas foram: ensinou-se que os brinquedos não devem largar pêlo; que devem ser de grandes dimensões (comprimento superior a 32 mm e caso seja esférico, um diâmetro maior que 45 mm) e não devem ter pontas cortantes nem afiadas; não devem ter cabos ou pequenas peças que se possam soltar; devem ser facilmente laváveis e devem ser lavados frequentemente; e devem ser adequados à idade (Cardoso, 2012).

No que concerne à DG, existia défice de conhecimento sobre como lidar com a doença. As atividades de diagnóstico foram: avaliar o padrão alimentar; avaliar o conhecimento sobre padrão alimentar adequado; avaliar o conhecimento sobre como

monitorizar a glicemia capilar; avaliar a habilidade para monitorizar a glicemia capilar; avaliar o padrão de exercício; e avaliar o conhecimento sobre o padrão de exercício adequado.

Como intervenções, aconselhou-se a grávida a ter uma dieta saudável durante a gravidez, com uma ingestão em média de 2500 calorias (o valor calórico total deverá obedecer à seguinte distribuição de macronutrientes: 50-55% de hidratos de carbono; 30% de gorduras; 15-20% de proteínas), adequando os hábitos alimentares de acordo com as necessidades e características do seu estilo de vida, enfatizando-se que os alimentos com baixo índice glicémico devem substituir aqueles com um alto índice glicémico, com vista a promover aumento ponderal consistente com uma gravidez normal, prevenindo a cetoacidose, e minimizando as flutuações dos níveis de glicemia (Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez, 2011).

A dieta deve ser equilibrada e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia por três refeições principais e 2-3 intermédias (meio da manhã e 1-2 lanches, dependendo do intervalo almoço - jantar) e uma refeição antes de deitar, sendo que esta deve ser composta por leite ou substitutos sempre acompanhados de alimentos ricos em hidratos de carbono complexos, para evitar a hipoglicemia nocturna e a cetose matinal (Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez, 2011).

Orientou-se para o aumento ponderal esperado, que neste caso foi de 0,42 kg/semana devido ao IMC de 43Kg/m² (Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez, 2011) e ensinou-se sobre a prática de exercício físico regular, como por exemplo, caminhar por 30 minutos após uma refeição, para melhorar o controlo da glicose no sangue.

Instruiu-se sobre a monitorização da glicemia capilar 1 hora após as três principais refeições, e ensinou-se a manter a glicose capilar plasmática abaixo dos seguintes níveis-alvo: em jejum: 65-105 mg/dl; e após a refeição: 130-155 mg/dl; comunicar se <60 mg/dl e se > 200 mg/dl (Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez, 2011). No entanto, segundo as novas guidelines da NICE (2015), a glicose capilar plasmática deve estar abaixo dos seguintes níveis-alvo: jejum: 95 mg/dl; uma hora após as refeições: 141 mg/dl; 2 horas após as refeições: 115 mg/dl. Com estas intervenções conseguiu-se dotar a grávida X de conhecimentos, sendo assim uma condição facilitadora na sua transição.

As *condições comunitárias*, ou seja, os recursos existentes na comunidade também facilitam ou inibem as transições. Neste sentido, os serviços de saúde, em particular a assistência pré-natal, assumem especial importância, pelo papel fundamental que podem desempenhar como agente facilitador deste processo. O casal foi informado sobre a licença por maternidade e paternidade previstos na Lei Portuguesa, bem como os direitos e

benefícios legais relativos á gravidez, que vêm facilitar este processo, nomeadamente: a trabalhadora tem direito a 120 dias de licença, 90 dos quais podem ser gozados a seguir ao parto, e os restantes antes ou depois do parto; pode ser acrescida em 25% sendo gozados a seguir ao parto (auferindo apenas 80% da remuneração); no caso de risco clínico, a trabalhadora goza do direito a licença anterior ao parto, pelo período tempo necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença por maternidade; em caso de internamento hospitalar da mãe ou da criança durante o período a seguir ao parto, este período é suspenso, a pedido daquela, pelo tempo de duração do internamento; o pai tem direito a gozar uma licença por paternidade de 5 dias úteis; tem igualmente direito a licença, por período igual àquele a que a mãe teria, ou seja 120 dias ou mais os 25%, ou ao remanescente daquele período caso a mãe já tenha gozado alguns dias de licença, nos casos de incapacidade física ou psíquica da mãe e enquanto esta se mantiver, morte da mãe, decisão conjunta dos pais, no caso de morte da mãe o período mínimo de licença assegurado ao pai é de 30 dias (CITE, 2008). Relativamente à parentalidade, o SNS prevê cursos de preparação para a parentalidade nos Centros de Saúde, que a grávida X já vinha a frequentar. Na DG, informou-se sobre a existência de consultas externas de enfermagem a nível hospitalar, que permitem um acompanhamento mais próximo da doença.

Relativamente às *condições sociais*, a sociedade em geral pode ser facilitadora ou inibidora das transições, ou seja, analisar os eventos de transição de modo preconceituoso e com significados estereotipados, tem tendência a interferir com o processo de transição saudável (Meleis et al., 2005). No que concerne tanto à gravidez e parentalidade, como à DG, não se considera que este seja um fator inibidor, pois a grávida tinha potencialidade para apoio da família, como se pôde perceber pelos seguintes critérios de diagnóstico: considerava a família um recurso; reconhecia o tipo de apoio de que necessitava/ iria receber da família; a família encontrava-se disponível para ajudar.

Os *padrões de resposta*, durante e depois do processo de transição, são denominadas por Meleis et al. (2000) como *indicadores de processo e de resultado*. Estas respostas, permitem avaliar o nível de conhecimento e os recursos que a pessoa tem sobre a transição, bem como, a forma como lidar com os momentos críticos com que esta se depara ao longo da mesma. Relativamente aos *Padrões de Resposta*, Meleis et Tragenstein (1994), afirmam que cuidar diz respeito ao processo e às experiências de transição em que a saúde e a sensação de bem-estar surgem como resultado. Portanto, uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e de resultado. Segundo os autores, os *indicadores de processo* incluem *sentir-se integrado, interagir, sentir-se situado,*

desenvolver a confiança e coping. Relativamente ao *sentir-se integrado*, a ligação que se estabeleceu com a grávida X, a resposta às suas dúvidas e angústias, e a informação sobre o ambiente físico hospitalar, contribuíram para que esta se sentisse integrada no seu novo papel de mãe, e na sua doença. Também a aproximação à sua família de origem, nomeadamente a sua mãe, fez com que a grávida X experienciasse a gravidez de uma forma positiva. A interação com o marido foi um aspeto fundamental na transição para a parentalidade e para a DG da grávida X. Este esteve sempre presente ao longo do internamento, colaborou nas sessões de preparação para a parentalidade e mostrou-se atento às necessidades da mulher. A capacidade de se *sentir situado*, aplicada em relação ao espaço, ao tempo e às relações existentes, é importante para a maioria das experiências de transição, apesar de ser mais evidente nuns casos do que noutros. Considerou-se que a grávida X se sentia situada consigo mesma e em relação aos que a rodeavam, pois no final do internamento demonstrou-se confiante, capaz e consciencializada da sua nova condição de saúde e das implicações que esta nova condição teria ao longo da gravidez.

O *desenvolvimento da confiança e coping* manifesta-se no nível de compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações, bem como no nível de utilização de recursos e ainda no desenvolvimento de estratégias para lidar com a situação (Meleis et al., 2000). Considerou-se que a grávida X desenvolveu confiança, pois demonstrou conhecimentos relacionados com competências parentais, tais como: a preparação da casa para receber o recém-nascido; a preparação do enxoval; e medidas de segurança, conforme referido anteriormente.

O *coping* desempenha um papel expressivo em todo o processo de adaptação, uma vez que, segundo a CIPE corresponde a: “atitude com as características específicas: disposição para gerir o *stress* que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva: acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do *stress*, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (ICNP, 2006:80). Assim sendo, diversos autores têm desenvolvido alguns estudos relativos ao *coping* durante a adaptação à parentalidade, nomeadamente Tarkka et al. (2000), que descrevem como fatores facilitadores do *coping*: o nível educacional dos pais; o estado de saúde da mãe; a experiência da mãe; a autoconfiança materna; o estado mental; a experiência da maternidade; e o apoio social. Nesta lógica, considerou-se que a grávida X possuiu alguns dos fatores facilitadores descritos na literatura, como sendo o nível educacional, a autoconfiança, o estado mental e o apoio social. Esta desenvolveu ainda estratégias de *coping* face à sua condição de parentalidade,

através do contato com amigas que já eram mães, criando um grupo de apoio que lhe ajudou neste processo. Na sua transição de saúde/ doença face à DG a grávida X decidiu que, uma vez que o marido era professor de educação física, o iria acompanhar nas suas aulas, aliando a prática de desporto a passar mais tempo com o marido.

Os *indicadores de resultado*, resumem-se em *mestria* necessária para lidar com a transição e o desenvolvimento de uma *identidade fluída e integradora*. A gravidez produz uma importante reordenação dos papéis básicos e das relações no seio da família. A mudança de papéis requer modificações na imagem que cada pessoa possui acerca de si própria, alterações nas atividades diárias, a aquisição de novas competências e reordenação das relações com as outras pessoas. A forma como lidam com estas mudanças permitirá à mulher, ao seu companheiro e família viver uma identidade integradora e fluída (Meleis et al., 2000). A conclusão saudável de uma transição é determinada pelo nível de domínio das competências e comportamentos demonstrados, necessários para lidar com as novas situações e ambientes. Esta capacidade de *mestria* desenvolve-se ao longo do tempo, com a experiência. No entanto, quando a pessoa finalmente atingir uma certa estabilidade, perto do final da transição, o seu nível de mestria indicará até que ponto terá atingido resultados saudáveis na transição (Schumacher et Meleis, 1994). Neste aspeto, a grávida X demonstrou que interpretava os sinais de hipo/hiperglicemia, verbalizava os níveis-alvo da sua glicemia plasmática, apresentou bom controlo metabólico, integrou as competências parentais nas suas tomadas de decisão, e estabeleceu uma boa ligação com o feto. Deste modo, pôde-se afirmar que os indicadores de transições foram bem-sucedidos, sendo que a grávida X apresentou bem-estar e mestria no desempenho dos seus papéis, nas suas relações, assumindo uma nova identidade (Meleis et Schumacher, 1994).

2. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

É da responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde de materna, obstétrica e ginecológica prestar assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o TP e parto, através de intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010). Assim, prestou-se assistência à mulher em TP e parto, com gravidez de baixo risco e com gravidez de alto risco.

O TP engloba processos corporais perinatais que ocorrem durante o mesmo, desde o início da dilatação cervical até à saída da placenta (ICN, 2006).

São três os estadios do TP. O primeiro estadio ou dilatação, ocorre desde o início do TP até à dilatação completa. Subdivide-se na fase latente (até aos 3 cm de dilatação do colo uterino, com a duração de até 20 horas na nulípara e 14 horas na múltipara), e na fase ativa (a partir dos 4 cm de dilatação até aos 10 cm), sendo que esta fase se divide na fase de aceleração, fase de declive máximo e fase de desaceleração. O segundo estadio de TP ou período expulsivo, ocorre desde a dilatação completa até à expulsão do feto, que pode durar entre 45 a 60 minutos na nulípara e 15 a 20 minutos na múltipara. O terceiro estadio ou dequitação, ocorre desde a expulsão fetal até à saída da placenta, com duração de 30 minutos (Graça, 2010).

A admissão das grávidas neste serviço ocorreu por diversos motivos: entrada em TP espontâneo; indução de TP; ou por transferência do internamento hospitalar de grávidas de risco. A colheita de dados constou em saber: o acompanhante significativo que gostaria de ter presente durante o TP e parto (o marido, o companheiro ou uma amiga, foram os acompanhantes com quem se contactou); os sentimentos em relação à gravidez; a existência do plano de parto; as expectativas e emoções em relação ao TP e parto; o

esclarecimento de dúvidas; a frequência no curso de preparação para o parto e parentalidade; o nome do RN; a vontade de contacto pele-a-pele com o RN após o nascimento; o desejo de amamentação na primeira hora de vida do RN; a preferência pelo corte do cordão umbilical; a experiência de parto anterior (no caso de uma mulher múltipara); a possibilidade de recurso a técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor em TP; e sobre a vontade de colheita de células estaminais do cordão umbilical.

Os diagnósticos de enfermagem definidos, dependendo do motivo da admissão, foram trabalho de parto presente ou oportunidade de trabalho de parto (ICNP, 2011).

O diagnóstico acurado do início do TP permanece um problema na obstetrícia. Os critérios habitualmente usados para o diagnóstico do TP nunca foram avaliados cientificamente (Ragusa, et al., 2005). Uma diretriz internacional define TP, como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: extinção cervical; dilatação cervical de 3 cm ou mais, rutura espontânea das membranas (ICSI, 2007).

Apenas as mulheres que se enquadravam na definição acima mencionada foram admitidas para o acompanhamento do TP, no serviço de Obstetrícia do CHSJ. O internamento hospitalar apenas quando estabelecida a fase ativa do TP, permite que as parturientes passem menos tempo na sala de cuidados intermédios, tenham menor possibilidade de receber ocitócicos intraparto, reduzindo a necessidade de analgesia, e apresentem níveis mais elevados de controlo durante o TP. Uma política de admissão tardia, evita admissões prematuras e intervenções desnecessárias em mulheres com fase latente prolongada, além de evitar admissões por falso TP. Resulta, além disso, numa menor duração do TP dentro do hospital e menor duração do segundo estadio do TP, sem afetar desfavoravelmente o prognóstico perinatal (Lauzon et Hodnett , 2009).

As práticas educativas realizadas durante a gravidez tornaram-se importantes, pois permitiram orientar a parturiente no sentido de evidenciar o TP ativo, procurando o hospital no momento mais oportuno, quando estabelecido o TP (Chalmers et al., 2009).

O local de assistência ao TP em Portugal, frequentemente ocorre a nível hospitalar. No entanto, em todo o mundo, a assistência ao parto pode ser realizada em ambiente domiciliar, em casas de parto, em centros de parto normal, dentro ou próximo do complexo hospitalar, e nos hospitais, o que suscitou a uma reflexão sobre o tema.

Uma revisão sistemática de Olsen et Jewell (2010), foi realizada com o objetivo de avaliar os desfechos maternos e perinatais em partos domiciliares *versus* hospitalares. Os revisores concluem que não há evidências fortes para favorecer tanto o parto hospitalar

planeado como o parto domiciliar planeado. Entretanto, estudos observacionais sugerem que o parto domiciliar em gestantes de baixo risco se associa a uma menor taxa de intervenções obstétricas, sem aumento do risco de efeitos adversos maternos ou neonatais. Um estudo observacional prospectivo conduzido nos Estados Unidos, analisou partos planeados para a assistência domiciliar, encontrando uma taxa de transferência hospitalar de 12,1%. As intervenções, incluíram a analgesia por via epidural, a episiotomia, o fórceps, a ventosa e a cesariana. A mortalidade intraparto e neonatal foi de 1,7 para 1.000 partos domiciliares planeados, similar aos riscos encontrados em estudos de partos hospitalares em mulheres de baixo risco (Johnson et Daviss, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que se deve respeitar a escolha informada das mulheres em relação ao local do nascimento (OMS, 1996; 2003).

A assistência durante o TP e parto a mulheres de baixo risco, efetuada por enfermeiros especialistas em SMOG, associam-se a menores taxas de intervenções, a menor risco de episiotomia e parto instrumental, a maior oportunidade de parto espontâneo e a maior sensação de controlo pela parturiente. Além disso, observa-se uma maior oportunidade de as mulheres serem atendidas no TP e parto pelo mesmo profissional responsável pela assistência pré-natal, maior oportunidade de iniciar a amamentação e menor duração da hospitalização neonatal, não havendo diferenças na mortalidade perinatal. Entretanto, as mulheres consideradas de alto risco devem ter assistência médico-hospitalar garantida, visando à identificação e ao tratamento precoce de complicações intraparto (Hattem et al., 2010).

Após a admissão das parturientes, as mesmas foram questionadas acerca dos seus planos de nascimento. Frequentemente verificou-se que embora não tivessem um documento oficial, ou até mesmo que desconhecessem o significado do plano de nascimento, tinham, em algum momento, algum desejo ou ideia sobre como queriam que decorresse o seu parto. Foi através deste plano que se tentou corresponder às expectativas das mulheres/ casais em TP.

Durante o TP, foi realizada a vigilância do mesmo, para avaliação de potenciais riscos como: padrões anómalos de frequência cardíaca fetal; falha de progressão da apresentação; hemorragia; parto disfuncional; uso de ocitocina; e mecônio espesso (OMS, 1997; RCOG, 2007).

A recomendação de jejum durante o TP, baseia-se no risco de aspiração do conteúdo gástrico, na eventualidade de uma anestesia geral, também conhecida como síndrome de Mendelson. Entretanto, atualmente, é muito rara a necessidade de anestesia geral durante o parto, sobretudo em mulheres de baixo risco (Hofmeyr, 2005). Assim, o jejum não é

recomendado rotineiramente em parturientes de baixo risco (Singata, 2010; 2013). Numa meta-análise que incluiu mulheres de baixo risco para a necessidade de anestesia, concluiu-se que não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos para essas mulheres em TP. Os autores destacam que não há estudos em mulheres de alto risco para estas complicações, não existindo evidências que corroborem essa prática (Singata, 2010; 2013). Um ensaio clínico randomizado publicado em 1999, estudou gestantes em TP com a idade gestacional maior ou igual a 37 semanas de gestação, em que um grupo recebeu uma dieta leve e o outro apenas água. Os autores não encontraram diferenças entre os grupos em relação à duração do primeiro e segundo estágio do TP, necessidade de ocitocina, via de parto e score de Apgar, concluindo que a dieta leve durante o TP previne o aparecimento de cetose, embora aumente o volume gástrico residual (Scrutton et al., 1999).

Durante o estágio, as mulheres com baixo risco de complicações foram livres para comer e beber durante o TP. Foram oferecidos líquidos claros, como água, gelo, chá com ou sem açúcar e bolachas, às parturientes que assim o desejaram. Nas mulheres com diabetes, tratadas com dieta, a monitorização da glicemia, durante o TP, foi realizada a cada 4 horas e foi administrada uma perfusão de soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/h até retomar a alimentação oral. Quando a glicemia foi superior a 130 mg/dl foi seguido o esquema de insulina por protocolo do serviço. Nas mulheres com controle metabólico por administração farmacológica, a monitorização da glicemia capilar durante o TP foi realizada a cada hora e administrados em perfusão dois soros: um soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/h e um soro fisiológico com 50 U.I. de insulina de ação rápida, cuja dosagem por hora dependeu dos resultados obtidos nas sucessivas monitorizações (Ayres de Campos et al., 2008).

O uso de enemas durante o TP é uma intervenção que traz desconforto à parturiente. Tem sido advogada por décadas, com base na teoria de que o reto vazio facilita o parto, reduz a contaminação fetal ao nascimento e a infecção materna e neonatal (OMS, 1996; 2003). Numa meta-análise de Reveiz et al. (2010), os autores concluem não haver evidências suficientes para recomendar a indicação rotineira de enema, não demonstrando diferenças nas taxas de infecção puerperal ou neonatal, bem como na duração do TP e na contratilidade uterina. Durante o estágio esta prática não foi realizada rotineiramente, salvo a pedido das parturientes.

A tricotomia dos pêlos pubianos ou perineais é um procedimento que se realiza antes do nascimento e acreditava-se que reduzia o risco de infecção, no caso de haver uma laceração perineal espontânea ou se fosse realizada uma episiotomia, além de favorecer uma episiorrafia mais fácil e segura. Entretanto, a tricotomia acarreta inconvenientes, uma

vez que as eventuais pequenas lacerações resultantes da mesma, favorecem as infecções e podem provocar incômodo à mulher quando os pêlos voltam a crescer. Uma revisão sistemática de Basevi et Lavender (2010), que analisou três ensaios clínicos com 1.039 mulheres, não mostrou diferenças na morbidade febril materna. Os autores concluem que não existem evidências que recomendem a sua utilização por rotina em mulheres em TP, não tendo sido uma prática realizada durante o estágio.

Relativamente à posição materna durante o TP, não há uma posição universalmente aceita e perfeita para todas as mulheres. Apesar de ser mais conveniente para a maioria dos profissionais da saúde, que as mulheres assumam o repouso no leito, grande parte das parturientes prefere deambular, particularmente na fase inicial do TP. Com a hospitalização do parto, as parturientes foram orientadas por décadas a permanecerem deitadas no leito. Algumas diretrizes antigas recomendavam que as parturientes devessem ser informadas de que deambular durante o TP não influenciava a probabilidade de cesariana (Hofmeyr, 2005).

Com efeito, durante este estágio, às parturientes sem ruptura de membranas, que não tinham sido submetidas a analgesia por via epidural e não estivessem a realizar cardiocotografia, não se restringiu a mobilização.

Diversos estudos têm demonstrado, no entanto, que a posição supina durante o primeiro estadio do TP pode ter efeitos fisiológicos adversos, tanto para a mãe como para o feto, assim como para a progressão do TP. Esses estudos, foram avaliados numa revisão sistemática da Cochrane, onde se observou que a posição vertical encurtou em aproximadamente uma hora o primeiro estadio do TP, quando comparado à posição reclinada. As mulheres em posição reclinada necessitaram de mais analgesia. Os autores concluem que a deambulação e a posição vertical no primeiro estadio do TP são recomendadas, e não se associam a um aumento de intervenções obstétricas ou a efeitos negativos para as parturientes e para os seus filhos. Destaca-se que as mulheres devem ser encorajadas a descobrir a posição mais confortável (Lawrence et al., 2010). Por outro lado, a deambulação pode aumentar a sensação da parturiente controlar o seu TP, promover o empoderamento, a distração autorregulada e facilitar o suporte contínuo intraparto por um acompanhante, medidas que reduzem a necessidade de analgesia e de cesariana (Hodnett et al., 2010). Também é sugerido que a deambulação aumenta o conforto materno durante o TP (Lawrence et al., 2010). Existem várias vantagens fisiológicas para a posição vertical durante o TP e nascimento. Estas incluem: o efeito da gravidade sobre o feto no útero; um melhor alinhamento do feto; as contrações uterinas mais eficientes; e o aumento da capacidade pélvica quando a mulher está de cócoras (Cheyne et Hundley, 2009).

A prática realizada foi ao encontro da evidência acima mencionada, sendo que a escolha da posição e deambulação durante o TP ficou ao critério das parturientes, tendo-se encorajado as posições não supinas (Lawrence, et al., 2010; NICE, 2007). Caso a posição escolhida fosse a deitada no leito, a posição supina foi evitada, com base na evidência fisiológica da diminuição da contratilidade uterina e da perfusão placentária. Neste sentido, fez parte do planejamento de cuidados o foco conhecimento sobre perfusão dos tecidos (ICNP, 2011), recomendando-se, nessa eventualidade, a adoção do decúbito lateral esquerdo (OMS, 2003).

Relativamente à deambulação nas parturientes que recebem analgesia por via epidural, esta deve ser permitida e encorajada. Um ensaio clínico randomizado comparando parturientes sob analgesia por via epidural com ou sem livre deambulação, demonstrou que a deambulação não tinha impacto na duração do TP, mas foi associada à redução da necessidade de uso de ocitocina e bupivacaína (Frenea et al., 2004). No entanto, quando as parturientes recorreram a este método de alívio da dor de TP, foi administrada concomitantemente infusão de cristalóides com vista a diminuir os efeitos hipotensores deste fármaco, que associada à monitorização cardiotocográfica externa contínua, preconizada pelo protocolo de serviço, comprometeu a deambulação.

A infusão de soro glicosado não deve ser realizada rotineiramente com o objetivo de prevenir a hipoglicemia neonatal, podendo acarretar efeitos adversos devido ao estímulo da produção de insulina pelo pâncreas fetal. Um ensaio clínico randomizado comparando a infusão de soro glicosado ou não infusão durante o TP, evidenciou que a infusão de soro glicosado não reduz a acidemia materna nem o balanço ácido-base fetal, de forma que a sua utilização de rotina não é recomendada (Ceri et al., 2000). A venoclise e a infusão de líquidos só devem ser realizadas com indicações específicas, como no tratamento da hipotensão, associada à utilização de analgesia pela via epidural e correção de emergências hemorrágicas (RCOG, 2007), não tendo sido uma prática realizada rotineiramente. Após as seis horas de jejum, quando se manteve o diagnóstico de fase latente do TP, administrou-se soro fisiológico com glicose 1000 ml e.v. ao ritmo de 100 ml/h, caso as parturientes não tivessem pedido para não receber soros.

O partograma, ou gráfico do TP, é amplamente aceite como um método útil para a avaliação do progresso do TP. De acordo com a OMS, o uso do partograma permite acompanhar a evolução do TP, documentar o TP e diagnosticar as suas alterações, indicando a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios e evitando intervenções desnecessárias (OMS, 1994). É uma ferramenta simples e barata, na qual são

registadas as observações da fase ativa do TP, como condições maternas e fetais, e o progresso do TP.

Um estudo multicêntrico patrocinado pela OMS foi publicado em 1994, avaliando parturientes antes e depois da implementação do partograma, encontrando-se assim uma significativa redução do TP prolongado, da taxa de cesariana de emergência, da necessidade de ocitocina e de óbito fetal intraparto. A redução da taxa de cesarianas foi ainda maior em gestações únicas sem fatores de risco. A conclusão foi que o partograma da OMS claramente diferencia a progressão do TP em normal ou anormal, e identifica as mulheres que necessitam de intervenção, sendo o seu uso recomendado em todas as unidades. O partograma pode permitir a detecção precoce de problemas, além de aumentar a qualidade e a regularidade das observações (OMS, 1994).

Na prática, a sua efetividade quanto aos resultados maternos e neonatais tem sido questionada pela possibilidade de poder ser afetada por variações individuais como a raça, o nível socioeconómico e cultural. Existe a preocupação de que o seu uso possa levar a intervenções desnecessárias (aumento da frequência da amniotomia, uso de ocitocina e analgesia), por assumir que todas as parturientes têm evolução similar no TP. Uma meta-análise avaliou o uso ou não do partograma e os modelos de partograma. Assim os revisores concluem não haver evidências suficientes para recomendar o uso rotineiro do partograma como parte do acompanhamento do TP, mas destacam que mais ensaios clínicos são necessários para estabelecer a eficácia do seu uso, não demonstrando diferenças quando se usa ou não o partograma nas taxas de cesariana, no parto vaginal instrumental, bem como no score de Apgar menor que 7 ao 5º minuto. No entanto, como foi encontrada uma redução da taxa de cesariana quando o partograma foi utilizado em países de baixo nível económico, é possível que este seja útil em populações pobres com difícil acesso a cuidados de saúde. Recomendam que as evidências apresentadas sejam usadas como base para discussão entre os profissionais de saúde e os pacientes (Lavender et al., 2010).

De acordo com as recomendações da OMS, o partograma não deve ser utilizado em partos domiciliares ou se existirem complicações na gravidez e no parto que requeiram intervenção imediata (OMS, 1994).

O partograma torna-se assim uma tecnologia apropriada para avaliação do TP, de manuseamento simples e baseada nas atuais propostas de humanização do parto e nascimento, com grande potencial para refletir as decisões e reduzir as complicações durante o parto e contribuir na queda da morbimortalidade materna e neonatal. Constitui ainda, um instrumento importante nas instituições públicas e privadas de saúde que

atendem parturientes, por permitir aos profissionais que assistem à parturiente um acompanhamento sistemático, com avaliação a cada hora.

Para tanto, o partograma serviu neste estágio como ferramenta para avaliar a evolução do TP como um todo: a dilatação cervical; a descida da apresentação; a posição fetal; a variedade; a frequência cardíaca fetal; as contrações uterinas; a infusão de líquidos; e a analgesia. O exame completo de todas essas variáveis permitiu conhecer os fatores etiológicos responsáveis durante a evolução normal e anormal do TP (Vasconcelos et al., 2013). Assim, teve-se a oportunidade de utilizar o partograma como complemento da vigilância do TP a todas as parturientes, tendo-se registado no mesmo, bem como no processo clínico, as atividades assistenciais, educativas, e de informação que se realizaram às mulheres.

A avaliação tocológica possibilitou o acesso a dados importantes para a identificação e vigilância da evolução do TP. No âmbito do foco trabalho de parto, através do toque por via vaginal pôde-se avaliar: a extinção; a dilatação; a posição; e a consistência do colo uterino. Também se avaliou: a progressão do feto pelos planos de Hodge; a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua); a variedade (anterior, posterior, transversa); a posição fetal (esquerda, direita); a situação (longitudinal, transversal, oblíqua); e a atitude (pela flexão fetal). Avaliaram-se ainda as características do líquido amniótico (cor, cheiro, quantidade), assim como a bacia materna. Também através da avaliação da apresentação e da progressão fetal, indicaram-se posicionamentos que favoreceram a rotação interna e a descida do feto pelo canal de parto, ao mesmo tempo que estes também favoreceram a diminuição da dor ou desconforto, aquando da contratilidade uterina. Todos estes dados contribuíram para que se planeassem cuidados diferenciados a cada casal. Foi identificado o diagnóstico de enfermagem potencial para o desenvolvimento de conhecimento sobre o trabalho de parto, e realizadas intervenções de enfermagem adequadas a cada casal, de modo a tornar a experiência de parto única e ao encontro das expectativas de cada casal.

Através da identificação de modificações na frequência cardíaca fetal (FCF) durante o TP, espera-se identificar os fetos que podem estar em risco devido a hipóxia fetal. Na atualidade, a monitorização da FCF faz parte de todas as diretrizes para atenção durante o TP, permitindo avaliar o bem-estar materno e fetal, no âmbito do foco trabalho de parto (OMS, 1996; RCOG, 2007; ACOG, 2005; SOGC, 2002).

A auscultação intermitente da FCF pode ser realizada com estetoscópio fetal (Pinard) e com ultra-som Doppler. Existem vários métodos para auscultação intermitente baseando-se nos protocolos adotados nos ensaios clínicos randomizados, mas não foram conduzidos estudos específicos para determinar a frequência ótima de auscultação fetal. Nas diretrizes

de várias sociedades, recomenda-se a realização de auscultação intermitente em parturientes de baixo risco a cada 15 minutos, depois da contração, no período de dilatação e a cada cinco minutos, depois da contração, no período expulsivo, durante pelo menos 60 segundos (RCOG, 2001;2014; ACOG, 2005; SOGC, 2002). A cardiocotografia (CTG), quando a FCF é registada eletronicamente, permite a monitorização fetal contínua. As desvantagens da CTG são a complexidade dos padrões da FCF, que dificulta a padronização e impede a livre deambulação materna, e o aumento do risco de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe (Alfirevic et al., 2010).

Segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2014), os fatores de risco que exigem a monitorização fetal eletrónica contínua são: problemas maternos (cesariana anterior, pré-eclâmpsia, gravidez pós-termo (> 42 semanas)); rutura de membranas prolongada (> 24 horas); trabalho de parto induzido; diabetes; hemorragia antepartum, outra doença médica materna; problemas fetais (restrição do crescimento fetal, prematuridade, oligohidrâmnios, gestações múltiplas, liquido amniótico meconial significativo, apresentação pélvica); fatores de risco intraparto (ocitocina, analgesia por via epidural, por 30 minutos durante o estabelecimento e após a administração de cada bólus de 10 ml ou mais); temperatura materna de 37,5 ° C em duas ocasiões, com 2 horas de intervalo, ou temperatura > 38 ° C; hemorragia vaginal no TP; e a pedido materno.

Um estudo de revisão sistemática com meta-análise, incluindo 12 ensaios clínicos comparando a auscultação intermitente com a CTG contínua, não encontrou diferença significativa na taxa de mortalidade perinatal, nem na frequência de paralisia cerebral, embora se tenha observado uma redução das crises epiléticas neonatais no grupo submetido à monitorização eletrónica, havendo um aumento significativo das cesarianas associado à CTG contínua e maior risco de parto vaginal instrumental (Alfirevic et al., 2010). Assim, as diversas sociedades internacionais sugerem que o uso rotineiro da auscultação da FCF por CTG contínua, para predição de resultados adversos, não é recomendada, uma vez que não melhora significativamente o prognóstico neonatal e aumenta a morbidade materna (Chalmers et al., 2009; OMS, 1996; 2003).

Os principais parâmetros observados na CTG são a FCF basal, acelerações espontâneas ou relacionadas a movimentos fetais, contrações uterinas e desacelerações precoces e tardias. O American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda a utilização do termo “frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora” em substituição ao termo “sofrimento fetal” por este ser impreciso e pouco específico. O diagnóstico de “sofrimento fetal” tem baixo valor preditivo positivo e associa-se com frequência ao

nascimento de RN em boas condições. Assim, a recomendação do colégio americano é de que, em vez de estabelecer o diagnóstico de “sofrimento fetal”, os obstetras descrevam o estado do feto como “não-tranquilizador”, ou seja, com um padrão de FCF em que se encontram desacelerações variáveis repetidas, desacelerações tardias, taquicardia ou bradicardia (ACOG, 2005).

Num ensaio clínico comparando os resultados neonatais da CTG na admissão (durante 20 minutos) *versus* auscultação da FCF intermitente, concluiu-se que o uso de rotina da CTG na admissão não melhorava os resultados perinatais (Impey et al., 2003; RCOG, 2014). Numa revisão da Cochrane (2012), não se encontrou nenhuma evidência de benefícios para o uso da CTG em mulheres de baixo risco na admissão em TP. Além disso, a probabilidade é que a CTG na admissão aumente a taxa de cesariana em aproximadamente 20%. Assim, não houve diferença no número de nascimentos vaginais instrumentados ou no número de RN que morreram durante ou logo após o parto entre mulheres submetidas a CTG na admissão e mulheres destinadas a auscultação intermitente. A realização de CTG na admissão foi associada a um aumento significativo da utilização de monitorização fetal contínua interna, e de colheita de sangue do escalpe fetal durante o parto. Não houve diferenças em outros resultados medidos, tais como rutura artificial das membranas, aumento da duração do TP ou o uso de analgesia por via epidural (Devane et al., 2012).

Durante este estágio, na fase latente do TP foi realizada a avaliação cardiotocográfica durante 30 minutos, em cada duas horas. Nos casos em que as parturientes tivessem recebido recentemente ocitocina e/ou prostaglandinas, a monitorização cardiotocográfica foi contínua, devido aos riscos que estes fármacos acarretam (hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina) (DGS, 2015). Na fase ativa do TP, realizou-se monitorização cardiotocográfica contínua externa, conforme o protocolo de serviço.

É particularmente importante que as intervenções não sejam implementadas sem clara evidência de que estas melhorem os resultados. Sob a epígrafe “conduta ativa do trabalho de parto”, incluem-se diversas medidas com o intuito de encurtar o TP, advogadas por O’Driscoll, em 1970 e com base em estudos observacionais como: o diagnóstico estrito do TP; a amniotomia precoce; a monitorização do progresso do TP; e a infusão de ocitocina (Hofmeyr, 2005).

Numa revisão sistemática, com o objetivo de avaliar a amniotomia para o encurtamento do TP, não houve nenhuma evidência de diferenças estatisticamente significativas em relação à duração do primeiro estadió do TP, satisfação materna e scores de Apgar ao 5º minuto. Porém, a amniotomia foi associada a uma tendência de aumento do

risco de cesariana. No entanto, não se observou consistência nos diversos estudos em relação ao momento da amniotomia durante o TP, em relação à dilatação cervical. Os revisores concluem que a amniotomia de rotina não deve ser recomendada, e que as evidências apresentadas na revisão sistemática devem ser apresentadas às mulheres para quem se oferece uma amniotomia, podendo ser úteis para a tomada de decisões em conjunto pela parturiente e prestador de cuidados (Smyth et al., 2010). As evidências científicas demonstram que o período de latência com este método é variável, elevando-se o risco de corioamnionite e prolapso ou compressão do cordão umbilical. Está contraindicada na apresentação alta e móvel, como também em cervicovaginites evidentes e na presença de doenças sexualmente transmissíveis que possam favorecer contaminações materno-fetais (como HIV e HPV). Este método auxilia na condução do TP, concomitante ou não com a ocitocina intravenosa, na vigência de distocias funcionais, mas deve ser desencorajado como método isolado para a indução do parto, por resultados imprevisíveis (Howarth et Botha, 2012; Bricker et Luckas, 2012).

Segundo a Federação das Associações de Parteiras Espanholas (FAME) (2008), a amniotomia só deve ser realizada perante a suspeita de um parto de evolução lenta, em que as medidas como mudança de posição, mobilização e deambulação, não tenham sido eficazes, tendo sido a conduta adotada neste estágio.

Na maioria dos casais, durante a experiência de TP e parto, um dos focos de atenção foi o de dor de dilatação cervical ou dor de período expulsivo (ICNP, 2011).

Métodos complementares de alívio da dor durante o TP são amplamente difundidos em todo o mundo, e existe uma grande variedade de técnicas não farmacológicas. Estas, de acordo com a OMS, devem ser privilegiadas durante a assistência ao TP, considerando-se como “práticas reconhecidamente úteis e que devem ser estimuladas” (OMS, 1996;2003).

Apesar disso, poucos métodos complementares têm sido submetidos a estudos científicos adequados. Num estudo de uma revisão sistemática, foram incluídas parturientes que utilizaram diferentes formas de tratamento para a dor (acupuntura, hipnose, audioanalgesia, aromaterapia, massagem e relaxamento). A hipnose mostrou-se efetiva em termos de reduzir a necessidade de métodos farmacológicos para alívio da dor, aumentando o grau de satisfação materna. Os efeitos promissores são uma maior oportunidade de parto vaginal e redução da necessidade de analgesia. A acupuntura também se associou a uma menor intensidade da dor e redução do uso de ocitocina. A eficácia de métodos como acupressão, aromaterapia, áudioanalgesia, relaxamento e massagem não foi ainda estabelecida, sendo necessários ensaios clínicos randomizados

para avaliação dessas terapias complementares para alívio da dor, durante o TP (Smith et al., 2010).

Deve-se considerar que o suporte contínuo intraparto e as posições verticalizadas durante o parto também se associam à redução da dor e a maior grau de satisfação materna, como já demonstrado em revisões sistemáticas (Hodnett et al., 2010).

Também a imersão em água em banheiras ou similares durante o trabalho de parto tem sido investigada como um método de promoção de relaxamento e alívio da dor. Numa revisão sistemática, os autores referem que a imersão em água associou-se à redução no uso de analgesia e redução no relato de dor, sem prejudicar a duração do TP, as taxas de partos cirúrgicos ou o bem-estar neonatal. Assim, as evidências disponíveis sugerem que a imersão em água durante o TP pode ser benéfica para as mulheres, mas a temperatura da água dever ser cuidadosamente controlada, para evitar aumento da temperatura corporal. Os locais que pretendam oferecer este tipo de método de alívio de dor têm de estabelecer rigorosos protocolos para as mulheres, manter a água limpa, ter protocolos de controlo de infeção, monitorizar a parturiente e o feto com periodicidade adequada durante a imersão, e garantir assistência imediata e segura para retirar a puérpera da imersão em água se surgirem complicações maternas ou fetais (Cluett et Burns, 2010). No CHSJ existe um quarto que oferece oportunidade à mulher que queira estar dentro de água durante o primeiro estadio do TP, contudo não se teve oportunidade de prestar cuidados neste âmbito.

Após o processo de diagnóstico, foram planeadas intervenções no âmbito da gestão farmacológica e/ou não farmacológica da dor de TP. De acordo com o desejo e a vontade da parturiente informou-se sobre os vários métodos não farmacológicos de alívio da dor, tendo-se utilizado a imaginação guiada, a massagem, os exercícios respiratórios e a musicoterapia. Frequentemente verificou-se que as parturientes recorreram à analgesia por via epidural, como método farmacológico de alívio da dor. Nestas situações, ofereceu-se informação sobre este método. Foi administrado soro fisiológico com glicose 1000 ml e.v. ao ritmo de 100 ml/ hora, monitorização cardiotocográfica contínua e posição de decúbito lateral obrigatório, conforme o protocolo do serviço. No entanto, segundo as guidelines da NICE (2014), deve-se realizar cardiotocografia contínua durante pelo menos 30 minutos durante o estabelecimento de analgesia regional e após a administração de cada bólus de 10 ml ou mais, e incentivar as mulheres com analgesia regional para se moverem e adotarem qualquer posição vertical que lhe seja confortável durante o TP. Vigiam-se os seus efeitos secundários: hipotensão materna, tremores intensos com incidência de 30%, prurido, sensação de peso corporal, aumento da temperatura nos

membros inferiores, náuseas, vômitos, retenção urinária, complicações hemorrágicas (hematoma epidural, subdural, angiomas que podem provocar compressões medulares) e neurológicas (Graça et al., 2008). Alguns dos efeitos que mais se observaram em estágio, decorrentes da administração de analgesia por via epidural foram: náuseas, vômitos, tremores intensos, retenção urinária e hipotensão materna.

Existe consenso atualmente de que, se algum método farmacológico for indicado para alívio da dor durante o TP, a analgesia por via epidural ou técnica combinada (raquidiana e epidural) deve ser empregada preferencialmente em relação ao uso de opioides sistêmicos ou analgesia inalatória. A técnica ideal para a analgesia de parto deveria ter mínima ou ausente transferência placentária, ausência de efeitos sobre o fluxo sanguíneo uteroplacentário, efeitos mínimos e reversíveis sobre o feto e neonato, ausência de efeito ocitócico ou tocolítico e ausência de bloqueio motor (Anim-Somuah et al., 2010).

Numa revisão sistemática da Cochrane sobre analgesia de parto, compara-se a analgesia por via epidural com a não-peridural (geralmente meperidina) ou ausência de analgesia durante o TP. O uso de analgesia por via epidural esteve associado ao alívio significativo da dor, mas também ao aumento da duração do segundo estágio do TP, a maior necessidade de ocitocina e a taxas mais elevadas de parto instrumental. A duração do primeiro estágio do TP foi maior no grupo que recebeu analgesia por via epidural, porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Não se verificou aumento do risco de cesariana, cefaleia e scores de Apgar menores que 7 ao 5º minuto, e a satisfação materna foi inalterada (Anim-Somuah et al., 2010). A analgesia por via epidural fornece o alívio da dor mais significativo que outras formas de analgesia. O aumento relativo na duração do TP não parece afetar adversamente os desfechos perinatais. Deve ser uma decisão clínica, se o aumento da duração do período expulsivo representa um prolongamento, indicando parto instrumental. A decisão de receber analgesia por via epidural deve, portanto, ser tomada em comum acordo da mulher com o médico assistente, o que aconteceu durante este estágio.

Durante o TP realizou-se apoio contínuo às parturientes, contribuindo para um dos focos dos cuidados de enfermagem, o conforto (ICNP, 2011). O tratamento de suporte durante o TP envolveu o apoio emocional, medidas de conforto (tais como: a luminosidade da sala; a higiene; e a temperatura ambiente), informação sobre a evolução do TP, sobre o bem-estar fetal e sobre as atividades realizadas. As parturientes foram tratadas respeitosamente, transmitiu-se segurança e profissionalismo, e facilitou-se a presença do acompanhante escolhido. Foram dadas respostas com prontidão, respeitou-se a intimidade

dos casais e fomentou-se a participação na tomada de decisões. Após o nascimento, incentivou-se o contacto com o RN e ofereceu-se ajuda no início do aleitamento materno.

Nas últimas décadas, com as mulheres a serem assistidas em hospitais durante o TP, o apoio contínuo tem sido uma exceção. A preocupação com a conseqüente desumanização nas experiências do parto tem levado à intenção de voltar a implementar o apoio contínuo a cargo das mulheres para as mulheres em TP (Hodnett et al., 2013).

Segundo uma revisão sistemática da Cochrane, o apoio contínuo pode melhorar os processos de TP fisiológicos, bem como a sensação de controlo e a competência da mulher, e, assim, reduzir a necessidade de intervenção obstétrica. As mulheres que receberam apoio contínuo durante o TP, tiveram maior probabilidade de ter um parto eutócico. Além disso, as mulheres foram menos propensas a usar medicamentos para a dor, estavam mais satisfeitas, e tiveram um TP ligeiramente mais curto. Os seus RN foram menos propensos a ter scores baixos de Apgar ao 5º minuto, não tendo sido identificados efeitos adversos. Em comparação com as mulheres que não tiveram nenhum acompanhante durante o TP, nas mulheres que tiveram o apoio de um membro da família ou um amigo escolhido, parece ter havido um aumento da satisfação com as suas experiências de parto (Hodnett et al., 2013).

Estudos observacionais têm sido conduzidos com o intuito de avaliar os desfechos maternos e perinatais, de acordo com a duração do período expulsivo, em primíparas e multíparas. Num estudo retrospectivo realizado na Califórnia, observou-se que a duração do período expulsivo não se associou a um aumento do risco neonatal, em primíparas. Porém, uma duração maior que três horas elevou a morbidade materna (coriomionionite, endometrite, lacerações perineais e hemorragia pós-parto), o risco de cesariana e o parto instrumental (Cheng et al., 2004). Nas multíparas, verificou-se um aumento tanto da morbidade materna como das complicações neonatais, com maior risco de scores de Apgar menores que 7 ao 5º minuto e a admissão em UCI neonatal (Cheng et al., 2007).

A atuação durante o segundo estadio de TP, necessitou de conhecimento para distinguir quando intervir face a período expulsivo prolongado. Para esses critérios contribuíram a avaliação das condições maternas e a auscultação fetal, porque a exaustão materna ou padrões anómalos de frequência cardíaca fetal influenciam a conduta obstétrica. De acordo com todas essas variáveis a serem consideradas, pode-se esperar um parto espontâneo, intervenção com aplicação de fórceps ou ventosa, ou, ainda, indicação para uma cesariana. A tomada de decisão clínica diante de um segundo estadio do TP não foi ainda contemplada em ensaios clínicos randomizados de boa qualidade. Até que esses estudos sejam conduzidos, a conduta no período expulsivo prolongado dependerá da

experiência, da habilidade e do julgamento do profissional de saúde e das características e expectativas das parturientes (Cheng et al., 2007).

Segundo a NICE (2014), para uma mulher nulípara o nascimento deve ocorrer em três horas após o início do segundo estadio, e deve-se diagnosticar como atraso no segundo estadio do TP quando este durou duas horas. Para uma mulher múltipara, o nascimento seria esperado ocorrer em duas horas após o início do segundo estadio do TP, e deve-se diagnosticar como atraso no segundo estadio do TP quando este durou uma hora.

A posição de decúbito dorsal tem sido usada no segundo período do TP, apesar da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição, conforme já foi referido. No entanto, existem posições alternativas que podem trazer benefícios para o parto: a posição lateral (Sims); a vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras ou ajoelhada); e de quatro apoios (Gupta et Hofmeyr, 2010).

Uma revisão sistemática apontou que as posições verticalizadas ou a posição lateral associaram-se a redução da duração do segundo estadio do TP, a redução de padrões anómalos da FCF, bem como a redução de relatos de dor grave e episiotomias. Ocorre, no entanto, maior perda de sangue estimada (acima de 500 ml), sem repercussões clínicas consideráveis. O uso de posições verticais para o segundo estadio de TP confere vários benefícios, incluindo uma redução na duração do mesmo, menos nascimentos instrumentados e menos episiotomias, embora a perda de sangue seja maior (De Jonge et al 2004; Gupta et al., 2004).

Durante o estágio realizado, encorajou-se as mulheres a parirem na posição que lhes fosse mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não-supinas (Gupta et Hofmeyr, 2010; NICE, 2014). Verificou-se que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado às mulheres em TP precisam de ser pró-ativos em demonstrar e incentivar posições diferentes em TP (RCM, 2010).

As posições de parto também podem ter um impacto psicológico sobre a experiência das mulheres em TP, sendo que ser capaz de encontrar uma posição confortável pode influenciar a sensação de controlo (De Jonge et Lagro-Jansenn, 2004; Green e Baston, 2003; Green et al., 1990).

Um dos focos da atenção em TP foi a fadiga (ICNP, 2011). Existem duas atitudes quanto ao momento em que a mulher deve iniciar os puxos: pedir á mulher que comece a puxar aos 10 cm de dilatação cervical, sendo que este método carece de mais investigação científica (Roberts, 2002); ou esperar que a apresentação fetal desça passivamente até que a mulher sinta a presença do reflexo de Ferguson (um forte impulso para puxar), encorajando-a a seguir os seus instintos. Recomendou-se às parturientes o segundo

método, sendo que o primeiro apresenta efeitos negativos tais como: desacelerações na frequência cardíaca fetal, e hipoxemia; aumento da fricção entre a apresentação fetal e a parede vaginal posterior; lesão dos músculos perineais e ligamentos uterinos; e maior incidência de partos instrumentados (Mayberry et al., 1999; Simpson et James, 2005; Sampsel et al., 2005; Schaffer et al., 2005).

Frequentemente verificou-se que as mulheres ficavam menos cansadas e com menos traumatismos perineais quando puxavam apenas após a descida da apresentação.

Não há nenhuma evidência para sugerir que as mulheres precisem de ser ensinadas quando e como puxar (NICE, 2014; Bloom et al., 2005; Sleep, 1990). A prática da respiração sustentada com o puxo dirigido pode ser prejudicial, devido a aumento da pressão intra-torácica, a diminuição do retorno sanguíneo das extremidades inferiores, a diminuição da pO₂ materna e aumento da pCO₂ e a diminuição da perfusão sanguínea da placenta (Prins et al., 2011; Cooke, 2010; Yildirim et Beji, 2008; Thomson, 1993). Assim, foi dada confiança às mulheres para seguir o seu próprio desejo de puxar.

O uso do puxo dirigido usando a manobra de Valsalva (respirar fundo, manter o ar e puxar com a glote fechada) carece de evidência científica, e há muitos estudos que consideram compromisso fetal associado com esta prática, devido à redução da pressão arterial materna e a oxigenação do sangue materno (Cooke, 2010; Roberts, 2002; Thomson, 1993). Há também algumas evidências que sugerem que o puxo dirigido enfraquece a função do assoalho pélvico (Prins et al. 2011; Schaffer et al., 2005). Um estudo randomizado de Yildirim et Beji (2008), comparou o puxo livre com o puxo dirigido, relatando que o segundo estadio de TP foi significativamente maior no grupo das mulheres que recorreram ao puxo dirigido. As mulheres do grupo que utilizou o puxo espontâneo estavam mais satisfeitas.

Neste sentido, encorajou-se a mulher a seguir as diretrizes do seu próprio corpo, em vez de buscar orientação (NICE 2014; Roberts, 2002; Grant, 1987). No entanto, por vezes, orientou-se para o puxo dirigido, nas situações em que as parturientes não tinham percepção das contrações uterinas, nem do reflexo de Ferguson, devido ao uso da analgesia por via epidural.

Teve-se atenção à linguagem usada, especialmente quando se apoiou as mulheres no segundo estadio de TP. McKay et al. (1990), estudou os pontos de vista das mulheres no segundo estadio do TP, verificando que as instruções dos prestadores de cuidados comumente não pareciam estar em sincronia com as respostas fisiológicas. Este estudo investigou principalmente os sons maternos feitos durante o parto, e concluiu que a regra

"sem barulho", muitas vezes invocada no hospital, não é útil nem para as parturientes, nem para os seus cuidadores. Os sons da mulher devem ser esperados e apoiados.

Relativamente à manobra de Kristeller ou pressão no fundo uterino, esta prática não foi recomendada nem realizada por não haver uma clara evidência para a sua recomendação. A sua utilização pode ser prejudicial para o útero, períneo, feto e acarretar morbidade para a mulher (OMS, 1996).

Durante o período expulsivo, a monitorização fetal ocorreu de acordo com várias diretrizes, através da auscultação cardíaca fetal intermitente, imediatamente após a contração uterina durante pelo menos 1 minuto, a cada 5 minutos. Palpou-se o pulso das mulheres a cada 15 minutos, para diferenciar entre as duas frequências cardíacas (NICE, 2014).

A episiotomia foi inicialmente proposta com o objetivo de facilitar o parto, reduzindo o trauma perineal. Entretanto, a sua realização de rotina não pode ser recomendada, uma vez que existem várias evidências de que não é necessária e de que pode ser prejudicial (Carvalho et al., 2010).

Numa revisão observou-se que, comparada à episiotomia de rotina, a episiotomia seletiva (com indicação precisa) esteve associada a menos trauma perineal grave, menor necessidade de suturas, menos complicações na cicatrização e mais trauma perineal anterior. Não houve diferença na frequência de trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária ou dor intensa. Recomenda-se que a episiotomia não seja realizada rotineiramente (Carroli et Mignini, 2010).

A recomendação atual da OMS não é de proibir a episiotomia, mas de restringir o seu uso, porque, em alguns casos, pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi a taxa encontrada num ensaio clínico randomizado inglês, sem associação com riscos maternos ou neonatais (OMS, 1996; 2003). Como todos os procedimentos cirúrgicos, a episiotomia só deve ser realizada com o consentimento pós-informação da parturiente.

As indicações para realização de episiotomia são: o parto operatório; o parto pré-termo; o parto pélvico; a macrossomia; ou a ameaça de rutura perineal grave (Carroli et Mignini, 2010).

As recentes diretrizes do ACOG (2006), estabelecem que os melhores dados disponíveis não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. A decisão de realizar ou não uma episiotomia deve ser individualizada.

Quando realizada a episiotomia, a episiorrafia deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada com menos dor no pós-parto imediato do que a sutura separada, sendo

que os efeitos a longo prazo não são claros. O uso de material de sutura absorvível é preferível por provocar menos dor. Essas mesmas técnicas são recomendadas para a períneorrafia (Kettle et Johanson, 2010).

Segundo a NICE (2014), se a episiotomia for realizada, a técnica recomendada é mediolateral direita com origem na fúrcula vaginal. O ângulo com o eixo vertical deve ser entre 45 e 60 graus. As indicações para a sua realização são a ocorrência de uma necessidade clínica, tal como o parto instrumental ou suspeita de comprometimento fetal.

Segundo uma revisão da Cochrane, quanto à realização da episiotomia mediolateral ou mediana obtiveram-se os mesmos resultados, e por isso recomendam que seja realizada a técnica mais conhecida pelo profissional que assiste ao parto (Carroli et Mignini, 2012).

A realização de episiotomia foi ao encontro das recomendações acima mencionadas, não tendo sido feita por rotina, e quando realizada a técnica foi mediolateral. Quanto à episiorrafia a técnica de sutura foi a contínua, com fio de sutura absorvente. Todas as parturientes a quem se realizou episiotomia, estavam sob efeito de analgesia por via epidural, pelo que não houve necessidade de proceder a analgesia local, no nervo pudendo. No entanto, antes da realização da mesma procedeu-se ao teste de eficácia da analgesia.

Diversas técnicas têm sido propostas para proteção perineal, incluindo a massagem perineal intraparto, a técnica de flexão, a manobra de Ritgen, o uso de compressas mornas e a técnica de *hands on* e *hands off* (conduta ativa de proteção do períneo e a conduta expectante até à saída espontânea dos ombros).

Numa revisão sistemática, não se evidenciou qual a melhor manobra para prevenir o trauma perineal (Eason et al., 2000). Outros ensaios clínicos randomizados, que avaliaram a aplicação de compressas quentes, massagens com lubrificante, estratégias *hands on* e *hands off*, não encontraram diferenças significativas na frequência de lacerações. A recomendação é que a decisão de se utilizar ou não essas técnicas, deve ser tomada pelas mulheres em conjunto com o profissional que assiste ao parto, com base no conforto materno. Por outro lado, evitar a episiotomia e o parto instrumental, são os fatores que realmente se demonstraram efetivos para aumentar a integridade perineal (Albers et al., 2005; de Souza Caroci da Costa et al., 2006).

Segundo uma revisão da Cochrane, a aplicação de compressas mornas no períneo é eficaz para evitar lacerações (Aasheim et al., 2012).

Segundo as recomendações da NICE (2014), não se deve realizar massagem perineal na segunda fase do TP, e as técnicas de *hands on* ou *hands off* podem ser usadas para facilitar o parto espontâneo.

A massagem perineal pré-natal realizada pela grávida ou pelo seu parceiro, no terceiro trimestre da gravidez, é uma abordagem eficaz para reduzir o trauma perineal entre as mulheres que tiveram um parto vaginal anterior (Beckmann et Garrett, 2006).

Deve ser oferecida a aplicação de compressas mornas no segundo estagio de TP, pois isso pode reduzir o trauma perineal e a intervenção é bem aceita para ambos, mulheres e profissionais da saúde (Aasheim et al., 2011).

Os estudos são inconclusivos sobre o uso de orientação ou flexão da parte da cabeça que se apresenta com o objectivo de reduzir o trauma perineal (Aasheim et al., 2011; Pirhonen et al., 1998; Myrfield, 1997).

O trauma perineal é altamente associado com a dor perineal e a dispareunia, sendo a dor perineal um dos sintomas mais comumente relatados no período pós-natal, e que pode persistir. Outros fatores de risco para a dor perineal incluem o modo de nascimento e a primiparidade. Há alguma evidência para sugerir que a gravidade da lesão perineal está ligada à severidade da dor no períneo (Macarthur et Macarthur, 2004).

Brancato et al. (2007), conduziram uma meta-análise em que tinham comparado resultados da descida passiva da apresentação e início do puxo dirigido aos 10 cm de dilatação, em mulheres com analgesia por via epidural eficaz. Não houve diferenças na taxa de laceração ou realização da episiotomia perineal.

Outras técnicas para evitar o trauma perineal, incluem a orientação ou técnicas de suporte (Pirhonen et al., 1998; Myrfield, 1997). Estas incluem a manobra de Ritgen, reduzindo o diâmetro de apresentação da cabeça do feto através da abertura vaginal (Myrfield, 1997). A técnica envolve a manutenção da flexão da cabeça fetal emergente, exercendo pressão sobre o occipital para baixo, em direção ao períneo (evitando a sua expulsão desmedida) e o apoio do períneo, colocando uma mão contra o mesmo (Mayerhofer, 2002; Myrfield, 1997). É requerida evidência do benefício dessas intervenções sobre o trauma perineal e outros resultados relevantes.

Numa revisão da Cochrane, a imersão em água durante o parto ou nascimento não foi associada a uma redução no trauma perineal (Burns et Cluett, 2009).

A conduta para evitar o trauma perineal, durante o estágio, foi a de proteção do períneo através da manobra de Ritgen, aquando da expulsão da cabeça fetal.

Após a saída da cabeça fetal, a parturiente foi instruída a não continuar os esforços expulsivos, e foi pesquisada a existência de circulares do cordão umbilical. Quando existiram circulares largas à volta da cabeça fetal, e estas passaram sobre a mesma, as restantes manobras do parto foram realizadas (libertação do ombro anterior e posterior e

do corpo). Quando se esteve na presença de circulares apertadas, foi realizada a laqueação prévia e imediata e secção do cordão umbilical (Cunningham et al., 2013).

Os cuidados ao RN devem envolver uma manipulação suave e evasão de ruído excessivo (Carbajal, 2003; Tyson, 1992).

Os RN podem perder calor de forma bastante dramática após o nascimento (Resuscitation Council, 2011; Enkin et al., 2000). Por esse motivo foram colocados em contato com a pele da mãe e secados em lençóis pré-aquecidos (Moore et al., 2009; Christensson et al., 1992).

A aspiração oral e nasal do RN por rotina não é recomendada, não tendo sido realizada, pois este é capaz de absorver grandes quantidades de líquido amniótico (Resuscitation Council UK, 2011). Os perigos potenciais de aspiração de líquido amniótico incluem: arritmias cardíacas; laringoespasma; e vasoespasmo da artéria pulmonar (Tyson, 1992). A aspiração rotineira da boca e nariz, não é necessária num RN a termo, que respira espontaneamente ou chora, que tem tónus muscular adequado e líquido amniótico claro. Também não se recomenda a aspiração das vias aéreas logo após o desprendimento do pólo cefálico, em casos de líquido amniótico meconial, uma vez que ensaios clínicos randomizados demonstraram que essa medida não reduz a incidência de síndrome de aspiração meconial (Vain et al., 2004). A conduta adotada na prática clínica foi a aspiração orotraqueal nos casos de líquido amniótico meconial, após a expulsão fetal.

O contato precoce entre mãe-bebé foi incentivado (Moore et al., 2009; Enkin et al., 2000; NICE, 2014). Esse contato próximo é conhecido por ter efeitos positivos sobre o início e a duração da amamentação, e em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória (Bramson et al., 2010; Moore et al., 2009; 2010; 2012; Colson et al., 2008; Anderson et al., 2004; Perez-Escamilla et al., 1994). No planeamento dos cuidados também foi foco da atenção a ligação mãe/pai- filho (ICNP, 2011). Nesse sentido, após o nascimento do RN, assim que este iniciou a respiração espontânea regular, foi colocado sobre o abdómen materno, mesmo antes do corte do cordão umbilical. Foi também dada oportunidade ao pai/ acompanhante de ajudar nos cuidados imediatos ao RN.

As práticas rotineiras da sala de partos não devem interferir com a interação entre a mãe e o seu bebé e o início da amamentação (NICE, 2007). As mães devem ter apoio na primeira mamada do seu filho (Dyson et al., 2006; Renfrew et al., 2000). Estas devem ser ajudadas a atingir uma posição confortável para amamentar o RN (RCM, 2002). O departamento de Saúde “Healthy Child programme” (2009), recomenda 24 horas de alojamento conjunto e contínuo contato pele-a - pele, sempre que possível. Afigura-se adequado para garantir a privacidade e incentivar a primeira mamada, que esta ocorra

enquanto a pessoa de suporte da mulher esteja presente. Pais/ parceiros devem ser encorajados para ficar durante a noite, sempre que possível, se as mães o solicitaram (Enkin et al., 2000), o que não aconteceu durante o estágio por ainda não estar autorizada a pernoita no CHJS.

A administração de vitamina K, IM, exigiu o consentimento informado, bem como a explicação e a educação quanto à hemorragia por deficiência de vitamina K e os seus sinais e sintomas (NICE, 2006; MIDIRS, 2008). Numa revisão, pretendeu-se determinar a eficácia da vitamina K administrada oralmente em comparação com a via intramuscular na prevenção da doença hemorrágica do RN, concluindo que há provas suficientes para sustentar a eficácia de uma única dose intramuscular de vitamina K, para prevenir a doença. No que respeita à via oral, os resultados são inconclusivos, pois os estudos utilizam indicadores bioquímicos, que não podem ser correlacionados com o estado de coagulação real do RN, devido à falta de evidências científicas (Martín-López, et al., 2011).

A avaliação inicial e o exame físico e neurológico do RN foram feitos no momento do nascimento e nas primeiras horas de vida (NICE, 2006; RCM, 2006), e incluíram a avaliação da adaptação fisiológica à vida extra-uterina (índice de APGAR): frequência cardíaca; cor; irritabilidade reflexa; esforços respiratórios; e tónus muscular (Resuscitation Council, 2011). O exame do RN foi sempre levado a cabo na presença da mãe, e se possível, na presença do pai, após a obtenção do consentimento, e foi acompanhado da explicação abrangente de todo o processo, e posteriormente, registou-se os resultados (RCM, 2009; NICE, 2006; NHS, 2004).

Segundo a NICE (2014), deve-se avaliar o índice de Apgar rotineiramente ao 1º e 5º minuto em todos os nascimentos e registar o tempo desde o nascimento até o início da respiração regular. Não se deve colher amostras de sangue do cordão para gasimetria rotineiramente, e deve-se certificar de que existe um segundo clamp de holister em todos os nascimentos. Deve-se evitar a separação da mulher e do seu RN na primeira hora do nascimento para procedimentos pós-natais de rotina, por exemplo, pesar, medir e tomar banho, a menos que estes sejam solicitadas pela mulher, ou que sejam necessários para os cuidados imediatos do RN. É recomendado incentivar o início da amamentação logo que possível após o nascimento, idealmente dentro de 1 hora, registar o perímetro cefálico, a temperatura corporal e o peso ao nascer, logo após a primeira hora após o nascimento.

Diversos ensaios clínicos numa recente revisão sistemática, evidenciam os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical. Retardar em pelo menos dois minutos o corte do cordão umbilical promove uma transferência adicional de 20 a 30 ml/kg de sangue da placenta para o RN e associa-se a benefícios neonatais que se estendem durante a infância:

melhoria do hematócrito; melhoria da concentração de ferritina; e redução do risco de anemia. A clampagem imediata do cordão umbilical pode privar o RN de até 25% do volume circulante, especialmente se a respiração espontânea ainda não se tiver iniciado (Hutton et al., 2007).

Numa revisão sistemática com sete estudos que apresentam o tempo de clampagem máximo do cordão umbilical de dois minutos, observou-se que atrasar a clampagem do cordão umbilical de 30 a 120 segundos, em vez do clamp precoce, parece estar associado com uma menor necessidade de transfusão e menos hemorragia intraventricular (Rabe et al., 2010).

Segundo a ACOG (2012), a clampagem tardia do cordão umbilical tem benefícios comprovados para o RN pré-termo na redução de cerca de 50% de risco de hemorragia intraventricular, mas no que se refere aos RN de termo não há evidência científica para confirmar ou negar a sua clampagem tardia.

Uma abordagem mais liberal para atrasar a clampagem do cordão umbilical em RN a termo saudáveis deve ser garantida, em especial à luz da crescente evidência de que este atraso aumenta a concentração de hemoglobina e de ferro. A clampagem tardia do cordão é benéfica, desde que o acesso a fototerapia para tratamento para a icterícia esteja disponível, pois há um pequeno risco adicional de icterícia (McDonald et al., 2013).

Face às evidências enumeradas, durante o estágio, após o nascimento do RN, este foi envolto em lençóis previamente aquecidos, devido ao Risco de Hipotermia, estimulado durante a sua secagem e após o início da respiração regular foi colocado em contacto pele-a-pele com a mãe. Foi avaliado o índice de Apgar ao 1º e 5º minuto, foi realizada a clampagem do cordão umbilical após este parar de pulsar, nas situações em que o RN apresentou estabilização hemodinâmica. Foi incentivado o acompanhante da mulher a cortar o cordão umbilical, sempre que este assim o desejasse. Nos estudos de Brandão (2009) e Brandão et Figueiredo (2012), o corte do cordão umbilical contribuiu positivamente para o desenvolvimento da ligação pai-filho. Foi incentivada a amamentação na primeira hora de vida. No âmbito do foco desenvolvimento infantil, foi realizada a avaliação física do RN e a avaliação antropométrica, administrada a vitamina K (1mg, IM, no RN com mais de 1000g, e 0,5 mg, IM, no RN com menos de 1000g). Devido ao Risco de Infecção, o banho após o nascimento ocorreu sempre que o RN nasceu impregnado em mecónio, quando a parturiente foi portadora de Hepatite B, e foi aplicada pomada oftalmológica de cloridrato de oxitetraciclina a todos os RN, para prevenção de infeções oculares (Ayres de Campos et al., 2008).

Nos casos de RN filhos de mães diabéticas (FDM), foi diagnosticado o risco de hipoglicemia, sendo a glicemia plasmática determinada na segunda hora de vida (altura em que o risco de hipoglicemia é elevado, pois em condições normais o feto não produz glicose, iniciando-se a gluconeogenese após o nascimento, sendo que após a clampagem do cordão umbilical, a concentração de glucose diminui rapidamente), e posteriormente quando existiu risco acrescido de hipoglicemia (RN pré-termo, RCIU, GIG, LIG). Nos casos em que a glicemia foi satisfatória à segunda hora de vida, o risco de hipoglicemia foi considerado baixo quando a alimentação/amamentação se manteve adequada. O tratamento da hipoglicemia no RN FMD é idêntico ao de qualquer outro RN e depende da clínica – quando assintomática privilegia-se o aumento do aporte oral, reservando-se a terapêutica endovenosa para os RN sintomáticos ou quando a hipoglicemia se torna refractária, não tendo sido necessário recorrer à terapêutica endovenosa (Relatório de Consenso de Diabetes e Gravidez, 2011).

O terceiro estadio do TP, é o período que se inicia com o nascimento até ao dequite. A gestão ativa do terceiro estadio envolve um conjunto de cuidados que compreende os seguintes componentes: o uso rotineiro de fármacos uterotónicos; a clampagem precoce e corte do cordão umbilical; a tração controlada do cordão umbilical após os sinais de separação da placenta (hemorragia vaginal; sinal uterino em que a altura uterina sobe acima do umbigo 2 a 3 cm e o diâmetro transversal permanece cerca de 12cm; e o sinal de Krustner). A gestão fisiológica do terceiro estadio, envolve um conjunto de cuidados que inclui os seguintes componentes: não uso rotineiro de fármacos uterotónicos; clampagem do cordão quando parar de pulsar; e saída da placenta pelo esforço materno (NICE, 2014). O terceiro estadio de TP é diagnosticado como prolongado se não se completar em 30 minutos, quando se adota conduta ativa, e 60 minutos na conduta fisiológica (RCOG, 2007; NICE, 2014). As complicações do terceiro estadio do TP são a importante causa de mortalidade materna por todo o mundo. O grau de perda sanguínea, depende da rapidez de separação da placenta da parede uterina e da contração da musculatura uterina. A principal complicação associada ao terceiro estadio de TP é a hemorragia pós-parto, tendo sido identificado, por este motivo, o diagnóstico de enfermagem de risco de hemorragia.

Um conjunto de intervenções, incluindo o uso de ocitocina (10 UI por via intramuscular), ergometrina (0,5 mg intramuscular), massagem uterina, clampagem imediata do cordão umbilical e tração controlada do cordão umbilical, têm sido propostos para a conduta ativa, com o objetivo de reduzir a duração do terceiro estadio do TP e prevenir a hemorragia pós-parto. Diferenciar a efetividade de cada medida isolada, ainda é um desafio, porém, estão disponíveis várias revisões sistemáticas sobre esse assunto

(Soltani et al., 2010; Prendiville et al., 2010; Cotter et al., 2010; McDonald et al., 2010; Liabsuetrakul e tal., 2010; Gülmezoglu et al., 2010).

A clampagem precoce do cordão umbilical não é recomendada, conforme já mencionado, uma vez que as evidências recentes comprovam os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical para o RN (Hutton et Hassan, 2007; Rabe et al., 2010). Alternativamente, a drenagem espontânea do sangue do cordão umbilical (sem clampar a extremidade materna) foi avaliada numa revisão sistemática, associando-se a uma redução do terceiro estadio do TP em torno de 6 minutos e significativa redução de retenção placentária (Soltani et al., 2010).

Segundo Prendiville et al. (2010), em relação à conduta ativa do terceiro estadio do TP, evidenciou-se uma redução da perda sanguínea no parto e de hemorragia pós-parto maior que 500 ml e redução da sua duração (em torno de 10 minutos), porém, ocorreu um aumento do risco de náuseas maternas, vômitos e aumento da pressão arterial ligados ao uso da ergotamina. Os autores sugerem a adoção da conduta ativa em partos hospitalares, porém, o risco de náuseas e vômitos maternos com a ergotamina precisam ser considerados. A NICE (2014), recomenda a gestão ativa do terceiro estadio do TP, porque está associada a um menor risco de hemorragia e/ ou transfusão de sangue pós-parto.

Fahy et al. (2010), conduziram um estudo de coorte retrospectivo comparando a gestão ativa com a gestão fisiológica numa maternidade terciária na Austrália. O estudo revelou um aumento da taxa de hemorragia no pós-parto, na gestão ativa, em comparação com a abordagem fisiológica. O estudo descreve a abordagem fisiológica como uma abordagem holística, que também inclui o contacto pele-a-pele, a vinculação, a amamentação e o incentivo à postura ereta para a saída da placenta (Hstie et Fahy, 2009).

O contacto da pele tem sido apontado como um fator contribuinte para reduzir a duração do terceiro estadio de TP (Marin et al., 2010). Outros autores propuseram que a redução da duração do terceiro estadio pode ser o indicador-chave na redução do risco de hemorragia pós-parto (Magann et al., 2005).

Cohain (2010), também sugeriu uma abordagem alternativa para o terceiro estadio de TP, que incorpora alguns dos elementos de Hastie et Fahy (2009), que descrevem na dequitação fisiológica: a mulher numa posição ereta durante 4 minutos para a saída da placenta, sem assistência. Reduzir a duração do terceiro estadio de TP proativamente, encorajando as mulheres a adotar uma posição ereta logo após o nascimento, pode ajudar a reduzir a perda de sangue, sem necessidade de recorrer a fármacos uterinos e tracção do cordão umbilical.

Durante o estágio, o terceiro estadio de TP envolveu uma gestão com abordagem ativa, à exceção do tempo de clampagem do cordão, conforme o recomendado pela mais recente literatura produzida sobre o tema. Foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: administração de 10 UI ocitocina e.v. ; extração placentária por tração controlada do cordão, após certificação do descolamento placentário; avaliação do globo de segurança de Pinard e hemorragia genital a cada 15 min nas primeira duas horas após o parto; massagem uterina; monitorização dos sinais vitais de 15/15 minutos, nas primeiras duas horas; e descida da cabeceira da cama pelo risco de hipotensão (Ayres de Campos et al., 2008).

Não existem evidências de efeitos benéficos na revisão manual da cavidade uterina no pós-parto, questionando-se a sua prática mesmo em casos de cesariana prévia (Perrotin et al., 1999; Silberstein et al., 1998). A revisão da cavidade uterina e a revisão instrumental do trajeto não fizeram parte dos cuidados ao parto, e só foram realizadas com indicações específicas, como no caso de hemorragia não-decorrente de hipotonia uterina, para afastar a possibilidade de restos placentários ou de membranas (OMS, 1996; 2003).

Realizou-se a profilaxia intraparto para Estreptococo do grupo B (EGB) em gestantes colonizadas (cultura entre 35 e 37 semanas) ou quando a cultura não foi realizada de rotina no pré-natal, na presença de fatores de risco (prematuridade, febre materna intraparto, tempo de rutura de membranas maior que 18 horas ou recém-nascido anterior afetado por EGB). Segundo Smaill (2010), a antibioticoprofilaxia é realizada com penicilina cristalina 5 milhões de unidades, seguindo-se 2,5 milhões de unidades por via intravenosa a cada 4 horas, até o parto. Esse esquema reduz significativamente o risco de sepsis neonatal precoce por EGB, porém a definição da melhor estratégia de prevenção depende da frequência de sepsis neonatal por EGB, que deve ser determinada em cada região ou serviço. No CHJS o fármaco utilizado foi a ampicilina 2g e.v, seguindo-se 1g de 4/4 horas até ao parto.

2.1 Enfermagem baseada em evidência na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina no parto na água

O parto na água é uma forma de nascimento, em que a mulher fica dentro da água durante o período expulsivo, com o propósito do feto nascer em meio na água. Este tema

ainda gera algumas controvérsias no que se refere à adaptação do RN à vida extra-uterina, assim sendo, surgiu a necessidade de recorrer à evidência científica acerca desta temática, com o intuito de uma melhor prática baseada na evidência (PBE).

Em contexto de estágio, após a proximidade com algumas grávidas questionando sobre esta temática, sentiu-se necessidade de aprofundar o tema “a adaptação do RN à vida extra-uterina no parto na água”, na busca da melhor evidência disponível, para uma melhor prática e aconselhamento clínico. Existe a necessidade de uma mudança de comportamento dos profissionais da saúde que prestam assistência nos hospitais, pois frequentemente assistiu-se a uma sucessão de rotinas e protocolos hospitalares, que dificultam o acesso a outros métodos não convencionais de parir, em meio hospitalar.

2.1.1 Prática baseada em evidência na enfermagem

O primeiro uso documentado do termo “baseado em evidência” é atribuído a Gordon Guyatt e ao Evidence Based Medicine Working Group, na década de 90. Estes autores descreveram a medicina baseada na evidência como um “novo paradigma para a prática médica”, defendendo que a evidência da pesquisa clínica deveria ser promovida acima da intuição, da experiência clínica não sistemática e da fisiopatologia. Na essência, qualquer coisa baseada na evidência, refere-se à utilização de informação válida e relevante com base em pesquisas na tomada de decisão, considerando, desta forma, que a enfermagem se baseia na evidência (Cullum et al., 2010).

Segundo Sacktt et al. (2004), os cuidados englobam uma variedade de intervenções e necessitam de apoio numa ampla gama de evidência baseada na investigação. Contudo, Craig e Smyth (2004), afirmam que os cuidados de enfermagem mobilizam uma vasta gama de bases de evidência, tais como: as ciências médicas; as ciências do comportamento; e as ciências sociais. Para considerar estes diferentes tipos de evidência, os enfermeiros devem avaliar criticamente a qualidade da investigação e devem ser capazes de respeitar e valorizar as diferentes metodologias.

Para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde deve-se ter por base a PBE, pois tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas”, ou seja, “não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito bem” (Craig et Smyth, 2004).

Quando não existe uma base sólida de evidência, o caráter da PBE deve fazer-nos refletir sobre o impacto do que estamos a fazer, em nome da saúde, e o porquê. A prática refletida é uma componente indispensável aos cuidados de saúde da PBE, ou seja, para uma boa prática profissional é importante refletir sobre os pressupostos considerados como certos e que orientam na prática do dia-a-dia, através dos quais avaliamos o impacto dos resultados das interações e intervenções nos doentes e comunidade (Craig et Smyth, 2004).

A mudança por vezes leva à resistência e a questões que conduzem ao conflito, contudo, a nossa prática clínica obriga-nos à busca em bases científicas e não em bases céticas e com falta de evidência científica.

Segundo Mendes et al. (2003), a enfermagem baseada em evidência pode ser definida como um processo que consiste em cinco etapas: a formulação de questões originárias da prática profissional; a revisão bibliográfica ou outros recursos relevantes de informações na busca das evidências; a avaliação das evidências, dos artigos selecionados, em relação à validade, generalização e transferência; o uso da melhor evidência disponível, habilidade clínica; e as preferências do cliente no planeamento e implementação dos cuidados e a avaliação dos resultados pelo enfermeiro em relação à sua própria prática.

Para uma correta adaptação destas cinco etapas, o enfermeiro necessita de adquirir competências relacionadas com a capacidade de análise crítica no contexto da prática, converter situações/problemas como foco de investigação, adquirir conhecimentos sobre metodologia de pesquisa, sobretudo, no âmbito do desenho do estudo, análise de confiabilidade, efetividade e custo/benefício, capacidade de associar os achados científicos ao seu contexto da prática e por fim, adquirir habilidade de implementação da mudança e da avaliação em modo contínuo na sua prática clínica (Domenico, 2003).

2.1.2 Adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina no parto na água

O parto na água foi relatado pela primeira vez por uma mulher francesa, em 1805 (Demirel et al., 2013). Este método foi popularizado por Michel Odent durante os anos 80, sendo agora um nascimento bem aceite. Este tipo de parto tem vindo a aumentar por todo o mundo, tornando-se mais atrativo para as mulheres que procuram experienciar um nascimento não intervencional (Menakaya et al., 2013).

O parto na água pode ser definido como o parto que envolve o completo nascimento do RN dentro de água (Menakaya et al., 2013).

Durante o parto, ocorre uma transição fetal-neonatal complexa, que permite ao RN respirar. No sistema circulatório fetal não existe praticamente corrente sanguínea pelos pulmões e pelo fígado, pois não há necessidade para tal. Após o nascimento é interrompida a pulsação no cordão umbilical, o que vai conduzir a um aumento da circulação nos órgãos vitais (Harrison 2002 cit. por Ros et Cur, 2009). Desta forma, a circulação fetal in útero é denominada por circulação em paralelo, e após o nascimento, com o encerramento do canal arterial, forâmen ovale e o ductos venoso, a circulação passa a ser feita em série, ou seja, da mesma forma que nos adultos.

Existem múltiplas e diferentes escolhas à disposição das grávidas no que se refere à maneira como querem que aconteça o nascimento dos seus filhos. As mulheres que pariram em meio na água referem-no como benéfico, relativamente à diminuição da dor e da necessidade de recorrer a analgesia (Ros et Cur, 2009).

Relativamente ao RN, nomeadamente à sua adaptação à vida extra-uterina, existem algumas dúvidas. Foi neste sentido que surgiu a necessidade de aprofundar a melhor evidência científica acerca da adaptação do RN à vida extra-uterina, para um melhor aconselhamento às mulheres grávidas que pretendam ter os seus filhos através do parto na água. Desta forma, pôde-se esclarecer/informar, com base na evidência científica, as gestantes/família dos prós e contras, aquando da tomada de decisão relativamente à adaptação do RN à vida extra-uterina no parto na água.

2.1.3 Definição da pergunta

A pergunta de partida, à semelhança do que acontece nas perguntas impulsionadoras de uma investigação, deve ser bem delineada. Com uma pergunta bem definida, evita-se perda de tempo, e aumenta-se a possibilidade de se ser específico nos âmbitos em que se pretende pesquisar (Dib, 2007).

Quando se identifica um problema torna-se mais fácil segui-lo com a ajuda de questões adequadas para identificar a evidência necessária para o resolver (ICN, 2012).

A busca da melhor evidência requer uma adequada definição da pergunta, com a criação de uma estrutura lógica para uma posterior pesquisa bibliográfica da evidência na literatura. Quando a pergunta é bem formulada, possibilita a definição correta de que evidências são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação da evidência nas bases de dados e evita a realização de buscas desnecessárias (Santos et al., 2007).

Atualmente existe uma vasta informação científica à qual todos nós temos acesso e que muitas vezes é contraditória, logo, é necessário saber selecionar essa informação. A melhor estratégia foi seguir o esquema de referência PICO (população, intervenção, comparação, outcomes/resultados) porque nos auxilia, orienta na construção da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica, permite que ao termos uma dúvida/questão, localizemos de uma forma aprimorada e rápida a melhor informação científica disponível (Santos et al., 2007).

Assim sendo, criou-se a seguinte tabela com as quatro componentes da estratégia PICO, juntamente com a pergunta de partida.

TABELA 1: Definição da pergunta segundo o esquema PICO

P (Paciente/População)	I (Intervenção)	C (Comparação)	O (Outcomes/Resultados)
Pode ser apenas um utente, um grupo de utentes com determinada condição, ou um problema de saúde.	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutico, preventivo, diagnóstico, prognóstico, administração ou relacionado com questões económicas.	Definido como a intervenção normal, a intervenção mais utilizada, ou nenhuma intervenção.	Resultado esperado.
RN	Parto na água	Parto Convencional	Melhor adaptação à vida extra-uterina

Fonte: Sackett et al., (1997)

Após a aplicação das estratégias PICO, chegou-se à pergunta: “O parto na água traduz-se numa melhor a adaptação do RN à vida extra-uterina em relação ao parto convencional?”.

2.1.4 Método de investigação

Recorreu-se ao MeshBrowser®, que permitiu reconhecer os vários descritores existentes na comunidade científica, bem como os vários sinónimos que poderiam ser úteis. Os descritores encontrados foram “*recém-nascido*”, “*newborn*”, “*neonato*” e “*infant*”. Não foram encontrados descritores relacionados com o parto na água nem parto convencional, no entanto, quando realizada a pesquisa bibliográfica, nas bases de dados, utilizaram-se estas palavras-chave para obter os artigos relevantes para responder à pergunta PICO.

Posteriormente, procedeu-se a uma busca sistemática da literatura através da plataforma EBSCOhost, na qual se incluíram as seguintes bases de dados: MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, Academic Search Complete e Library, Information Science & Technology Abstracts, assim como motores de busca de acesso livre, tais como Google Académico (Scholar.google.pt) e PubMed.

Uma vez selecionadas as palavras-chave, é necessário juntar aquelas listas para obter a combinação das componentes necessárias para uma questão (Crainig et Smith, 2004). Assim sendo, selecionaram-se as seguintes palavras-chave: “*water birth*” e “*newborn*”.

Para a pesquisa de evidência científica em motores de busca recorreu-se aos descritores e aos marcadores Booleanos AND, bem como, o símbolo “”, que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas, inserindo a frase: “*water birth*” AND “*newborn*”.

Definiram-se como critérios de inclusão: artigos experimentais de língua inglesa e portuguesa; textos completos relativos ao tema, com datas compreendidas entre 2010 e 2015; tipo de parto (imersão/ sem imersão); índice de Apgar ao 5º minuto (quando o RN é retirado da água); infeção neonatal; e internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Na pesquisa efetuada, obtiveram-se 51 resultados, sendo que destes

apenas 16 foram escolhidos, com base numa análise da introdução, palavras-chave já referidas e na conclusão dos mesmos, como se pode ver na tabela abaixo indicada. Dos 16 artigos e com base nos resultados obtidos, foram selecionados os artigos de melhor qualidade e pertinência científica, analisando-se apenas 5 que respondiam com evidência à pergunta PICO.

TABELA 2: Resultado da pesquisa dos artigos

Base de Dados	Resultados Obtidos	Artigos Analisados
CINAHL Plus with Full Text	24	4
MEDLINE with Full Text	14	6
Academic Search Complete	12	5
Cochrane Central Register of Controlled Trials	1	1

Segundo Craig et Smith (2004), existem diversos tipos de evidências nomeadamente as guidelines de prática clínica, as revisões sistemáticas, os relatórios de pesquisa, variando em qualidade e credibilidade, podendo por isso serem diferenciados em níveis de evidência e grau de recomendação. Assim sendo, o importante é ser capaz de avaliar a solidez da evidência de entre toda a publicação existente.

Tendo isto em conta, escolheu-se uma guideline do RCOG, uma revisão sistemática da literatura da Cochrane Library e três estudos analíticos de coorte, começando por analisar os de mais alto nível de evidência disponíveis, de acordo com Culum et al., (2010).

Uma guideline é um guia orientador para apoiar a tomada de decisão dos profissionais da saúde, para que os enfermeiros demonstrem a informação mais atualizada e fidedigna sobre um problema (Culum et al., 2010).

A revisão sistemática é um processo que consolida os achados de todos os estudos abordando a mesma questão de pesquisa. Estas proporcionam aos enfermeiros um resumo de todos os estudos metodologicamente sólidos, relacionados com um tópico específico (Culum et al., 2010).

A Cochrane Library é uma fonte rica em revisões sistemáticas de alta qualidade (Culum et al., 2010), e foi através desta que se obteve a revisão sistemática, podendo inferir a sua alta qualidade de evidência científica.

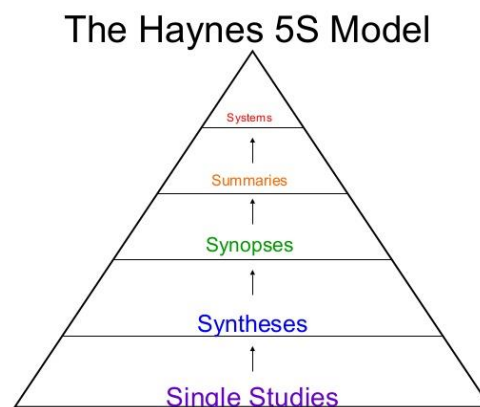
No estudo analítico de coorte, existe um ou mais grupos de comparação que recebem intervenções diferentes, ou nenhuma intervenção, sendo acompanhados para determinar

qual o grupo que apresenta o resultado de interesse. Neste tipo de estudo, os participantes são selecionados pelo profissional, sendo este tipo de estudo do mais baixo rigor científico (Culum et al., 2010).

Para obter o nível de evidência científica dos artigos selecionados, baseou-se na pirâmide dos “5S” de Haynes, pois esta permite identificar a melhor evidência atual. É uma estrutura hierárquica de cinco letras, com estudos originais na base, síntese (revisões sistemáticas), seguidas por sinopses de estudos (resumos estruturados de artigos e revisões), sumários, que são resumos de vários estudos sobre um tema e guias de prática clínica, e sistemas, que são programas inteligentes, computadorizados, de apoio à tomada de decisão clínica.

Dos artigos selecionados obteve-se um artigo de nível 2, um artigo de nível 4 e três artigos de nível 5, sendo os que melhor responderam à nossa pergunta PICO. Os restantes artigos analisados serviram para aprofundar os conhecimentos sobre a temática.

FIGURA 1: Modelo dos “5S”



Fonte: Haynes (2007)

2.1.5 Resultados

O primeiro estudo analisado é uma guideline, *“Immersion in water for labour and birth”*, RCOG (2012).

Segundo a RCOG, a imersão em água durante o parto não está associada a diferenças no tipo de parto, no índice de Apgar ao 5º minuto, na infecção neonatal e no internamento em unidades neonatais.

Duas pesquisas nacionais sugeriram que não havia nenhuma evidência de uma relação entre a morbidade e mortalidade neonatal e a imersão em água, durante o TP (Gilbert et Tookey, 1999; Alderdice et al., 1995). Referem que medidas de garantia de qualidade são importantes, e incluem a necessidade de verificação da qualidade da água da piscina, existência de protocolos para a limpeza da piscina, e de procedimentos de controlo de infecção.

Andersen et al. (1996), relataram menor morbidade infecciosa para as mulheres no parto com imersão, mas não para os RN, e outros estudos não relatam diferenças significativas para a mulher ou para o RN (Zanetti et Daellenbach, 2007; Forde et al., 1999; Eriksson et al., 1997; Schorn et al., 1993).

A hipertermia fetal tem sido associada com a hipoxia (Johnson, 1996; Rosevear et al., 1993) e, portanto, é importante evitar que as parturientes se tornarem febris. Esta afirmação resultou em recomendações para monitorizar a temperatura materna frequentemente. O aumento de um grau Celsius acima da linha de base é critério para interromper o uso da imersão em água (Charles, 1998).

A revisão de Johnson (1996), sobre a fisiologia respiratória sugere que, num *non-stressed* feto, é improvável que a respiração tenha início no pouco tempo em que a cabeça do RN está debaixo de água. Johnson não vê nenhuma razão para evitar que esta opção seja oferecida às mulheres. Esta opinião é corroborada pela pesquisa nacional do Reino Unido (Alderdice et al., 1995), onde os doze casos de mortalidade neonatal não foram considerados como sendo devidos ao uso de água, embora, como os autores apontam, a natureza retrospectiva da colheita de dados deve ser notada.

Um estudo informou que a mortalidade perinatal não é substancialmente aumentada quando o nascimento ocorre em água, em comparação com o nascimento fora da água, para as gestantes de baixo risco obstétrico (Gilbert et Tookey, 1999). Os dados foram comparados com nascimentos fora da água de outra série de nascimentos de baixo risco, no Reino Unido. Da mesma forma, a mortalidade perinatal e o risco de admissão a cuidados especiais para RN nascidos na água, foram semelhantes aos de nascimentos de baixo risco, fora da água.

Esta guideline conclui que o uso de água durante o parto e nascimento continua a ser uma área com limitada qualidade de evidência científica e necessita de mais estudos. No

entanto, a utilização de água estimula uma nova abordagem centrada no cuidado à mulher e é uma consideração importante em termos de escolha materna.

O segundo artigo analisado trata-se de uma revisão sistemática da literatura, "*Immersion in water in labour and birth (Review)*", Burnse et Cluett (2011), em Oxford Brookes University.

Os artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura foram selecionados através de pesquisas na Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register, de ensaios clínicos que comparavam o parto com imersão e o parto sem imersão, relativamente a formas não-farmacológicas de controlo da dor durante o TP, em mulheres com baixo risco de complicações. As participantes eram nulíparas ou múltíparas em TP, independentemente de IG. A seleção culminou num total de 11 estudos, 8 relacionados com o 1º estadio do TP, 1 relacionado com o 1º e 2º estadios do TP, outro relacionado com parto com imersão precoce *versus* tardia, e outro a cerca do 2º estadio do TP. Os resultados relataram que foram avaliados os *outcomes* neonatais em ambos os tipos de parto (imersão e sem imersão). Após comparação, não foram visíveis diferenças significativas no que se refere à mortalidade, à FC, ao líquido amniótico tingido com mecónio, à IG e ao peso ao nascimento, ao índice de Apgar ao 5º minuto, à admissão do RN na UCIN, à infeção, à amamentação, à necessidade de assistência respiratória e a lesões relacionadas com o parto. Não foram encontradas evidências de que este tipo de parto (de imersão) esteja associado a piores resultados neonatais e mais complicações no parto.

O terceiro artigo analisado, "*The effects of water birth on neonatal outcomes: a five-year result of a referral tertiary Centre*", Demirel et al. (2013), trata-se de um estudo analítico de coorte, realizado na Maternidade Terciária do Hospital da Turquia.

Os participantes foram 190 RN num total de 220, em que todos os que nasceram de um parto na água foram registados. Foram avaliados os fatores demográficos, as histórias clínicas das pacientes, as complicações do nascimento, a taxa de infeção e a taxa de RN que deram entrada numa UCIN. Os critérios de exclusão foram: restrição de crescimento intra-uterino; suspeita de patologia fetal cardíaca; líquido amniótico com mecónio; infeções maternas como hepatite B, C, HIV, ou infeção por herpes genital; macrossomia fetal; e história de distocia de ombros. Os critérios de inclusão foram: mulheres voluntárias; IG superior a 37 semanas; fetos adequados à IG; cardiotocograma reativo; líquido amniótico claro; e feto em apresentação cefálica. Os resultados salientaram que 6 dos RN (3.1%) foram admitidos numa UCIN com diagnóstico de infeção do trato respiratório. Os restantes RN (96,9%) foram avaliados como saudáveis. O estudo conclui que as percentagens obtidas estão relacionadas com as complicações do RN e a admissão destes numa UCIN foi

reduzida. O estudo também demonstra que o parto na água é seguro, sendo um método alternativo válido e promissor para o nascimento do RN, quando a água se mantém livre de fezes e há higiene da piscina. Quando os critérios relativos à água são mantidos, não se verifica maior risco de infecção neonatal, quando comparado com os partos convencionais.

O quarto artigo analisado, *“The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery”*, Mollamahmutoğlu et al. (2012), trata-se de um estudo analítico de coorte, realizado na UCIN do Hospital da Turquia, em 2011.

No estudo participaram 207 mulheres que tiveram o parto na água, 204 mulheres que tiveram o parto convencional e 191 mulheres que tiveram o parto convencional, mas que foram submetidas a analgesia por via epidural. Os critérios de inclusão do estudo foram: IG entre 37 e 42 semanas; sem história prévia de cesariana; sem rotura de membranas; ausência placenta prévia; feto em apresentação cefálica; ausência de gravidez gemelar; e os resultados normais nos testes de bem-estar fetal. Os critérios de exclusão foram: grávidas com fatores de risco.

O índice de Apgar ao 1º minuto <7 foi de 12 (23,1%) no parto na água e de 1 (1,5%) no parto convencional, enquanto o índice de Apgar ao 1º minuto ≥7 foi de 40 (76,9%) no parto na água e de 67 (98,5%) no parto convencional. O índice de Apgar ao 5º minuto ≥7 foi de 52 (100%) no parto na água e de 68 (100%) no parto convencional, ou seja, ao 5º minuto não houveram índices de Apgar <7. Conclui-se que ao 1º minuto o índice de Apgar <7 é ligeiramente mais elevado nos RN com parto na água, enquanto ao 1º minuto o índice de Apgar ≥7 é mais elevado no parto convencional. Porém, ao 5º, minuto não se verificam diferenças entre grupos. Relativamente aos internamentos na UCIN após o nascimento, 4 (7,7%) foram internados após o parto na água e 0 (0,0%) após o parto convencional, não tendo ocorrido mortes neonatais nem infecções neonatais, em ambos os partos.

Os autores deste estudo analítico de coorte concluem que o parto na água pode ser um método alternativo ao parto convencional (Mollamahmutoğlu et al., 2012).

O quinto artigo analisado, é um estudo analítico de coorte *“A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia”*, Menakaya et al. (2012), no Hospital de Bankstown, na Austrália.

Este estudo decorreu num período de 10 anos. Foram estudadas 438 mulheres férteis do Hospital de Bankstown, entre 2000 e 2009. Das 438 mulheres, 184 eram primíparas e 254 múltiparas, 219 mulheres tiveram os seus filhos por parto na água, e as outras 219 por parto convencional.

Os critérios de inclusão do estudo foram: mulheres consideradas de baixo risco; RN com apresentação cefálica; e com ≥ 37 semanas de gestação.

Os resultados relativos ao RN apontaram para um índice de Apgar ao 1º minuto > 7 de 194 (88,5%) no parto na água, e de 211 (96,0%) no parto convencional, enquanto o índice de Apgar ao 1º minuto ≤ 7 foi de 25 (11,5%) no parto na água e de 8 (4,0%) no parto convencional. Em relação ao índice de Apgar ao 5º minuto > 7 foi de 217 (99,0%) no parto na água e de 219 (100%) no parto convencional, enquanto o índice de Apgar ao 5º minuto ≤ 7 foi de 2 (1,0%) no parto na água, e de 0 (0,0%) no parto convencional.

O transporte para uma UCIN foi de 8 (3,5%) no parto na água e de 1 (0,5%) no parto convencional.

No parto na água, apesar de um índice de Apgar de 8 e 9 (1º e 5º minuto respetivamente), um dos RN foi admitido na UCIN, por apresentar dificuldade respiratória por aspiração de mecónio e outro por síndrome de dificuldade respiratória. Dos 4 RN que nasceram na água, 2 foram reanimados, 1 nasceu em apneia e com 2.560g, outro RN teve uma distocia de ombros, tendo sido admitidos na sala de observações.

O estudo de coorte conclui que existem mais RN com um índice de Apgar ≤ 7 ao 1º minuto, no parto na água, numa diferença de 7,5% comparativamente aos RN de parto convencional e que, ao 5º minuto não existem diferenças significativas. Todos os RN que nasceram de parto na água necessitaram de uma maior vigilância no berçário em relação aos RN por parto convencional. Contudo, a alta foi realizada ao mesmo tempo.

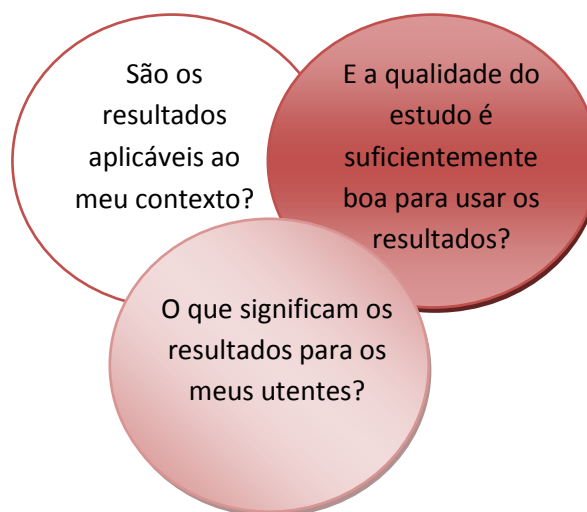
2.1.6 Análise crítico-reflexiva dos resultados

Nem toda a evidência publicada, resultante de investigação, pode ser utilizada para tomar decisões sobre os cuidados ao utente, porque deficiências no design da investigação podem fazer parecer uma intervenção melhor do que esta realmente é (Cook et Bellis, 2001; Campbell, cit. por Craig et Smith, 2004). Além do mais, a localização e os sujeitos do estudo de uma investigação particular podem afetar os resultados. Assim sendo, para responder a uma questão clínica específica, é importante apreciar a qualidade, a importância e a aplicabilidade de qualquer evidência pela investigação que está a ser consultada. Neste trabalho, a apreciação crítica consiste em responder a uma questão específica relacionada com a adaptação do RN à vida extra-uterina no parto na água. No

contexto da PBE, a análise crítica dos resultados consiste em decidir se a qualidade de um estudo de investigação é suficientemente boa para que os resultados obtidos possam ser utilizados para responder a uma questão colocada por um profissional da saúde (Craig et Smith, 2004).

A análise crítica da literatura pode ser dividida em três partes distintas, mas interligadas umas com as outras, como mostra a figura abaixo.

FIGURA 2: Análise crítica da literatura



Fonte: Adaptado de Newman e Roberts (2004)

Na apresentação dos resultados foram encontrados 3 estudos analíticos de coorte, 1 revisão sistemática da literatura e 1 guideline, com os seguintes níveis de evidência respetivamente nível 5, nível 4 e nível 2, segundo o modelo dos "5S" de Haynes (2007).

Respondendo à questão "A qualidade do estudo é suficientemente boa para usar os resultados?", pode-se dizer que se tratam de estudos com algum nível de evidência, principalmente pelo facto da guideline e da revisão sistemática da literatura serem muito valorizados na hierarquia da PBE.

Relativamente à questão, "os resultados se aplicam-se ao contexto?", pode-se afirmar que sim, porque nestes artigos são tratados os indicadores importantes para responder à pergunta PICO, como por exemplo: o índice de Apgar; as infeções neonatais; e os internamentos na UCIN. Após a análise, conclui-se que existem resultados semelhantes entre os vários estudos analisados.

Os 3 estudos analíticos de coorte concluem ambos, que, o parto na água documenta maior número de internamentos na UCIN, embora as diferenças estatísticas não sejam significativas. A guideline, não associa diferenças quanto a este critério nos dois modos de

nascimento. Este é um resultado importante, pois trata-se de um dos critérios considerados importantes para documentar a adaptação do RN à vida extra-uterina.

O índice de Apgar é outro indicador relatado em vários estudos. Os estudos analíticos de coorte concluem que ao 1º minuto o índice de Apgar <7 é mais elevado nos RN no parto na água, ou seja, a adaptação ao 1º minuto é maior nos RN provenientes de parto convencional. No entanto, ao 5º minuto não existem diferenças significativas no Apgar, nos dois tipos de parto. A revisão sistemática da literatura relata o mesmo resultado, pois documenta que não existem diferenças significativas nas restantes variáveis, incluindo índice de Apgar ao 5º minuto, contudo o índice de Apgar <7 ao 1º minuto é maior para os RN nascidos por parto na água. A guideline afirma não haver diferenças no índice de Apgar ao 5º minuto no parto na água quando comparado com o parto convencional.

Em relação às infecções neonatais, as conclusões dos documentos analisados são similares, pois a guideline e a revisão sistemática referem não haver diferenças nas infecções neonatais nos partos na água em relação aos partos convencionais.

É de salientar que quase todos os documentos analisados referem a necessidade de mais estudos com elevado nível de evidência nesta área, pois não existem fortes evidências nesta temática que corroborem uma melhor adaptação do RN no parto na água.

Em todos os documentos analisados os critérios de inclusão e exclusão foram muito semelhantes, daí a facilidade e veracidade em poder comparar os resultados obtidos entre eles.

A guideline, que é o segundo nível de evidência, segundo o modelo dos “5S” de Haynes (2007), conclui que a evidência para suportar o parto na água ainda não é muito clara.

A revisão sistemática da literatura e a guideline analisadas, referem não existirem diferenças significativas entre o parto convencional e o parto na água, assim sendo, não o desaconselham, até o reforçam dizendo que não existe evidência que associe piores resultados neonatais no parto na água.

Os estudos analíticos de coorte apontam algumas diferenças, como referenciadas no capítulo anterior, mas não desaconselham o parto na água.

Respondendo à última questão da figura 2, considera-se que não existem estudos suficientemente evidentes acerca da temática, sendo necessários mais estudos para uma melhor PBE, uma vez que se trata de um tema muito pertinente e cada vez mais atual na sociedade e cabe a cada profissional de enfermagem, nomeadamente aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, seguir-se pela PBE de forma a aconselhar as futuras mães.

2.1.7 Conclusão

O exercício profissional de enfermagem encontra-se em constante mudança, sendo que, cada vez mais os enfermeiros se esmeram para cuidar com qualidade. É fundamental a enfermagem acompanhar o desenvolvimento e a modernização de forma a prestar serviços de saúde centrados nas pessoas e baseados na evidência. A prática não deve ser baseada em convicções pessoais nem em tradições, mas sim, em evidências atuais que fundamentem e conduzam a um processo de tomada de decisão responsável e que se traduzirá em mais ganhos de saúde para os utentes e comunidade.

A análise da temática: “A adaptação do RN à vida extra-uterina no parto na água” foi realizada com o intento de avaliar se o parto com imersão em água/na água tem concordância com melhores *outcomes* para o RN, e de que forma isso alteraria as nossas intervenções enquanto enfermeiros especialistas, nomeadamente no fornecimento de informação aos futuros pais e na assistência ao parto. Para tal, foi feita uma seleção de 5 artigos científicos, escolhidos com base no nível de evidência e na relação com a temática.

Após este processo e análise dos artigos científicos, concluiu-se que há escassez de estudos de qualidade sobre o tema, sendo que grande parte da investigação existente sobre o parto na água é relacionada com a vertente materna, no controle da dor e não sobre os efeitos deste tipo de parto no RN. Contudo, os dados recolhidos apontam para a não diferenciação dos resultados para o RN quando comparados os dois modelos de parto (na água/na água e convencional). Os autores dos referidos estudos, consideram que deveria ser feita mais investigação sobre a temática, por se tratar, cada vez mais, de um parto de eleição.

3. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA NO PROCESSO DE AUTOCUIDADO E DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO

O puerpério é o período que tem início após o parto e termina seis semanas após o mesmo, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Este período divide-se em 3 fases: puerpério imediato – primeiras 24 horas; puerpério precoce – até ao final da primeira semana; e puerpério tardio – até ao final da sexta semana (Graça, 2010).

Durante este módulo, teve-se a oportunidade de prestar cuidados às puérperas durante o puerpério imediato e durante o puerpério precoce, nomeadamente até às 48 horas nas puérperas com parto eutócico ou distócico assistido (com recurso a ventosa), sem complicações associadas, e até às 72 horas nos partos distócicos por cesarianas (ACOG; AAP, 2007).

O acolhimento das puérperas e dos RN consistiu em recebê-los de modo afável, na unidade de puerpério, com os objetivos de facilitar a integração das puérperas no serviço, efetuar a avaliação inicial do estado físico e emocional das puérperas, efetuar a avaliação inicial do estado físico dos RN e avaliar necessidades em cuidados. Neste período de tempo as puérperas encontram-se no puerpério imediato. Estas são admitidas no serviço duas horas após o parto.

Procedeu-se à identificação das puérperas e dos RN, verificando o sexo dos RN, a clampagem do coto umbilical (para identificar precocemente o risco de hemorragia que é maior nas primeiras horas de vida), confirmou-se a existência da pulseira de identificação e colocou-se a pulseira electrónica, explicando a sua função.

Consultou-se o processo clínico das puérperas e dos RN, para conhecer os antecedentes pessoais relevantes, a história obstétrica, a história da gravidez atual, o tipo de parto, a ferida cirúrgica abdominal/perineal, se houve e qual a analgesia/anestesia, o grupo de sangue, o estado físico após o parto, a contração do útero, a hemorragia, a

eliminação vesical e a condição dos RN (hora de nascimento, sexo, peso, índice de Apgar, hora e características da primeira mamada).

Apresentou-se o serviço, quanto à sua estrutura física, nomeadamente, cama/armário, casa de banho, e aspetos funcionais como rotinas do serviço, horários de refeições e regime de visitas (Lowdermilk et Perry, 2008).

Relativamente às puérperas, os principais focos de atenção foram: recuperação, amamentação; ferida cirúrgica (quando existiu); e papel parental.

Foram avaliados os sinais vitais, nomeadamente a pressão arterial (PA) e a frequência cardíaca uma vez turno, a temperatura duas vezes turno, e a dor a cada contacto, segundo protocolo do serviço. No entanto, segundo a NICE (2014), na ausência de quaisquer sinais e sintomas de infeção, a avaliação por rotina da temperatura é desnecessária. Segundo a OMS (2013) relativamente à PA deve-se avaliar imediatamente após o parto e, se dentro dos parâmetros normais, a próxima avaliação deverá ser nas próximas 6 horas.

Até ao momento do primeiro levante das puérperas foi identificado o diagnóstico de enfermagem conforto alterado (ICNP, 2011), pelo facto de as utentes não poderem ir à casa de banho ou autocuidarem-se de forma independente, e assistiu-se no auto-cuidado relativamente ao uso do sanitário (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008; Demott, 2006). Foram executados os cuidados perineais com luvas limpas, lavando o períneo com água e sabão neutro, secou-se com compressas e colocou-se um penso higiénico absorvente (OE, 2011; Francisco et al., 2011). O penso higiénico absorvente era mudado a cada 4 ou 6 horas ou de acordo com o grau de saturação dos lóquios/perda sanguínea (OE, 2011; Graça, 2010; Demott, 2006; Francisco et al., 2011).

Pelo potencial de risco no processo vascular (ICNP, 2011), preveniu-se o tromboembolismo, que engloba a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), sendo que as puérperas foram incentivadas à mobilização ativa dos membros inferiores logo que possível após o nascimento, e à deambulação precoce, assim que o seu estado clínico o permitisse (Graça, 2010). Vigiam-se os sinais e sintomas de TVP e de TEP que são: dor, vermelhidão ou edema; e dispneia ou dor torácica, respetivamente (NICE, 2014). Contudo, não foram registados eventos de tromboembolismo durante este módulo.

Assistiu-se no primeiro levante, pelo risco de hipotensão, com objetivo de: promover a deambulação das puérperas; prevenir a hipotensão ortostática; prevenir tromboflebites; e melhorar a circulação sanguínea. O levante, no parto eutócico, independentemente do uso ou não de analgesia por via epidural, ocorreu após 4 horas. No entanto, a literatura recomenda que no parto eutócico (sem analgesia por via epidural) o primeiro levante das

puérperas se efetue após 4 horas. Se houver analgesia por via epidural, este deve ocorrer após 12 horas, permitindo a recuperação completa da sensibilidade dos membros inferiores, de modo que a deambulação ocorra em segurança (Lowdermilk et Perry, 2008; Berens, 2013; Graça, 2010; Williams, 2010).

Avaliou-se a altura uterina, sendo que a involução uterina é mais rápida nas mulheres primíparas e nas mulheres que amamentam. Foi recomendado às puérperas a estimulação do tônus uterino através de massagem suave para contrair o útero e expelir os coágulos, e para prevenção de alterações na contração e involução uterinas. Estas alterações podem indicar infecção, retenção de restos placentares, trauma do trato genital ou trauma cervical, alterações da coagulação, atonia uterina (Lowdermilk et Perry, 2008; Graça, 2010). Avaliou-se ainda a contração uterina, com a bexiga vazia, joelhos fletidos e sem almofada (NICE, 2006).

Vigiu-se o períneo e monitorizou-se a dor associada à ferida perineal (quando existiu), e recomendou-se a aplicação tópica de frio (almofadas de gelo moído) por períodos inferiores a 15 minutos, várias vezes ao dia, pois diminui o edema e tem efeito analgésico. Por vezes estas medidas não foram suficientes e foi necessária analgesia oral, tendo sido administrado paracetamol, o que vai ao encontro das recomendações da NICE (2014). Como intervenções, as puérperas foram aconselhadas a: manter a ferida limpa e seca; informou-se sobre os cuidados perineais (duche diário e troca frequente dos pensos higiénicos); a limpeza no sentido ânteroposterior após urinar ou defecar; a mudança do penso no mesmo sentido; e informou-se sobre a importância da lavagem das mãos antes e depois dos cuidados perineais (OE, 2011; Lowdermilk et Perry, 2008; Demott, 2006).

Vigiu-se a perda sanguínea, prevenindo a hemorragia pós-parto, sendo a causa mais comum a atonia uterina, tendo sido identificado o risco de hemorragia (ICNP, 2011). Outras causas de hemorragia pós-parto podem ser hematomas vaginais e vulvares, lacerações não suturadas ou retenção de restos placentares (Graça, 2010; Beckmann, 2010). A sua prevenção passou pela manutenção do tônus uterino e evitou-se a distensão vesical (Takebayashi, 2014). No entanto, na ausência de perda hemorrágica vaginal anormal, a avaliação do útero por palpação abdominal ou medição, como uma observação de rotina é desnecessária (NICE, 2014). Vigiam-se os sinais de hemorragia pós-parto que são: perda de sangue repentina ou profusa; ou perda de sangue acompanhada de qualquer um dos sinais e sintomas de choque (taquicardia, hipotensão, hipo perfusão, e mudança do estado de consciência) (NICE, 2014; Beckmann, 2010).

Diagnosticou-se o risco de retenção urinária (ICNP, 2011), vigiando-se e promovendo-se a eliminação vesical. É esperado um volume de urina de pelo menos 150ml. Quando

após 6 horas não ocorreu a micção espontânea das puérperas, implementaram-se medidas para estimular a micção: abriu-se uma torneira; promoveu-se o contacto com a água; e colocou-se um saco de água quente sobre o períneo. Assim, com estas medidas conseguiu-se promover a micção com sucesso (NICE, 2014; OMS, 2013).

Vigiaram-se os mamilos para verificar a sua proeminência ou inversão e prevenção de lesão nos mesmos (Lowdermilk et Perry, 2008). Para prevenção de lesão foi recomendada aplicação de colostro após cada mamada. Algumas puérperas apresentaram mamilos invertidos. Nestes casos, para que os mamilos ficassem mais salientes, foram incentivadas a rodar os mamilos entre os dedos, indicador e médio, de modo a que estes ficassem mais protusos. Outras técnicas descritas na literatura são o uso de uma bomba extratora ou uma seringa de 20 ml, várias vezes ao dia, durante 30-60 segundos, antes de amamentar (Manel et al., 2011).

Promoveu-se e assistiu-se na amamentação, sendo que as puérperas tiveram apoio de forma a perceber qual a posição mais confortável e de que forma é feita uma pega adequada pelo RN, de forma a promover uma amamentação eficaz e prevenir problemas nos mamilos (OMS, 2013; NICE, 2014; UNICEF, 2012). Foram tentadas várias posições para amamentar e realizou-se compressão da aréola para promover a saída de leite para a boca do RN, pois normalmente após provar o leite, este fica mais motivado para mamar. Quando estas estratégias não foram suficientes utilizou-se o mamilo de silicone (Manel et al., 2011).

Relativamente ao puerpério precoce, no âmbito do foco recuperação (ICNP, 2011), manteve-se a vigilância das puérperas, no sentido de perceber a evolução do puerpério e despistar complicações, realizaram-se ensinamentos e reforçaram-se outros, mediante as necessidades percebidas, conforme se descreve de seguida.

Na vigilância das mamas percebeu-se a evolução da produção de leite, sensibilidade, temperatura e dor das mesmas. Foram aproveitados estes momentos para ensino de prevenção, despiste e tratamento de complicações como o ingurgitamento mamário. As puérperas foram informadas sobre: o pico que ocorre ao terceiro/quarto dia pós-parto está associado à subida de leite; os sinais de ingurgitamento mamário são de início gradual, bilateral, as mamas ficam tensas e quentes, ocorre dilatação generalizada, a pele fica avermelhada e brilhante, dor generalizada e sem febre. As medidas de alívio e prevenção são: amamentar frequentemente e sempre que o RN queira; antes da mamada aplicar compressas quentes ou duche de água morna com massagem em movimentos circulares em direção ao mamilo, para melhorar o fluxo de leite; aplicar compressas frias após a mamada; extração manual de leite, quando necessário, ou nas situações em que a mama ainda esteja congestionada após a mamada. Foi administrada a analgesia prescrita, quando

necessário. Foi aconselhada a utilização de um soutien apropriado, com alças largas para que não pressionem os ombros devido ao peso, e ajustado à mama (NICE, 2014; Manel et al., 2011; Levy et al., 2012).

Nos casos em que as puérperas referiram dor nos mamilos, foi re-avaliada a pega do RN durante a amamentação, sendo alertadas no sentido de esta ser uma das principais causas da dor. Sempre que alguma puérpera apresentou lesão no mamilo, foi recomendado, de forma individualizada, para além de aplicação de colostro, dispositivos como protetores de mamilos ou arejadores de mamilos (NICE, 2014).

Vigiaram-se os lóquios, uma vez por turno e sempre que necessário. Foi avaliado o aspeto/cor, a quantidade e o cheiro, sendo que o cheiro normal é semelhante ao da menstruação e o cheiro fétido é sugestivo de infeção (Freitas, 2011; Lowdermilk et Perry, 2008; Graça, 2010). Realizou-se o ensino sobre a sua evolução, sendo os lóquios hemáticos nos primeiros dias após o parto, sero-hemáticos por volta do terceiro e quarto dias, de características mais rosadas/acastanhados, e serosos após o 10.º dia, de coloração amarelada e aspeto mucóide e espesso, e têm duração de 10 a 14 dias. A observação dos lóquios e da altura uterina são essenciais para a monitorização do processo de involução uterina e identificação de problemas potenciais (Freitas, 2011; OMS, 2013).

Na vigilância do períneo/ ferida perineal, as puérperas foram questionadas sobre as preocupações inerentes ao processo de cicatrização da ferida perineal (dor, desconforto, odor); informou-se sobre o processo de cicatrização da ferida perineal, que ocorre por volta da terceira semana, e que os pontos são reabsorvíveis (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008; Demott, 2006). Nas puérperas submetidas a parto distócico por cesariana, foi vigiado o penso da ferida cirúrgica abdominal e executou-se tratamento à ferida, sempre que necessário. Foram ensinados cuidados sobre prevenção da deiscência da ferida cirúrgica, sendo que as puérperas foram instruídas para não praticar esforços que aumentem exageradamente a pressão intra-abdominal nas primeiras duas semanas pós-parto (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008).

Foi vigiada a eliminação urinária, para vigilância da distensão vesical, pois o aumento da diurese poder resultar numa hemorragia pós-parto, impedindo o útero de se contrair (Lowdermilk et Perry, 2008).

Relativamente à eliminação intestinal: vigiou-se a mesma; ensinou-se sobre alimentação saudável; informou-se sobre os efeitos dos analgésicos e narcóticos na diminuição do tónus intestinal; e administrou-se laxantes e emolientes em SOS (Graça, 2010). A diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o TP, devido ao jejum prolongado e/ou à desidratação, à episiorrafia, à presença de hemorróides e à sensibilidade

perineal, por vezes dificultou a vontade de evacuar das puérperas. Neste sentido foi diagnosticado o risco de obstipação (ICNP, 2011) na puérpera com hábitos de eliminação intestinal diários. Na presença de hemorróides foi administrado gelo e aplicada pomada retal à base de prednisolona e cinchocaína, quando prescrito (Lowdermilk et Perry, 2008).

As rotinas hospitalares, a frequência de visitas, a alegria e o entusiasmo após o nascimento de um filho podem dificultar o repouso e o sono (OMS, 2013; Lowdermilk et Perry, 2008). No sentido de promover o sono e o repouso, as puérperas foram aconselhadas a gerir o seu tempo, de modo a descansarem o mais que pudessem. Em algumas situações de exaustão materna, os RN permaneceram na enfermaria durante a noite, sob a vigilância dos enfermeiros. Um estudo realizado por Kurth et al. (2010), referem que o alojamento conjunto tem um impacto claro sobre o sono da mãe. A exaustão materna é um fator de risco para interrupção precoce da amamentação. Negando “uma trégua” de assistência ao RN à noite, por parte dos profissionais da saúde, à mãe exausta pode, em alguns casos, resultar numa duração de aleitamento materno mais curto, e um efeito negativo sobre a relação mãe-filho. A ligação mãe-filho mostrou-se melhor alcançada quando as mães puderam determinar o ritmo e intensidade de aumento do contato com os seus RN, e não foram forçadas a assumir total responsabilidade dos cuidados infantis antes de estas se sentirem prontas. Os cuidados assistenciais no pós-parto devem habilitar as mães a cuidar dos seus RN e a ter em consideração as suas próprias necessidades de uma forma equilibrada.

Promoveu-se a saúde mental e o bem-estar. As puérperas foram questionados sobre o seu estado emocional e bem-estar, o apoio familiar e social que tinham, e que estratégias continham para lidar com as questões do dia-a-dia. As puérperas e as suas famílias /parceiros foram ser incentivados a informar os profissionais da saúde sobre qualquer mudança de humor, estado emocional e comportamento fora do padrão normal. As puérperas foram encorajadas a fazer exercícios físicos suaves, terem tempo para descansar, obterem ajuda no cuidado ao RN, a conversarem com alguém sobre os seus sentimentos, a partilharem experiências e receberam informação sobre o acesso a redes sociais de apoio (NICE, 2014).

O puerpério é uma fase que produz mudanças e adaptações nas mulheres, casais e famílias. Constitui-se um período de elevado risco para a saúde mental da mulher, pois esta tem necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais e viver crises, que implicam reorganização, podendo resultar num desequilíbrio e/ou desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais (Canavarro, 2006). As estratégias de *coping* durante esta fase dependem da relação entre as exigências de situações *stressantes* ou

difíceis e os recursos que a puérpera detém (Romero et al., 2012). Frequentemente verificou-se durante o estágio a presença do *Blues* Pós-parto. Os principais sintomas apresentados pelas puérperas foram disforia, labilidade de humor (humor depressivo), choro fácil, ansiedade e insónia. O *Blues* pós-parto é a alteração emocional mais comum, cerca de 50% a 80% das mulheres apresentam esta alteração, daí que se esteve alerta para intervir quando necessário. Não é uma perturbação psicopatológica, mas sim um desequilíbrio emocional, de forma breve e moderada, com estreita relação com o parto (consequência das alterações hormonais do nascimento e aleitamento materno), com carácter transitório e benigno, com um pico entre o quarto e o quinto dia após o parto e normaliza até ao 10º dia (Medina-Serdán, 2013).

No sentido de favorecer o processo de *coping* e a adaptação das puérperas, cuidou-se das mesmas como um todo, tendo em conta o bio-psico-social e espiritual, o que pensam de si mesmas e as funções que desempenham na sociedade. Promoveu-se o autocuidado, ensinando as puérperas a diferenciar as mudanças envolvidas durante o puerpério dos verdadeiros sinais de alarme. Motivaram-se as puérperas a analisar os papéis que estas devem assumir durante o pós-parto e as suas posturas diante deles. Promoveu-se a manterem, negociarem, ou reestruturarem as ações relacionadas com os aspectos sócio-culturais circundantes à maternidade, mitos e crenças que pudessem existir, e à expressão de emoções em torno da maternidade, incluindo experiências familiares anteriores. Incentivou-se à resolução de problemas diários do pós-parto, como cansaço, stress, vida sexual, sentimentos, dor, problemas da mama e falta de satisfação com a aparência física. Estas intervenções foram de extrema importância, pois a ausência das mesmas pode levar a alterações da dinâmica familiar e até mesmo à depressão pós-parto (Romero, 2012; Denis et al., 2012; Johnson, 2014).

No âmbito do foco uso do contraceptivo, informou-se as puérperas/ casais sobre o retorno à atividade sexual. A altura da retoma das relações sexuais no pós-parto não possui nenhum critério rigoroso. Após três semanas, as relações sexuais podem ser reiniciadas, desde que não provoquem desconforto ou dor, no entanto respeitou-se a preferência das puérperas/casais (Graça, 2010). Informou-se sobre a dispareunia, sendo que segundo Demott (2006), se as puérperas estão a amamentar, os níveis baixos de estrogénios provocam atrofia, secura vaginal e diminuição da libido. Sendo nestes casos aconselhado um gel lubrificante hidrossolúvel para aliviar o desconforto durante a relação sexual. As puérperas/ casais foram elucidados de que a amenorreia e a amamentação não são garantias de ausência de risco de gravidez (WHO, 2010). A pílula progestativa apenas poderá ser iniciada 6 semanas após o parto porque, embora não afetando a quantidade ou

qualidade do leite materno, é ainda desconhecido o efeito sobre o desenvolvimento hepático ou cerebral do RN (DGS, 2008). Por este motivo recomendou-se o uso do preservativo até à consulta de revisão do puerpério, que aconteceu entre as três e as seis semanas pós-parto. O preservativo diminui o risco de infecção e, como contém lubrificante, torna o ato sexual menos desconfortável e previne uma nova gravidez. As mulheres que estavam a amamentar, foram informadas que o intervalo de tempo para retomar a ovulação varia de três a seis meses, não ocorrendo geralmente antes das seis semanas (Graça, 2010).

Relativamente à amamentação, a duração ideal do aleitamento materno exclusivo, ou seja, sem que seja oferecido ao RN mais nenhum alimento, é de 6 meses (OMS, 2010). Sobre este foco de atenção em Enfermagem, as puérperas foram questionadas sobre as suas intenções de amamentar. Esta decisão deve ser respeitada, consciente e devidamente informada. No caso de as puérperas já terem tido experiência anterior na amamentação, questionou-se acerca dessas experiências e as principais dificuldades. Nas situações de insucesso na amamentação tentou-se perceber os motivos, tudo isto de forma a prestar cuidados adaptados a cada puérpera. Foi questionado se as puérperas frequentaram os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, pois a informação é fundamental para aumentar a autoconfiança das mesmas, de maneira a que estas possam superar as adversidades (Duarte et al., 2013).

As puérperas foram informadas sobre a relação entre o vínculo-materno e a amamentação, sobre os sinais de fome e saciedade do RN, as vantagens da amamentação, os critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas e o intervalo e a duração das mamadas. Foi oferecida orientação sobre a pega e posição correta para amamentar, tanto para a mãe como para o RN, como colocar o mesmo a eructar, e explicado às puérperas que através da eructação o RN liberta o ar engolido durante a mamada, prevenindo o aparecimento de cólicas. Foi incentivada a amamentação, instruindo sobre a técnica da amamentação e treinou-se a técnica da amamentação. Foi ainda proporcionado material de leitura sobre a mesma. (Duarte et al., 2013; Levy, 2012; Lowdermilk et Perry, 2008, NICE 2014; OMS, 2010; Levy et Bértolo, 2008).

Para o sucesso da amamentação, os primeiros 15 dias de vida do RN, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. É fundamental ter o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessário (Levy, 2012; NICE, 2014). Neste sentido, as puérperas foram informadas sobre os recursos na comunidade, como a existência no serviço de puerpério uma linha “SOS Amamentação” de apoio à amamentação 24h

disponível para dúvidas/ preocupações das mães aquando da alta do hospital, um “Cantinho da Amamentação”, na Consulta de Obstetrícia do hospital, bem como foram referenciadas para o Centro de Saúde.

Frequentemente verificou-se que uma das dúvidas das puérperas foi sobre como proceder relativamente à manipulação e armazenamento do Leite Materno (LM), aquando da subida do leite, assim que tivessem necessidade de extração do mesmo. As puérperas foram instruídas de que o LM deve ser imediatamente colocado no frigorífico depois de recolhido e conservado a uma temperatura igual ou inferior a 4°C durante um período máximo de 48h; a refrigeração e a congelação devem ser efetuadas em recipientes de plástico duro (polipropileno ou policarbonato) ou vidro, preenchidos até um máximo de $\frac{3}{4}$ do volume; o LM pode manter-se congelado a - 20° C até seis meses. Mesmo congelado, o LM dentro das condições e dos prazos recomendados, continua a ser um alimento de qualidade superior. Não havendo garantia de uma congelação a - 20° C, o tempo de conservação por este método, não deve exceder 2 a 3 semanas; o LM congelado deve ser descongelado em frigorífico, a uma temperatura igual ou inferior a 4°C e administrado no prazo de 24h; não deve ser utilizado banho-maria nem micro-ondas para descongelar o LM; se o LM descongelado for deixado à temperatura ambiente, deve ser usado dentro de uma hora após descongelação (DGS, 2013; SN SPP, 2013).

Relativamente ao novo membro da família, o RN, os diagnósticos de enfermagem nas primeiras horas pós-parto foram risco de hipotermia, risco de infeção, risco de aspiração e risco de desenvolvimento infantil inadequado (relacionado com o estabelecimento do sistema urinário e intestinal após o nascimento).

Os cuidados de enfermagem nas primeiras horas de vida dos RN envolveram a sua colocação perto das mães, de forma a manterem-se quentes e a promover o desenvolvimento da ligação da díade. Sabe-se que, nessas primeiras horas após o parto, os RN encontram-se numa vigília calma, o que os predispõe para o contacto e a interação com os pais (Hockenberry, 2006).

A avaliação física e neurológica dos RN foi realizada diariamente pelos pediatras, e acompanhada pelos EESMO. Foi realizada a vigilância do estado físico e neurológico dos mesmos para despiste de complicações, informando sempre os pais sobre qualquer dúvida acerca das características dos RN (NICE, 2014). Os objetivos do exame físico foram totalmente explicados e os resultados partilhados com os pais. Foram ainda registados nos processos individuais de cuidados dos RN e nos boletins de saúde infantil. O exame completo dos RN ocorreu no prazo de 72 horas após o nascimento, o que vai ao encontro das guidelines da NICE (2014).

As atividades de diagnóstico passaram por vigiar a pele, a eliminação urinária e intestinal, o reflexo de sucção e de deglutição, a alimentação e a ferida do coto umbilical (Lowdermilk et Perry, 2008; Santoro, 2008; OE, 2011).

Relativamente à pele, alguns RN apresentaram lanugo, tendo sido realizados ensinamentos aos pais de que este é um achado comum, sendo um sinal de alguma imaturidade física. Outros RN apresentaram eritema tóxico, tendo sido explicado aos pais que são erupções cutâneas benignas e auto limitadas, que aparecem e desaparecem periodicamente durante os primeiros dias de vida do RN, e surgem como uma resposta anti-inflamatória. A pele dos RN deve ser quente, seca, rosada, sem anomalias ou lesões e com boa tonicidade (Lowdermilk et Perry, 2008; Hockenberry, 2006; Wilson, 2006). Frequentemente verificou-se a existência de *Caput Succedaneum*, em que foi explicado aos pais que é um edema do couro cabeludo, que resulta da diminuição do retorno venoso provocada pela compressão dos vasos locais durante o processo de parto. Informou-se que o edema se estende através de linhas da sutura craniana e desaparece espontaneamente no espaço de três a quatro dias (Williams et al., 2012).

A eliminação urinária deve ocorrer em 24h e a eliminação intestinal entre 24 a 48h. No caso de esta situação não ocorrer, o RN deve ser avaliado para determinar a causa, a qual pode estar relacionada com padrões de alimentação ou patologia de base (NICE, 2014), o que não ocorreu neste estágio. Foi ensinado aos pais o padrão de eliminação vesical e intestinal dos RN. Podem ocorrer seis a dez micções diárias com uma coloração cítrica clara, que indica uma adequada ingestão hídrica, e 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 (Lowdermilk et Perry, 2008).

O reflexo de sucção esteve presente em todos os RN, e foi avaliado na medida em que os RN abriam a boca e começavam a sugar quando a bochecha, os lábios ou o canto da boca eram tocados com o dedo ou o mamilo. Este reflexo mantém-se durante todo o período de lactação, mesmo sem estímulo, e durante o sono (Lowdermilk et Perry, 2008; Nascimento et al., 2011).

O reflexo de deglutição, também esteve presente em todos os RN, e verificou-se quando os mesmos deglutiam de forma coordenada com a sucção, aquando o leite era colocado na parte posterior da língua (Lowdermilk et Perry, 2008; Nascimento et al., 2011).

A ferida do coto umbilical foi vigiada quanto ao seu rubor peri-umbilical, edema peri-umbilical, cheiro, exsudado e aspeto (Zupan, 2013; IMDAD, 2013).

A vigilância da alimentação foi realizada aquando da amamentação e/ou administração de leite artificial aos RN.

Nos RN filhos de mães diabéticas (FMD) gestacionais, leves para a idade gestacional (LIG), e/ou grandes para a idade gestacional (GIG), foi ainda identificado o risco de hipoglicemia, sendo que as intervenções de enfermagem, neste âmbito, passaram pela monitorização de glicemia capilar e vigilância de sinais de hipoglicemia (alterações ligeiras a moderadas no nível de consciência como letargia, tremores e irritabilidade que revertem rapidamente com a normalização da glicemia; o coma e as convulsões; a depressão respiratória/apneias; a hipotonia; a diminuição da atividade espontânea; o choro gritado; a recusa alimentar; e a hipotermia). A avaliação da glicemia ocorreu às 4 e 6 horas de vida e depois de 6/6 horas, antes da alimentação. Nos RN FMD se glicemia normal até às 12 horas de vida parou-se a monitorização (> 45 mg/ dL antes da alimentação). O facto de um RN ter um valor de glicémia baixo após alimentação com leite materno não implica que deva ser de imediato suplementado com fórmula para lactentes (SN SPP, 2013), o que não aconteceu neste estágio. Nestes casos manteve-se a alimentação com leite materno e aumentou-se a frequência das mamadas, que foi de 10 a 12 vezes nas 24 horas. Os RN nunca foram suplementados com glicose oral, o que vai ao encontro dos Consensos de Neonatologia (2013).

Relativamente ao foco papel parental, foram oferecidas aos pais informações e apoio na adaptação aos seus novos papéis e às suas novas responsabilidades dentro da unidade familiar. Durante a troca da fralda, o banho ao RN, e tratar do coto umbilical do RN, os pais foram convidados a participar, para melhorarem as suas competências parentais e promover a ligação emocional com o RN. Esta prática vai ao encontro das guidelines da NICE (2014).

Uma das primeiras áreas com a qual os pais contactaram foi a da troca da fralda. Foram realizados ensinamentos no sentido de informar quais os materiais necessários para a mesma: toalhetes/ esponja; água morna para lavar a região genital do RN; uma fralda limpa; e roupa interior. Os casais foram alertados que é importante criar um espaço de modo a ter por perto todo o material necessário para a troca da fralda, e ter o mesmo organizado antes de iniciar a troca da mesma (Lowdermilk et Perry, 2008). Relativamente aos produtos de higiene perineal, foi recomendado aos pais que só se deve aplicar creme barreira, à base de óxido de zinco, vitamina A e vitamina D, na presença de eritema da fralda, e foram explicados os sinais de presença da mesma (rubor, calor e erupção cutânea) (Fernandes *et al.*, 2011). Relativamente aos toalhetes de limpeza, por terem uma composição em detergentes suaves com adição de produtos amaciadores, fragrâncias e

outros constituintes, e terem um pH aproximado de 6, o seu uso não foi recomendado de forma abusiva, pelo risco de poderem remover o filme lipídico da pele do RN. Ainda segundo os SN SPP (2014), no período neonatal não devem ser utilizados toalhetes. Nos cuidados perineais os pais foram informados de que não devem passar com a mesma parte da esponja duas vezes no mesmo local, que se for uma menina, a limpeza da região genital faz-se no sentido ântero-posterior e que se for um menino, a limpeza é feita na zona do prepúcio deslocada da glândula, sem puxar para trás a pele que cobre a glândula, e na região nadegueira até ao ânus (Lowdermilk et Perry, 2008).

Relativamente ao banho dos RN, o horário do mesmo foi realizado, segundo protocolo do serviço, nos turnos da tarde, que vai ao encontro dos Consensos de Neonatologia (2014), que referem que idealmente o banho deve ser dado ao fim da tarde, antes da última refeição, pelo seu efeito relaxante. Contudo quando houve necessidade, quer por parte dos RN, quer por parte dos pais, este horário foi reajustado.

Segundo os Consensos de Neonatologia (2014), os cuidados da pele do RN podem influenciar a sua saúde neonatal, sendo fundamental o conhecimento básico dos diferentes constituintes dos produtos de limpeza cutânea e algumas regras práticas de higiene. O primeiro banho dos RN foi realizado após as seis horas de vida, devido ao risco de hipotermia, aumento do consumo de oxigénio, alterações respiratórias e instabilidade comportamental e dos sinais vitais. Foi um banho de imersão, dado que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais (SN SPP, 2014). Tanto o primeiro banho como os posteriores foram realizados com água canalizada, no entanto, segundo os Consensos de Neonatologia (2014), o primeiro banho deve ser com água fervida ou soro fisiológico. A lavagem cuidadosa das mãos e remoção de anéis ou relógios marcou o início dos cuidados de higiene ao RN.

Sobre o material necessário e condições prévias para o banho, os pais foram informados que a banheira/recipiente deve ter água a 36/37°C e devem reunir todo o material do banho previamente (toalha, muda de roupa, sendo que devem dispô-la por ordem de utilização, fralda, emoliente, se desejarem). A quantidade de água deve rondar os 10-20 cm de altura, devem aquecer previamente o ambiente e evitar correntes de ar. Imediatamente antes de colocar o RN na banheira testar a temperatura da água com termómetro/pulso ou cotovelo (Lowdermilk et Perry, 2008).

A frequência do banho do RN situa-se no banho diário ou em dias alternados, com duração inferior a 5 min (SP SPP, 2014).

Na técnica do banho os pais foram informados que antes de iniciar o banho devem verificar a fralda do RN e, se estiver suja, começar por lavar a região perineal, caso contrário

será a última parte a lavar. Devem começar por lavar a cabeça, tronco e membros, terminando na região perineal, secar cuidadosamente as zonas de pregas e nunca deixar o RN sozinho na banheira. A lavagem dos olhos deve ser efetuada com movimento do canto interno para o canto externo e devem ser utilizadas compressas individualizadas para cada olho (Lowdermil et Perry, 2008).

Relativamente aos produtos de higiene a usar para pele, os pais foram ensinados que o objetivo da lavagem da pele do RN é a limpeza sem a remoção da barreira de lípidos, que é essencial para a manutenção da integridade da pele no desempenho da sua função de proteção. Os pais foram aconselhados que no primeiro mês de vida seja utilizada apenas água no banho do RN, sem adicionar produtos. Caso os pais manifestassem vontade de usar produtos no banho antes do mês de idade, recomendou-se os "syndets" ou "sabão sem sabão". Os "syndets" têm na sua constituição agentes tensoativos, pH neutro a tender ligeiramente para um pH ácido, produzem pouca espuma e não provocam irritação cutânea (SP SPP, 2014; NICE, 2014). Os emolientes, nos casos em que os pais manifestaram interesse em usar, foram recomendados, pois apesar de não estar provado que estes previnam as infeções no RN, protegem o estrato córneo e potencialmente ajudam na maturação e reparação da barreira cutânea, devendo ser sem fragrâncias ou conservantes (SP SPP, 2014).

Os pais foram ensinados que devem manter o coto umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico/ desinfetante ou rede/ligadura. Caso se suje, deverá ser limpo com água potável, o que vai ao encontro dos Consensos de Neonatologia (2014). Foi ainda referido que a sua queda pode ocorrer entre o 4º e o 15º dia de vida, e foram informados sobre os sinais de infeção do mesmo (rubor, cheiro fétido e presença de secreções purulentas). Alertou-se para o facto de após a queda do coto umbilical poder ocorrer escassa perda de sangue, constituindo um achado normal (Lowdermilk et Perry, 2008).

O choro do RN foi uma das principais causas de angústia dos pais. Foi explicado que este é um sinal de comunicação entre o RN e o ambiente, denotando necessidades emocionais e fisiológicas (Seabra, 2009). O controlo voluntário do choro é adquirido após um mês de idade e, durante este tempo, o choro da criança reflete vários estados psicológicos como fome, sofrimento e dor (Branco et al., 2006). Segundo Santos (2010), esta é uma queixa frequente dos pais e que causa grande ansiedade aos mesmos, familiares e até aos enfermeiros, e que as reações dos adultos evidenciam uma reação emocional negativa a choros de frequência elevada, nas culturas ocidentais. RN que choram persistentemente estão em risco mais elevado para a ocorrência do "síndrome do bebé abandonado" ou outras formas de abuso de crianças (Kurth et al., 2010).

Na literatura mais atual estão descritos e identificados 5 tipos de choro desde o nascimento do RN até aos seus três meses de vida: choro por fome; choro por dor; choro por desconforto; choro por cansaço; e choro por tédio/aborrecimento, sendo que estes dois últimos aparecem após o 1º mês (Branco et al., 2006). Aos pais foram ensinadas as características de cada um, bem como as estratégias a utilizar, para que estes consigam melhor lidar com o seu filho.

O choro por fome é caracterizado por soluços curtos mas contínuos, este é persistente mas não muito alto, sendo que o RN tenta levar a mão à boca, devendo ser alimentado. O choro de dor é caracterizado por um lamento curto, agudo e muito alto, devendo-se procurar a origem da dor. O choro de cansaço é um choro ligeiro, quase um gemido que vai aumentando até se tornar um choro forte, devendo-se acalmar o RN. O choro de desconforto é um choro mais fraco do que o grito de dor, mas com momentos de grande intensidade, os pais devem estar alerta para os fatores que podem provocar desconforto ao RN, tentando eliminá-los. O choro de tédio é identificado quando a criança choraminga em soluços e pára quando interagem com ela. Os casais foram ainda informados sobre estratégias de consolo do RN como a técnica dos 5's (Karp, 2007), e tiveram oportunidade de a treinar ao longo do internamento.

Relativamente ao choro de dor por cólica, verificou-se que existiram algumas dúvidas pois vários pais frequentemente associavam todas as causas de choro dos RN às cólicas. Estes foram esclarecidos relativamente a este tipo de dor, que se manifesta por um choro agudo e intenso, com rubor na face, pulsos cerrados, movimentos intensos dos membros superiores, flexão dos membros inferiores contra o abdómen, costas arqueadas, abdómen distendido e tenso, agitação, irritabilidade e que surge a partir das 2 semanas de vida (Lowdermilk et Perry, 2008). Segundo uma revisão sistemática da literatura, do jornal *Pediatrico de Itália* (Kheir, 2012), a cólica infantil é definida como choro que durou mais de 3 horas por dia, ocorrendo mais de 3 dias em qualquer semana durante 3 semanas num RN saudável com idade entre 2 semanas a 4 meses, sendo auto-limitada (Kheir, 2012). Instruiu-se e treinou-se a técnica da massagem infantil, por ser um método não farmacológico de alívio da dor por cólica abdominal e ao mesmo tempo potenciador da ligação mãe/pai-filho.

Os casais foram aconselhados a oferecer cerca de 3 horas de colo por dia aos RN, pois estes choram menos, a promover que os RN ouçam sons rítmicos e repetitivos que lhes relembram os sons ouvidos *in útero*. Explicou-se a importância da oportunidade de sucção não nutritiva, de criar rotinas, de ter padrões repetitivos e previsíveis, e de ter ajuda de outra pessoa para cuidar do RN. Informou-se que o choro é uma necessidade do RN de

exteriorizar sentimentos de fadiga e tensão, sendo uma técnica auto-calmante, e que se deve permitir ao RN um breve período sozinho. Instruiu-se e treinou-se a realização da manobra de mãe/pai-kanguru e a manobra de “*Sandra maneuver*”, sendo que esta última consiste em apoiar as nádegas do RN com uma mão, enquanto a outra suporta a cabeça e o pescoço, e posteriormente movendo-se os braços para cima e para baixo. Foi reforçado aos casais que para o RN se sentir completamente seguro, este necessita de estar envolvido nos braços da dos mesmos e de um contacto mais íntimo (Shaefer, 2005).

Os pais foram alertados que se deixarem o RN chorar cada vez mais, será mais difícil e demorará mais tempo até que este se acalme. Estas estratégias vão ao encontro de Seabra (2009), que afirma que à medida que o RN recebe respostas apropriadas a cada choro, começa a acrescentar uma espécie de balbúcio, em vez de chorar. Os pais necessitam de tempo juntos para olharem, ouvirem e relaxarem com o RN. Aos pais foi reforçada a mensagem de que cada RN é um ser único e por isso estes devem adequar os seus comportamentos ao seu filho. Transmitiu-se confiança aos pais nas suas capacidades de interação com o RN, pois muitos deles precisam de o saber para serem capazes de cuidar do seu filho e relacionar-se com ele (Seabra, 2009; Kitzinger, 2006).

Relativamente à síndrome da morte súbita lactente (SMSL) foram realizados ensinamentos aos pais de que a sua causa não é conhecida. É possível que vários fatores possam contribuir para a SMSL. Foram dadas informações de que existe uma relação estatística, ou seja, a associação entre SMSL e o co-leito (pais e RN a dormirem na mesma cama/ sofá) no primeiro ano de vida do RN. Os casais foram informados sobre que dormir com o RN e a ocorrência de SMSL é mais provável na presença de fumo de tabaco, recente consumo de álcool, ou o uso de drogas, em RN de baixo peso ao nascer e prematuros (NICE, 2014). Foram realizados ensinamentos aos casais no sentido de colocar os RN em decúbito dorsal para dormir, até aos 12 meses, em cama/berço próprio no quarto dos pais (partilhando o quarto com uma criança, sem partilhar a cama, pode reduzir o risco de SMSL em até 50%), com um colchão firme coberto por um lençol, sem objetos (evitando o sobreaquecimento e a que a cabeça seja coberta com a roupa da cama ou outros objetos). (AAP Guidelines, 2012; Fernandes et al., 2012).

O rastreio de cardiopatias congénitas dos RN foi realizado pela avaliação da saturação periférica de oxigénio e batimentos cardíacos, através de um oxímetro de pulso e um sensor de oximetria adaptado aos RN, segundo o protocolo de serviço. O rastreio foi realizado no pé esquerdo previamente aquecido, com os RN acordados e calmos (Ramjattan, 2013). Segundo o protocolo de serviço, quando o resultado de saturação de oxigénio é igual ou superior a 95%, o rastreio encontra-se concluído. Se o valor é inferior a

95%, este deverá ser confirmado por mais um minuto, e caso se mantenha deve-se avisar o neonatologista e repetir o teste após duas horas. Se o valor for inferior a 90%, confirmar durante um minuto e se se mantiver, chamar de imediato o neonatologista, sendo que durante o estágio todos os RN realizaram o teste sem necessidade de referência. No entanto, segundo AAP (2012) e Morais (2013), o rastreio deve ser efetuado em aparelhos sensíveis ao movimento, com sensores descartáveis e/ou reutilizáveis, tão tarde quanto possível (após as 24 horas) para evitar falsos positivos. A SatO₂ deve ser obtida na mão direita e num dos pés, devendo ser valorizada a diferença entre ambos. O objetivo é obter um valor superior a 95% nos dois membros com um diferencial <3% entre ambos. Propõem-se a repetição quando os limites estipulados não forem respeitados de forma a reduzir os resultados falsos positivos. Os RN com SatO₂ <90% devem ser avaliados de imediato. Perante um rastreio positivo impõe-se a realização de ecografia cardíaca para exclusão de cardiopatia congénita, patologia pulmonar ou infecciosa.

Foi realizado o teste de diagnóstico precoce aos RN que por motivos clínicos ainda não tinham tido alta, que consistiu em extrair algumas gotas de sangue do calcanhar dos RN entre o terceiro ao sexto dia de vida (após 72 horas de vida). Os casais foram informados que este é um teste para diagnóstico de doenças hereditárias do metabolismo, e que podiam consultar o resultado 15 dias após a colheita, introduzindo o nº do código impresso no talão destacável das fichas de colheita utilizadas que lhes foram entregues no momento da realização do teste. As 72 horas são importantes, pois antes não há a garantia que os RN tenham bebido leite suficiente para que as alterações se evidenciem, caso existam (Santos et al., 2011). Após a colheita de sangue, procedeu-se ao consolo e acarinamento dos RN. Recomendou-se a amamentação após o procedimento, devido a este ser doloroso e traumático (Bueno, 2012). A este respeito, a DGS (2012), propõe que se deve considerar sempre que possível a punção venosa periférica, utilizar dispositivos mecânicos, medidas ambientais, medidas de conforto não-farmacológicas (amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno), a contenção, ou método canguru materno.

Durante este estágio verificou-se que a icterícia foi o fenómeno mais frequente de entre os RN, e que requereu uma grande vigilância e conhecimento científico.

Segundo os Consensos de Neonatologia (2013), a icterícia neonatal é definida como a coloração amarela da pele e das escleróticas, e quase todos os RN apresentam valores de bilirrubina em circulação superior a 1 mg/dl. Quando este valor atinge 5 mg/dl torna-se visível nas escleróticas e na pele. Níveis séricos de bilirrubina elevados podem provocar toxicidade no sistema nervoso central. A hiperbilirrubinemia, na maioria das vezes não traduz patologia subjacente, definindo-se como icterícia fisiológica. Aos pais foram

oferecidas informações sobre esta última, incluindo que a mesma normalmente ocorre em torno do terceiro- quarto dias após o nascimento (NICE, 2014). Entre a primeira e segunda semana habitualmente há resolução da hiperbilirrubinemia (SN SPP, 2013).

Na vigilância dos RN teve-se em conta os principais fatores de risco para a hiperbilirrubinemia severa: icterícia nas primeiras 24 horas, sendo que nesta situação o RN deve ser avaliado de emergência; incompatibilidade sanguínea com Coombs direta positiva ou outra doença hemolítica conhecida; idade gestacional 35-36 semanas; história de irmão que fez fototerapia; cefalohematoma ou equimoses significativas; aleitamento materno exclusivo, particularmente nos casos de perda de peso excessivo (> 12% peso ao nascimento) (WHO, 2010; NICE, 2010; SN SPP, 2013).

As manifestações clínicas da hiperbilirrubinemia são a icterícia e manifestações neurológicas (SN SPP, 2013). Nenhum RN durante o estágio teve manifestações neurológicas. Quando a icterícia se desenvolveu em RN entre 24 horas de vida ou mais, a sua intensidade foi monitorizada e avaliada juntamente com o bem-estar global destes, com especial atenção à hidratação e agilidade (NICE, 2010; NHS, 2010).

A evolução da icterícia é cefalo-caudal, sendo significativa uma icterícia visível nos membros (WHO, 2010; NICE, 2014). Vigiaram-se os sinais e sintomas da icterícia que incluem: letargia; falta de apetite; e urina escura (NICE, 2014; NHS, 2010).

Na presença de icterícia foi efetuado o seu doseamento ou pelo método transcutâneo ou por doseamento sérico da bilirrubina total (BT). O doseamento transcutâneo da BT tem vindo a ser sugerido como método de rastreio, porque estima a BT e evita colheitas, parecendo ser tão efetivo como o doseamento sérico (SN SPP, 2013; NICE, 2014). A obtenção do doseamento de BT transcutânea foi realizada na região frontal da cabeça, no entanto esta deve ser efetuada sobre o esterno, devido à ação da luz na área da cabeça (“fototerapia natural”) (SN SPP, 2013). Durante o estágio o doseamento transcutâneo foi feito com recurso ao BiliCheck®.

Para o tratamento da hiperbilirrubinemia existe a fototerapia, exsanguino-transfusão e outros tratamentos farmacológicos, sendo a fototerapia é a intervenção mais amplamente usada no tratamento e prevenção da hiperbilirrubinemia severa, e foi o tratamento usado durante o estágio. É segura e eficaz na redução da BT, prevenindo a sua neurotoxicidade (SN SPP, 2013). Relativamente aos tipos de aparelhos para fototerapia, foi utilizado o Bilibed®, aparelho com luz fluorescente, com berços abertos. Este tem como principal vantagem permitir que os RN permaneçam com as mães, para contribuir para o vínculo afetivo durante a terapia, o que vai ao encontro das recomendações dos Consensos de Neonatologia (2013).

Nos RN sujeitos a fototerapia em Bilibed®, foram realizados ensinamentos às mães/pais, nomeadamente para que os RN ficassem apenas vestidos com a fralda e o fato de turco (Bilicombi), permanecessem o maior tempo possível no Bilibed® e serem bem agasalhados sempre que os retirassem do mesmo. Foi vigiado o número de dejeções e a cor das fezes.

Durante a fototerapia, os mesmos foram colocados em decúbito dorsal. Relativamente à posição de decúbito dorsal dos RN durante a fototerapia, esta não afeta a duração ou a taxa de diminuição de bilirrubina quando comparado com a mudança regular de posição. Tendo em vista a diminuição do risco de SMSL em decúbito ventral, mudar de posição de decúbito dorsal para ventral e vice-versa parece ser desnecessária (Bhethanabhotla et al., 2013; NICE, 2010). O tratamento foi aplicado de modo a garantir o máximo de área de pele exposta, monitorizou-se a temperatura dos RN e garantiu-se que os mesmos fossem mantidos num ambiente que minimizasse gastos de energia (ambiente de conforto térmico). Os RN foram pesados diariamente e incentivou-se os pais a interagirem com os mesmos. Monitorizou-se a hidratação através da diurese dos RN, sendo que não há indicação de aumentar o aporte hídrico nos RN sob fototerapia (SN SPP, 2013; NICE, 2010).

Vigiaram-se os efeitos laterais da fototerapia, tais como exantema eritematoso, fezes moles e hipertermia (SN SPP, 2013). Durante o estágio nenhum RN sujeito a tratamento com fototerapia apresentou quaisquer efeitos laterais.

Envolveram-se os casais nos cuidados ao RN através de um plano de atendimento individual, que incluiu informações sobre a fototerapia, porque embora esta seja medicamente benéfica para o RN, está associada a potenciais riscos em relação à interação mãe/pai-filho e, conseqüentemente, à ligação mãe/pai-filho (Lantz et al., 2013). Numa revisão integrativa da literatura realizada com o objetivo de descrever a assistência de enfermagem junto às mães de RN com hiperbilirrubinemia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os resultados apontam que as experiências vivenciadas pelas mães de RN com hiperbilirrubinemia sob terapêutica de fototerapia são assustadoras, devido ao seu filho estar sob uma luz intensa, e devido à falta de informação, comunicação e esclarecimento por parte dos profissionais, especificamente os enfermeiros. Observou-se uma necessidade de uma assistência integral, individual e humanizada, focando não apenas o cuidado, mas também o sofrimento vivenciado pelas mães (Lopes et al., 2013).

No momento da alta dos RN os pais foram ensinados sobre a importância da vacinação e orientados para o centro de saúde (CS), sendo que os RN realizaram no serviço de puerpério as duas primeiras vacinas da Hepatite B e BCG (DGS, 2012); foram orientados para uma primeira consulta com o médico assistente que deverá acontecer aos 15 dias de vida do RN. Nos RN que não realizaram o teste de diagnóstico precoce durante o

internamento no puerpério, foi explicado aos pais a importância de realização do mesmo, sendo orientados para o CS (Santos, 2010; NICE, 2014).

Os RN saíram do CHJS transportados num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, e adequado à idade, estatura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura. Os pais foram ensinados que logo à saída da maternidade, os RN devem viajar num sistema de retenção para crianças (SRC) voltado para trás, semi-sentados pois só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos, em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente e que devem viajar assim até aos 3 ou 4 anos. Foram feitos ensinamentos aos casais sobre: o uso dos cintos do dispositivo ajustados de modo a que a folga entre o cinto e os ombros do RN não seja superior a um dedo; o RN nunca deve viajar ao colo de um adulto; estratégias para a observação do RN durante o transporte no automóvel; verificação do funcionamento de airbags dianteiros e traseiros do carro; e o modo de colocação da cadeira no carro (DGS, 2010; SN-SPP, 2008; APSI, 2014).

Relativamente à ligação mãe/pai-filho e ao vínculo afetivo entre RN e os pais, foi realizada avaliação a cada contacto e através das várias intervenções mencionadas ao longo deste capítulo (NICE, 2014). Pôde-se observar uma ligação positiva entre os casais e o RN quando se observou alegria pela proximidade do RN, preocupação em mantê-lo perto de si, observação cuidada, vigília do sono do RN e gestos de afeto (pegar, tocar, abraçar, beijar) (Figueiredo, 2003). Segundo a NOC (2000), estamos perante uma adequada ligação quando o casal: sorri para o RN e emite sons comunicando com ele, usam o contacto face a face, sorriem e atribuem-lhe características positivas, elogiam e verbalizam sentimento positivos em relação ao RN, brincam e interagem com ele, mantêm-no confortável, bem alimentado e seguro, tocam, massajam e tentam consolar o seu choro.

O RN é um ser competente, organizado e dinâmico em relação com o meio ambiente. O período do nascimento é uma fase extremamente sensível na transição para a parentalidade, como tal, teve-se uma intervenção por excelência, dedicando-se a dar ao RN e família o melhor início de vida possível.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Durante o estágio, prestaram-se cuidados individualizados a cada grávida/parturiente/puérpera e recém-nascido, envolvendo a família no planeamento dos cuidados.

Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento deste processo foi ao encontro das áreas de atuação do EESMO, definidas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica.

Com vista a contribuir para a construção de uma Enfermagem com conhecimentos próprios e científicos, recorreu-se à investigação, com base em artigos científicos, para suportar todas as intervenções realizadas. Só assim se pode constuir uma prática baseada em evidência.

Frequentemente verificou-se que os cuidados prestados vão ao encontro da evidência científica, podendo-se inferir a qualidade de assistência que os EESMOS têm nas suas práticas, contribuindo cada vez mais para a valorização, visibilidade e prestígio da Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica.

Os objetivos associados à realização do estágio visam a consecução do percurso formativo de Mestrado e o desenvolvimento de competências do EESMO presentes no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, publicado pela OE. O desenvolvimento dos conhecimentos e competências do EESMO, ao longo de dois anos de formação, preconiza o atingimento de um número mínimo de experiências, publicado em Diário da República no Decreto Lei n.º 9/2009, de 4 de março que transpõe para o direito interno as Diretivas Comunitárias, que poderá conduzir à atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, o estudante, ao longo do seu percurso deverá realizar: o acompanhamento de 100 grávidas; a prestação de cuidados a 40

parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos desde que o estudante assista a mais 20 partos; participação em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante ou depois do parto, em situação de risco; vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis; observação e prestação de cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

As experiências acima enumeradas foram atingidas, com sucesso, conforme se apresenta em seguida.

FIGURA 3: Grávidas cuidadas ao longo do estágio

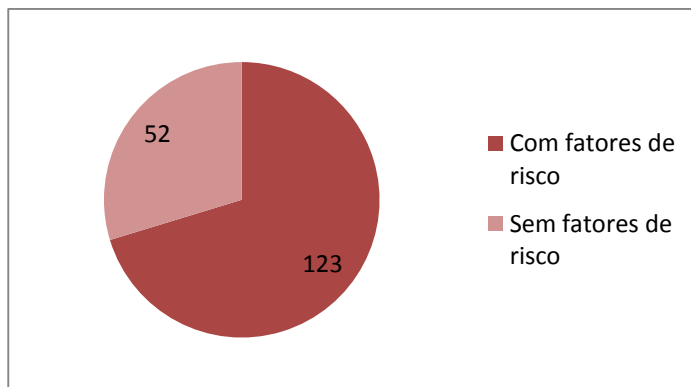


FIGURA 4: Puérperas e RN cuidados ao longo do estágio

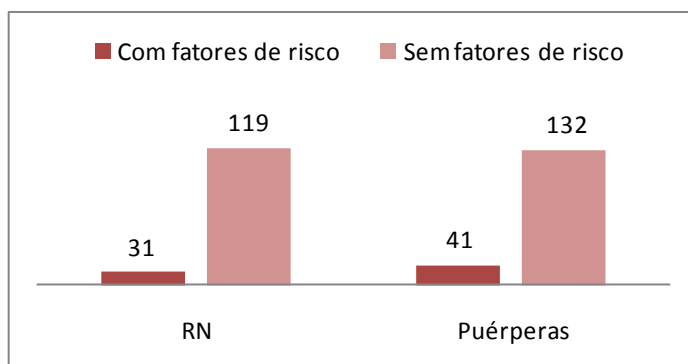
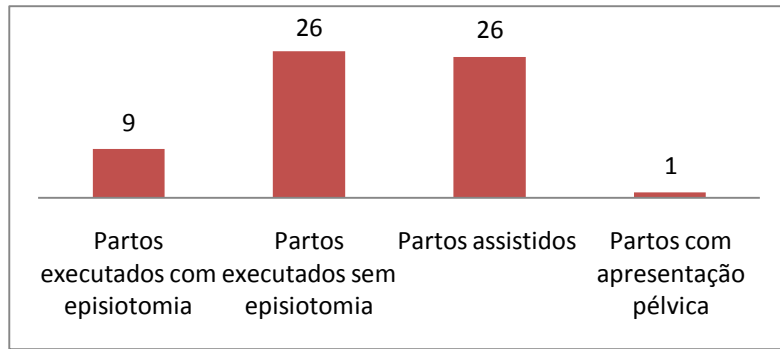


FIGURA 5: Partos executados ao longo do estágio



CONCLUSÃO

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva.

Considera-se que a elaboração deste relatório de estágio, contribuiu para a evolução da construção da disciplina de Enfermagem, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência.

Consideram-se atingidos os objetivos inicialmente definidos no âmbito da aquisição de competências do EESMO. Este relatório apresenta para cada uma das áreas de atuação do EESMO, o desenvolvimento dos processos de enfermagem mais frequentemente realizados, as áreas de atuação mais frequentes, assim como os dados, diagnósticos e intervenções realizadas e fundamentadas pela evidência científica. Considera-se fundamental a inclusão do processo de enfermagem, que representa mais do que uma linha orientadora dos cuidados de enfermagem prestados, uma linguagem universal e objetiva, que reflete o processo de pensamento e atuação dos enfermeiros, assim como a qualidade dos cuidados que prestam diariamente.

Na gravidez com complicações foi possível prestar cuidados específicos a grávidas em contexto de internamento, com fatores relacionados com patologias da gravidez atual, nomeadamente: restrição de crescimento intrauterino; diabetes gestacional; ameaça de parto pré-termo; suspeita de pré-eclâmpsia; e hiperemese gravídica. Devido à diabetes gestacional ter sido a patologia mais frequente e de maior incidência na população atual, descreveu-se um estudo de caso de uma grávida com diabetes gestacional internada no serviço de medicina materno-fetal, relatando a sua transição para a parentalidade e para a diabetes gestacional, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Durante o módulo do TP e parto foram prestados cuidados personalizados a cada estadio do TP.

Durante o primeiro estadio do TP, o jejum, o enema, a punção venosa, a infusão de líquidos e a tricotomia, não foram realizadas rotineiramente, por não serem recomendados. A deambulação, no entanto, foi estimulada. O partograma é recomendado para a identificação de possíveis anormalidades na evolução do parto, tendo sido uma ferramenta usada durante o TP. O método ideal para a avaliação da vitalidade fetal é a auscultação fetal intermitente, no entanto, frequentemente recorreu-se à cardiotocografia contínua externa, nos casos em que as parturientes tiveram perfusão de ocitocina e analgesia por via epidural, conforme o protocolo de serviço. A conduta ativa do TP com utilização de ocitocina e a amniotomia precoce ficou reservada a casos selecionados, não sendo recomendadas por rotina na prática obstétrica. O alívio da dor em obstetrícia é motivo de vários estudos. De entre os métodos não farmacológicos utilizou-se a imaginação guiada, os exercícios respiratórios, a audioanalgesia e a massagem. As analgesias de parto por via epidural e combinada podem ser utilizadas para alívio da dor do trabalho de parto sem efeitos adversos sobre a mãe e o feto. O suporte contínuo materno foi benéfico para as gestantes, determinando maior oportunidade de parto vaginal.

No segundo e terceiros estadios de TP preconizaram-se as posições verticalizadas, a auscultação fetal intermitente, e a não realização de episiotomia de rotina. Após o nascimento, recebeu-se o RN, secou-se e aqueceu-se o mesmo, estimulou-se o contato precoce pele-a-pele, e realizou-se a clampagem tardia do cordão umbilical.

A imersão em água durante o período expulsivo do TP, regista um aumento da satisfação por parte das parturientes no que diz respeito aos esforços expulsivos. Neste sentido, o contacto com alguns casais que demonstraram interesse neste tipo de parto, e questionado sobre os eventuais benefícios do mesmo na adaptação do RN à vida extra-uterina, levou ao interesse de pesquisa sobre a temática. Apesar dos efeitos benéficos comprovados no primeiro estadio do TP, a eficácia e segurança da imersão na água durante o segundo estadio de TP não está estabelecida, e não está associada a benefícios fetais. Recomenda-se a realização de mais investigação nesta área.

Durante o tempo de permanência das puérperas/ casais e RN no serviço, foi facilitado o apoio da família e de pessoas próximas da mesma. Informou-se sobre a fisiologia do processo de recuperação após o nascimento, o auto-cuidado no pós-parto, a atividade sexual e a contraceção. Foram indicados os sinais de alarme no pós-parto que deveriam motivar as puérperas a recorrer aos serviços de saúde. Incentivou-se a amamentação, e respeitou-se o tempo que as puérperas despendiam para cuidar dos seus filhos.

Relativamente aos RN foi proporcionado o fácil acesso à mãe/ cuidadores. Foram realizadas as vigilâncias da pele, da eliminação intestinal e vesical, dos reflexos de sucção e deglutição dos RN, prevenindo complicações (OMS, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASHEIM, V. et al. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 12. – (2011). Chichester: John Wiley & Sons.
- AASHEIM, V. et al. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Issue 12. (2010). Oxford: Update Software.
- ABREU, W. - *Transições e Contextos Multiculturais – Contributos para a anamneses e recurso aos cuidadores informais*. **FORMASAU**: Coimbra, 2008.
- AFAF, I. M. et al. - Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. **Adv Nurs Sci**. 2000; 23:1 (2000) 12–28. Aspen Publishers, Inc.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. **AHRQ Evidence Report/Technology Assessment**. 2009. No. 176. Rockville, MD.
- ALASZEWSK, A.; HORLICK-JONES, T. How can doctors communicate information about risk more effectively? **BMJ** 327:7417(2003) 728–31.
- ALBERS, L. et al. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related perineal pain. **Birth** 26:1(1999) 11-17.
- ALBERS, L. et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. **Journal of Midwifery & Women's Health**. 50:5 (2005) 365-72.
- ALBERS, L. The Evidence for Physiologic Management of the Active Phase of the First Stage of Labor. **Journal of Midwifery & Women's Health** .52:2(2007) 207-215.
- ALBUQUERQUE, M. et al. Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebé. **Revista Referência**. 2:9 (2009). 15-26.
- ALEXANDER, J.; MCLNTIRE, D.; LEVINO, K. Forty weeks and beyond: Pregnancy outcomes by weeks of gestation. **Obstet Gynecol**. 96:2(2000) 291-293.
- ALFIREVIC, Z. et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Review*. In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- ALLEN, V.M. et al. Maternal and Perinatal Outcomes With Increasing Duration of the Second Stage of Labor. **American Journal of Obstetrics & Gynecology** 113:6 (2009) 1248-1258.
- ALLIGOOD, M. et al. Transition Theory. In *Nursing Theorists and Their Work*. **USA: Mosby/Elsevier**. 7 (2010) 416-433.
- ALTMAN, M.; LYDON-ROCHELLE, M. Prolonged second stage of labor and the risk of adverse maternal and perinatal outcomes: A systematic review. **Birth** 33:4 (2006)315-22.

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics**. 128:5 (2011).
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. ACOG - Timing of umbilical cord clamping after birth. Committee opinion. **Obstet Gynecol** (2012).
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. ACOG Imersion in water during labor and delivery. committee opinion. **Obstet Gynecol**. 594 (2014).
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG (2013) Gestational diabetes mellitus: Clinical management guidelines for obstetricians–gynecologists. **Obstet Gynecol**. 122(2013) 406–416.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee on obstetric practice. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Committee opinion. **Obstet Gynecol** 326. 106:6(2005) 1469-70.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Management of Postterm Pregnancy (2004). ACOG Practice Bulletin No. 55. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. **Operative Vaginal Delivery**. Washington, DC, 2000. ACOG Practical Bulletin.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 70: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring. **Obstet Gynecol**. 106:6 (2005)1453-60.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. **Obstet Gynecol**. 114:1 (2009)192-202.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. **Obstet Gynecol**. 107:4(2006)957-962.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus, (Position Statement). **Diabetes Care**. 36:1(2013) 67–74.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of pediatric and neonatal patients: pediatric basic life support. **Pediatrics**. 117:5 (2006) 989-1004.
- AMNESTY INTERNATIONAL. Deadly delivery: the maternal health care crisis in the USA. 2010. **London: Amnesty International**.
- AMORIM, A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal, **Acta Paul Enferm**. 24:1(2011) 94-100.
- ANDERSON, G.C. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 1 (2004). Chichester: John Wiley & Sons.
- ANIM, M.; SMYTH, R.; HOWELL C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **The Cochrane Library**, Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- ATKINSON, S. Feeding the normal term infant: human milk and formula. **Sinclair JC and Bracken MB** (1992) *Effective Care of the Newborn Infant* Oxford: Oxford University Press.
- AUSTIN, S.C. ; SANCHEZ-RAMOS, L. ; ADAIR, C.D. Labour induction with intravaginal misoprostol compared with the dinoprostone vaginal insert: a systematic review and metaanalysis. **Obstet Gynecol**. 202:624 (2010) 1-9.
- AYRES DE CAMPOS, D. ; MONTENEGRO, N. ; RODRIGUES, T. **Protocolos de Medicina Materno Fetal**. Lisboa-Porto: Lidel 2ª Edição, 2008.
- AYRES DE CAMPOS, D. ; SLVA, I. ; COSTA, F.J. **Emergências Obstétricas**. 1ª edição, Lidel, Lisboa, 2011.

- AYRES DE CAMPOS, D. et al. A randomised clinical trial of intrapartum fetal monitoring with computer analysis and alerts versus previously available monitoring- **BMC Pregnancy and Childbirth**. 10:71 (2010)
- AYTON, H. et al. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. **European Journal of Obstetrics & Gynecology**. 121:1 (2005) 46-50.
- BARLOW, J.; HAINSWORTH, J.; THORNTON, S. Women's experiences of hospitalisation with hypertension during pregnancy: Feeling a fraud. **Journal of Reproductive and Infant Psychology** 26:3 (2008) 157-67.
- BARRAGÁN, L.; GONZALES, F. Biofeedback for pain during labour (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- BASKETT, T. Shoulder dystocia. *Best Pract Res. Obstet Gynaecol*. 16:1 (2002) 57-68.
- BECKMANN, C.R.B. et al. **Obstetrics and Gynecology**. 6th edition, Lippincott Williams & Wilkins 2010.
- BECKMANN, M.M.; GARRETT, A.J. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- BECKMANN, M.M.; GARRETT, A.J. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 1 (2006) Chichester: John Wiley & Sons.
- BEGLEY, C.M. et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 11 (2011). Chichester: John Wiley and Sons.
- BERGSTROM, L. et al. "You'll Feel Me Touching You, Sweetie": Vaginal Examinations During the Second Stage of Labour. **Birth** 19:1 (1992) 10-18.
- BHETHANABHOTLA, S.; et al. Effect of position of infant during phototherapy in management of hyperbilirubinemia in late preterm and term neonates: a randomized controlled trial- **Journal of Perinatology**. 33 (2013) 795-799.
- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **British Medical Journal** 343: d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400. Open Access. (2011).
- BJORN, L.; CORNELIA, O. Parental interaction with infants treated with medical technology. **Scand J Caring Sci**. 27 (2013) 597-607.
- BLOOM, A. et al. A randomised trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. 194 (2006) 10-3.
- BLOOM, S.L. et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. **New England Journal of Medicine** 339 (1998) 76-79.
- BRAMSON, L. et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. **Journal of Human Lactation**. 26:2 (2010) 130-7.
- BRANDAO, S. Envolvimento emocional do pai com o bebê: impacto da experiência de parto. *Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*. 2009. Tese de mestrado.
- BRANDAO, S.; FIGUEIREDO, B. Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. **J Adv Nurs**. 68:12 (2012) 2730-2739.
- BRAZ, J.; et al. Diabetes mellitus gestacional: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research –BJSCR**. 6:2 (2014) 33-37.

- BRICKER, L.; LUCKAS, M. Amniotomy alone for induction of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2012 (4). CD002862.
- BRITTON, C. et al. Support for breastfeeding mothers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons Carbjal R, VS. (2007).
- BRYERS, H.; TEIJLINGEN, E. Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. **Midwifery**. 26:5 (2010)488–96.
- BUENO, M. Obtenção y Medición de Gases Capilares, disponível em <http://www.aibarra.org/>.
- BURNS, E.; CLUETT, R. Immersion in water in labour and birth (Review). Oxford Brookes university – Research Archive and Digital Asset Repository (RADAR). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 23: 2 (2011) 1-103.
- CAMPOS, D.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. **Protocolos de Medicina Materno-Fetal**. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2008.
- CANAVARRO, M.C. **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 978-989-558-081-1. (2006)
- CANAVARRO, M.C.; FONSECA, A. Reações Parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congénita do bebé: implicações para a intervenção dos profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 11:2 (2010) 283-297.
- CANTWELL, R. et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. **BJOG**. 118:1 (2006) 1–203.
- CARDOSO, A. Tornar-se mãe, tornar-se pai. Estudo sobre a avaliação das competências parentais. Tese de Doutoramento. Porto, 2012
- CARFOOT, S.; WILLIAMSON, P.R.; DICKSON, R. A systematic review of randomised controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breastfeeding. **Midwifery** 19 (2003)148-55.
- CARGILL, Y.M. et al. Guidelines for operative vaginal birth. **J Obstet Gynaecol Can**. 26:8 (2004) 747-61.
- CARPER, B.A. **Fundamental patters of knowing in nursing**, 1978.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1 (2009) Chichester: John Wiley & Sons.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth, **Cochrane Database Syst Rev**. (1): CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2.,2012.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- CARTER, C.S. Developmental consequences of oxytocin. **Physiol Behav**. 79:3 (2003) 383-97.
- CARVALHO, C.; SOUZA, A.; MORAES, O. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**. 38:5 (2010) 265-70.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROLAND PREVENTION Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 60:878 (2011).
- CENTRE FOR MATERNAL AND CHILD ENQUIRIES. Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 118 (Suppl 1), 1:203 (2011).
- CERRI, V. et al. Intravenous glucose infusion in labor does not affect maternal and fetal acid-base balance. **J Matern Fetal Med**. 9:4 (2009) 204-8.

- COMISSÃO PARA A IGUALDADE NO TRABALHO E NO EMPREGO (CITE). **Direitos de Proteção da Maternidade e da Paternidade**. Regulamento da Lei nº 59/2008, de 11/08
- CHALMERS, B. et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. **Birth**. 36:1 (2009)13-25.
- CHEN, C.; CHANG, C.; LIN, C. Comparison of a Novel Computerized Analysis Program and Visual Interpretation of Cardiotocography. **PLoS ONE** 9:12 (2014).
- CHENG, Y.; HOPKINS, L.; CAUGHEY, A. Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes. **Am J Obstet Gynecol**. 196:585 (2007) p.1-6.
- CHENG, Y.; HOPKINS, L.; CAUGHEY, A. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 191 (2004) p.933-938.
- CHRISTENSSON, K.; et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatrica** 84:5 (1995) 468-73.
- CHRISTENSSON, K.; et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. **Acta Paediatrica Scandinavica** 81:488 (1992).
- CHUANG, C.; VELOTT, D.; WEISMAN, C. Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions. **Maternal and Child Health Journal**. 14:5 (2010) 713–9.
- CIPE versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. 2011. **Associação Portuguesa de Enfermeiros**.
- CLUETT, E.R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2, 2009. Chichester: John Wiley & Sons.
- CLUETT, E.R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- COHAIN, J.S. Towards a physiological management of the third stage that prevents postpartum haemorrhage. **MIDIRS Midwifery Digest**. 20:3 (2010) 348-351.
- COLSON, S. The physiology of lactation revisited. **The Practising Midwife**. 10:10 (2007) 14-8.
- COLSON, S.; MEEK, J.; HAWDON, J. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. **Early Human Development** 84 (2008) 441–449.
- COOK, P.; BELLIS, M. Knowing the risk: relationships between risk behavior and health knowledge. **Public Health**, 115:1 (2001) 54–61.
- COOKE, A. When will we change practice and stop directing pushing in labour? (2010). **British Journal of Midwifery** .18:2 (2010) 77-81.
- CORBIN, J. Women’s perceptions and management of a pregnancy complicated by chronic illness. **Health care for women international**, 8 (5–6), (1987) 317–337.
- CORDERO, Y. et al. Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la Diabetes Gestacional. **RICYDE**. 27:8 (2012) 3-19.
- CORNELIA, E. **O Parto na água: Um guia para país e parteiras**. Editora Manole Ltda., Brasil, 2000. ISBN 85-204-1079-0.
- COTTER, A.; NESS, A.; TOLOSA, J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 12, 2010. Oxford: Update Software.
- COTTON, J. Considering the evidence for upright positions in labour. **MIDIRS Midwifery Digest** 20:4 (2010) 459-463.
- COUDERED, S. et al. Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled study. **British Medical Journal**. 326:13 (2003).

- COUSENS, S. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. **The Lancet**, 377:9774 (2011) 1319–1330.
- COUSTAN, D. et al. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus. **Am J Obstet Gynecol**. 202:6(2010) 654 e 651-656.
- CRAIG, J. V.; SMYTH, R.L. **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Lusociência, Edições Técnicas e Científica Lda, Camarate, 2004.
- CRANDALL, C.S. et al. Social norms and the expression and suppression of prejudice: the struggle for internalization. **Journal of Personality and Social Psychology**, 82: 3 (2002) 359– 377.
- CULLUM, N. et al. **Enfermagem baseada em evidência: Uma introdução**. Artmed editora S.A., 2010. ISBN 978-1-4051-4597-8.
- CUNNINGHAM, F. G et al. **Obstetrícia de Williams**. 23ª edição: McGraw Hill. Brasil, 2013.
- CUNNINGHAM, P. et al. “the puerperium”. In **Williams Obstetrics**, 23rd Edition, McGraw-Hill, 2010.
- DAHLEN, H. et al. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. **Birth** 34:4 (2007) 282-290.
- DAMIEL, G. et al. The effects of water birth on neonatal outcomes: a five-year result of a referral tertiary Centre. Vol: 17 (2013) 1395-1398.
- DECLERCQ, E. et al. Listening to mothers II: Report of the second national U.S. **Survey of women's childbearing experiences**. New York: Childbirth Connection, 2006.
- DECLERCQ, E. et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. **Obstetrics & Gynecology**, 109:3 (2007) 669-77.
- DECLERCQ, E. et al. Maternal risk profiles and primary cesarean rate in the United States. **American Journal of Public Health**, 96:5 (2006) 867-72.
- DEMOTT, K. et al. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care of Recently Delivered Women And Their Babies. London: **National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners**, 2006.
- DENIS, A.; PONSINB, M.; CALLAHANB, S. The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues, **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. 30: 4 (2012) 388–397.
- **DEPARTMENT OF HEALTH (DH)**. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. London, 2004.
- **DEPARTMENT OF HEALTH (DH)**. Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service. London, 2007.
- **DEPARTMENT OF HEALTH (DH)**. Healthy Child Programme: Pregnancy and the first five years of life. London, 2009.
- DEVANE, D. et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2, 2012. Art.No.: CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub4.
- **DGS - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**. Ed. Revista e atualizada. Lisboa, 2008.
- DOMENICO, E.; IDE, C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 11: 1 (2013) 115-118.

- DORES, J.; PIMENTA, L.V.S. **Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez**. Lisboa 2011.
- DOWSWELL, T. et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief in labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- DUDDING, T.C.; VAIZEY, C.; KAMM, M. Obstetric anal sphincter injury; risk factors, and management. **Annals of Surgery** 247:2 (2008) 224-37.
- DURHAM, R. Negotiating activity restriction: A grounded theory of home management of preterm labor. **Qualitative Health Research** 9:4 (1999) 493–503.
- DYSON, L. et al. Promotion of breastfeeding initiation and duration: Evidence into practice briefing. **NICE**. London, 2006.
- EASON, E. et al. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 95 (2000) 464-471.
- EATON, J. Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. **Seminar Perinatol**. 30:1 (2006) 34-43.
- EDWARDS, A.; ELWYN, G.; MULLEY, M. Explaining risks: Turning numerical data into meaningful pictures. **BMJ**. 324:7341 (2002) 827–30.
- ELISABETH, K. et al. Tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study, **BMC Pregnancy and Childbirth**. 10:21 (2010).
- ENKIN, M. et al. **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. Third Edition Oxford: Oxford University Press (2000).
- ENKIN, M. Risk in pregnancy: the reality, the perception, and the concept. **Birth** (Berkeley, Calif.), 21:3 (1994) 131–134.
- FAHY, K. et al. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: a cohort study. **Women and Birth** 23:4 (2010) 146-152.
- FAHY, K. Third stage of labour care for women at low risk of postpartum haemorrhage. **Journal of Midwifery and Women's Health** 54:5 (2009) 380-386.
- FAIRBANK, L. et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. **Health Technology Assessment Programme** 4:25 (2000).
- FARRAR, D. et al. Care during the third stage of labour: a postal survey of UK midwives and obstetricians. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 10:23 (2010).
- FARRAR, D. et al. Measuring placental transfusion for term births: weighing babies with the cord intact. **Arch Dis Child Fetal Neonatal** Ed 94:7 (2009)
- FERNANDES, A. et al. Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? **Ata Pediátrica Portuguesa**, 43:2 (2012) 59-62, ISSN 0873-9781.
- FIGUEIREDO, B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology**. 3:3 (2003) 521-539.
- FRANK, L.; GILBERT, R. **Reducing pain during blood sampling in infants**. Clinical Evidence 9 (2003) 419-35.
- FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. 6ª ed. Porto Alegre :Artmed, 2011.
- FRENEA, S. et al. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. **Anesth Analg**. 98:1 (2004)224-9.
- GABBE, S.; NIEBYL, J.; SIMPSON. **Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies** 5th Ed (2007). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- GARCÊS, M. **Vivências da figurapaterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade**. Porto 2011. Tese de Mestrado.

- GARCIA-VARGAS, L. et al. Gestational diabetes and the offspring: implications in the development of the cardiorenal metabolic syndrome in offspring. **Cardiorenal Med.** 2 (2012) 134–142.
- GARDOSI, J.; HUTSON, N.; B-LYNCH, C. Randomised controlled trial of squatting in the second stage of labour. **The Lancet.** 8654 (1989) 74-77.
- GATES, S.; BROCKLEHURST, P.; DAVIS, L. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- GENESONI, L.; TALLANDINI, M.A. **Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature**, 1989-2008.
- GHERMAN, R.B. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. **Clin Obstet Gynecol.** 45:2 (2002) 354-362.
- GIBB, D. **Fetal Monitoring in Practice**. 3rd Edition, Elsevier, 2008.
- GLDBERG, J. et al. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study. **J Reprod Med.** 51:8 (2006) 603-9.
- GOER, H. Does walking enhance labor progress? **Birth.** 26 (1999) 127-129.
- GONZALEZ, R. et al. Artículo de revisión: Actualidades en diabetes gestacional. **Rev Sanid Milit Mex.** 68:5 (2014) 276-282.
- GOUDAR, S.S. et al. Variation in the postpartum hemorrhage rate in a clinical trial of oral misoprostol. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine** 21:8 (2008) 559-64.
- GOULD, D. Normal labour: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing.** 31 (2000) 418-427.
- GRAÇA, L.M. “Puerpério e Lactação”. **Medicina Materno-Fetal** (4ª Edição). Lidel – Edições Técnicas, Lisboa, 2010.
- GRANT, J. Reassessing the Second Stage. **The Association of Chartered Physiotherapists in Obstetrics and Gynaecology** 60 (1987) 26-30.
- GRAY, B.A. Hospitalization history and differences in self-rated pregnancy risk. **Western Journal of Nursing Research** 28:2 (2006) 216–29.
- GRAY, G. **Pratica baseada na evidência**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- GREEN, J.; BASTON, H. Feeling in control during labour: concepts, correlates, and consequences. **Birth.** 30 (2003) 235-247.
- GREEN, J.; COUPLAND, V.; KITSINGER, J. Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. **Birth.** 17 (1990) 15-24.
- GREENHALGH, T.; WESSELY, S. ‘Health for me’: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. **British Medical Bulletin.** 69 (2004) 197–213.
- GRIVELL, R.M.; et al. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, 2010. Art. No.: CD007863. DOI: 10.1002/14651858.CD007863.pub2.
- GROBMAN, W.A.; et al. Patient perceptions of multiple gestations: an assessment of knowledge and risk aversion. **American Journal of Obstetrics and Gynecology.** 185:4 (2001) 920– 924.
- GROUTZ, A.; et al. Third – and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. **American Journal of Obstetrics and Gynecology.** 204:4 (2011)1-4.
- GUI, J.; LIU, Q.; FENG, L. Metformin vs Insulin in the Management of Gestational Diabetes: A Meta-Analysis. **PLoS ONE.** 8:5 (2013) e64585.
- GULMEZOGLU, A.M.; CROWTHER, C.A.; MIDDLETON, P. Induction of labour for improving birth outcomes at or beyond term. **Cochrane Database Syst Rev**, (4):CD004945 (2006).

- GÜLMEZOĞLU, A.M.; et al. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J. Position for women during second stage of labour. (Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- GUPTA, J.; HOFMEYR, G.; SMITH, R. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, 2004. Chichester: John Wiley & Sons.
- GUPTON, A.; et al. Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN/NAACOG**. 30:2 (2001) 192–201.
- GYTE, G. Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby, of the various components of 'active' of the third stage of labour. **Midwifery**. 10:4 (1994) 183-199.
- HANDWERKER, L. Medical risk: Implicating poor pregnant women. **Social Science and Medicine**. 38:5 (1994) 665–75.
- HARRIS, T. Care in the third stage of labour. In: **Macdonald S and Magill-Cuerden J (Eds) Mayes' Midwifery**. London: Bailliere Tindall Elsevier, 2011.
- HARRIS, T. Midwifery practice in the third stage of labour. **PhD Thesis**. Leicester: De Montfort University, 2005.
- HARRISON, M.J.; et al. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. **Birth**. 30:2 (2003) 109–15.
- HASTIE, C.; FAHY, K.M. Optimising psychophysiology in the third stage of labour: theory applied to practice. **Women and Birth**. 22:3 (2009) 89-96.
- HATEM, M.; et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 4, 2008. Chichester: John Wiley & Sons.
- HATEM, M.; et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- HAYNES, R.B. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based health care decisions. **ACP J Club**. 145:3 (2006) A8
- HEADLEY, A.J.; HARRIGAN, J. Using the pregnancy perception of risk questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. **Journal of the National Medical Association**. 101:10 (2009) 1041–1045.
- HEAMAN, M.; et al. A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. **Clinical Nursing Research**. 1:3 (1992) 252–265.
- HEAMAN, M.; GUPTON, A.; GREGORY, D. Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. **American Journal of Maternal Child Nursing**. 29:2 (2004) 111–6.
- HEAMAN, M.I.; GUPTON, A.L. Psychometric testing of the perception of pregnancy risk questionnaire. **Research in Nursing and Health**. 32:5 (2009) 493–503.
- HEFFNER, I.; ELKIN, E.; FRETTS, R. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on Cesarean delivery rates. **Obstet Gynecol**. 102:2 (2003) 287-93.
- HEIMSTAD, R; et al. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in post term pregnancy: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**. 109:3 (2007) 609-17.
- HEMMINKI, E.; SAARIKOSKI, S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labour. **European Journal of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology**. 15 (1983) 129-139.
- HENRIKSEN, T. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 87 (2008) 134–145.

- HILLIER, T.A.; et al. Childhood obesity and metabolic imprinting: the ongoing effects of maternal hyperglycemia. **Diabetes Care**. 30 (2007) 2287–2292.
- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Elsevier, 2011.
- HODNETT, E.D.; et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 7, 2013. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- HODNETT, E.D.; et al. Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). **Cochrane Database Syst Rev**. 9:CD000012 (2010).
- HOFMEYR, G.J. Evidence-based intrapartum care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 19:1 (2005) 103-15.
- HOLLINS, C. Effects of valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. **British Journal of Midwifery**. 17:5 (2009) 279-285.
- HOWARTH, G.; BOTHA, D.J. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**. (3):CD003250 (2012).
- HUTTON, E.K.; HASSAN, E.S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **JAMA**. 297:11 (2007) 1241-52.
- IMDAD, A.; et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Review). **The Cochrane Library**, Issue 5, 2013 (pg. 1-19) <http://www.thecochranelibrary.com>.
- IMPEY, L.; et al. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. **Lancet**. 361:9356 (2003) 465-70.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). Management of labor. **Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)**. (2007) 72.
- INSTITUTE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF IRELAND AND DIRECTORATE OF STRATEGY AND CLINICAL PROGRAMMES HEALTH SERVICE EXECUTIVE. **Clinical practice guideline-intrapartum fetal heart rate monitoring - Version 1.2**. Guideline No. 6 Revision date: April 2014.
- **INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)**. Combater a desigualdade: da evidência à ação. Genebra: ICN, 2012.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. “Global Guideline on Pregnancy and Diabetes”. **IDF Clinical Guidelines Task Force**, 2009.
- IRION, O.; BOULVAIN, M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2**, 1998.
- IPÝK, S.N.; BILGILI, N. Postnatal Depression: Midwives and Nurses Knowledge and Practices. **Erciyas Medical Journal**. 32:4 (2010) 265-274.
- JAIN, L.; EATON, D. Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. **Seminar Perinatol**. 30 (2006) 34-43.
- JANDER, C.; LYRENAS, S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**. 80 (2001) 229-234.
- JANNI, W.; et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. **Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica**. 81 (2002) 214-221.
- JOHAN, C. H.; et al. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS, Arch. **Womens Ment Health**. 13 (2010) 373–384.

- JOHANSON, R.; MENON, V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. **Cochrane Database Syst Rev.** 2010. 11:CD000446.
- JOHANSON, R.B.; MENON, V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. **Cochrane Database Syst Rev.** 2010; 11:CD000224.
- JOHNSON, J.; GALAL, S. Mental health - what's that got to do with midwives? **Midwifery & Maternal Health.** 21:8 (2014) 45.
- JOHNSON, K.C.; DAVISS, B.A. Outcomes of planned home births certified professional midwives: large prospective study in North America. **BMJ.** 330:7505 (2005)1416-22.
- JONGE, A.; et al. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. **Midwifery.** 25:4 (2009) 439-48.
- JONGE, A.; TEUNISSEN, T.; LAGRO-JANSSEN, A. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.** 25 (2004) 35-42.
- JONSSON, E.R.; et al. Modified Ritgen's manoeuvre for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. **American Journal of Obstetrics & Gynecology.** 112 (2008) 212-7.
- JORDAN, R.G.; MURPHY, P.A. Risk Assessment and Risk Distortion: Finding the Balance. **Journal of Midwifery and Women's Health.** 54:3 (2009) 191-200.
- JORDAN, S.; et al. The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.** 112 (2005) 927-34.
- JOZWIAK, M.; et al. Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomised controlled trial. **Lancet.** (2011) 2095-103.
- JU, H.; et al. Borderline gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes. **BMC Pregnancy Childbirth.** 8: 31 (2008).
- KARP, H. Five simple steps to calm your baby's fussies! - **Pediatrics for parents.** Bangor, 2007.
- KASHANIAN, M.; et al. Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomized controlled trial. **Midwifery.** 26:2 (2010) 241-245.
- KAUFMAN, K.E.; BALIT, J.L.; GROBMAN, W. Elective Induction: An Analysis of Economic and Health Consequences. **American Journal of Obstetrics & Gynecology.** 187:4 (2002) 858-63.
- KELLER, C.; SIEGRIST, M. Effect of risk communication formats on risk perception depending on numeracy. **Medical Decision Making.** 29:4 (2009) 483-90.
- KETTLE, C.; HILLS, R.K.; ISMAIL, K.M. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. (Cochrane Review). **The Cochrane Library,** Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- KETTLE, C.; JOHANSON, R.B. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair (Cochrane Review). **The Cochrane Library,** Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- KHEIR, A. Retracted: Infantile colic, facts and fiction. **Italian Journal of Pediatrics.** 38:34 (2012).
- KIM, C.; NEWTON, K.M.; KNOPP, R.H.; Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. **Diabetes Care.** 25 (2002) 1862-1868.
- KIMBERLEY, R.; ALLEN, P. Pulse Oximetry Screening for Critical Congenital Heart Disease in the Newborn- **PEDIATRIC NURSING.** 39:5 (2013).

- KINNEY, H. The near term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: A review. **Seminar Perinatol.** 30 (2006) 81-88.
- KIRKHAM, M. Checking not listening: How midwives cope. **British Journal of Midwifery.** 10:7 (2002) 447–50.
- KITZINGER, S. **Porque Chora o meu bebé?** (C.Martins, Trad). Porto: Porto Editora, 2006.
- KUO, Y.C.; CHEN, C.P.; WANG, K. Factors influencing the prolonged second stage and the effects on perinatal and maternal outcomes. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.** 22 (1996) 253-257.
- LAGERBERG, D.; MAGNUSSON, M. Infant gender and postpartum sadness in the light of region of birth and some other factors: a contribution to the knowledge of postpartum depression. **Arch Womens Ment Health.** 15 (2012) 121–130. DOI 10.1007/s00737-012-0265-3.
- LANGER, O.; et al. Gestational diabetes: the consequences of not treating. **Am J Obstet Gynecol.** 192 (2005) 989–997.
- LAUZON, L.; HODNETT, E.D. Labour assessment programs to delay admission to labour wards (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 3, 2009. Oxford: Update Software.
- LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R.M. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- LAWRENCE, A.; et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, (2009). Chichester: John Wiley & Sons.
- LAWRENCE, A.; et al. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- LEBOYER, F. **Birth Without Violence.** New York: Alfred A Knopf, 1975.
- LEE, J.; et al. Health risk perceptions as mediators of socioeconomic differentials in health behaviour. **Journal of Health Psychology.** 13:8 (2008) 1082-91.
- LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. **Health Risk and Society** 14:6 (2012) 511–31.
- LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D.A. A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies. **Midwifery.** (2013). Doi: 10.1016/j.midw.2013.04.010.
- LEICHTENTRITT, R.D.; et al. High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. **Health and Social Work** 30:1 (2005) 39–47.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual do Aleitamento Materno.** 2ª Edição, 2008. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. **Manual de aleitamento materno**, 2012.
- LEVY, V. Maintaining equilibrium: A grounded theory study of the processes involved when women make informed choices during pregnancy. **Midwifery.** 15:2 (1999) 109–19.
- LEWIS, G. THE CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer. **The Seventh Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.** London: CEMACH, 2007.
- LIABSUETRAKUL, T.; et al. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

- LOGUE, M. Management of the third stage of labour (midwife's view). **Obstetrics and Gynaecology**. 10:2 (1990) S10-S12.
- LOPES, A.; et al. Meu filho sob uma luz: a assistência de enfermagem em puérperas de neonatos sob fototerapia. **Enfermagem Brasil**. 12:3 (2013).
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures : Lusodidacta, 2008.
- LU, M.C.; et al.. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. **Maternal Child Health Journal**. 9:3 (2005) 297-306.
- LUMBIGANON, P. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV) (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- LUMSDEN, H. Midwives' experience of examination of the newborn as an additional aspect of their role: a qualitative study. **MIDIRS**. 15:4 (2005) 450-57.
- LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political function or risk discourse in public health. **International Journal of Health Services**. 23:3 (1993) 425-435.
- LUPTON, D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. **Social Science and Medicine**. 45:3 (1997) 373-381.
- LYERLY, A.D.; et al. Risks, values, and decision making surrounding pregnancy. **Obstetrics and Gynecology**. 109:4 (2007) 979-84.
- MACARTHUR AJ., MACARTHUR C. Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. **American Journal Obstetrics and Gynecology**. 191:4 (2004) 1199-1204.
- MAGANN, E.F.; et al. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. **Obstetrics and Gynecology**. 105:2 (2005) 290-293.
- MAHLE, W.T.; et al. Endorsement of health and human Services recommendations for pulse oximetry screening for screening congenital heart disease. **Pediatrics**. 129 (2012) 190-192.
- MANNEL, R.; MARTENS, P.; WALKER, M. **Manual prático para consultores de lactação**. Loures: Lusociência, 2011.
- MARCH OF DIMES. **Pregnancy & Newborn Health Education Center: Inducing Labor**. (2009). Available at http://www.marchofdimes.com/pnhec/240_20202.asp.
- MARIN, G.M.A.; et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. **Acta Paediatrica**. 99:11 (2010) 1630-4.
- MARTÍN-LÓPEZ, J.E.; et al. La vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica del recién nacido. **Farm Hosp**. 35:3 (2011) 148-155.
- MASLOW, S.; SWEENEY, L. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low risk women at term. **Obstet Gynecol**. 95:6 (2000) 917-22.
- MATHEWS, J.E.; et al. Comparison of two World Health Organization partographs. **Int J Gynaecol Obstet**. 96:2 (2007) 147-50.
- MAYBERRY, L.; et al. Use of delayed pushing with epidural anesthesia: Findings from a randomized controlled trial. **K Adv Nurs**. 19:1 (1999) 26-30.
- MAYERHOFER, K.; et al. Traditional Care of the Perineum during Birth. A prospective, Randomised Multicentre Study of 1,076 women. **The Journal of Reproductive Medicine**. 47 (2002) 477-82.
- MCCANDLISH, R.; et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 105 (1998) 1262-1272.
- MCDONALD, S.; ABBOTT, J.M.; HIGGINS, S.P. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

- MCDONALD, S.J.; et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 7, 2013. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- MCDONALD, S.J.; MIDDLETON, P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2, 2009. Chichester: John Wiley and Sons.
- MCKAY, S.; BARROWS, T.; ROBERTS, J. Women's views of second stage labor as assessed by interviews and videotapes. **Birth**. 17 (1990) 192-198.
- MCKAY, S.; ROBERTS, J. Obstetrics by Ear: Maternal and caregiver perceptions of the Meaning of Maternal Sounds during Second Stage Labor. **Journal of Nurse-Midwifery**. 35 (1990) 266-273.
- MEDINA-SERDÁN, E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. (Spanish). **Perinatología Y Reproduccion Humana**. 27:3 (2013) 185-193.
- MELEIS, A. **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2005.
- MELEIS, A.; et al. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. 23:1 (2000) 12-28.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. 42 (1994) 255-259.
- MENAKAYA, U.; et al. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. **Woman and Birth**. 26 (2012) 114-118.
- MENDES, I.; et al. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 37:4 (2003) 43-50.
- MENEZ-ORIEUX, C.; et al. Poussée retardée versus poussée immédiate lors de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale. Une méta-analyse des essais randomisés. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**. 34:5 (2005) 440-7.
- MENTICOGLU, S.M.; et al. I Perinatal outcome in relation to second-stage duration. **American Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 173 (1995) 906-912.
- MERCER, J.S.; et al. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **Journal of Midwifery and Womens Health**. 52:3 (2007) 262-272.
- MERCER, R. T. The nurse and maternal tasks of early postpartum. **MCN Am J Matern Child Nurs**. 6: 5 (1981) 341-5.
- MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. **Res Nurs Health**. 18.:4 (1995) 333-43.
- MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L.; DEJOSEPH, J. F. Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. **Research in Nursing & Health**. 16:1 (1993) 45-56.
- MERCER, R.T. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 36:3 (2004) 226–232.
- MERIGHI, M.A.B.; CARVALHO, G.M.; SULETRONI, V.P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta Paul Enferm**. 20:4 (2007) 434-40.
- METZGER, B.E.; et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. **N Engl J Med**. 358 (2008) 1991– 2002.
- MICHAEL, D. **Expands Recommendations on SIDS and Other Sleep-Related Deaths**, Practice Guidelines, 2012.
- MICHIGAN QUALITY IMPROVEMENT CONSORTIUM. Routine prenatal and postnatal care. **Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium**, 2011.
- MIDIRS. Informed choice for professionals; Vitamin K – the debate and the evidence no 18. **MIDIRS**, 2008.

- MIDIRS. Positions in labour and delivery. Informed choice for professionals leaflet Bristol: **MIDIRS**, 2008.
- MIDIRS. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systemic Reviews**, Issue 1, 2009. Chichester: John Wiley & Sons.
- MIQUELUTTI, M.A.; et al. The vertical position during labor: pain and satisfaction. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 9 (2009) 393-398.
- MIRA, T.; et al. Avaliação de desconfortos musculoesqueléticos em gestantes saudáveis e com diabetes gestacional. **Salusvita, Bauru**. 31:1 (2012) 41-54.
- MIRZA, I.; JENKINS, R.; Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. **British Medical Journal**. 328:7443 (2004) 794–797.
- MITCHELL, K. Beyond the Baby Blues. **Health & elder care**. June, 2012.
- MOLLAMAHMUTOĞLU, L.; et al. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. **BIRTH**. 13 (2012) 45-49.
- MONTE, C. Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino. **Manual do Participante**. World Health Organization e UNICEF. (1997)
- MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- MOORE, E.R.; et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systemic Reviews**, Issue 3, 2007. Chichester: John Wiley & Sons.
- MOORE, E.R.; et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systemic Reviews**, Issue 5, 2012. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- MOORE, L.E.; RAYBURN, W.F. Elective induction of labor. **Clinical Obstetrics & Gynecology**. 49:3 (2006) 698-704.
- MORAIS, S.; MIMOSO, G. Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congênita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. **Acta Pediatr Port**. 44:6 (2013) 343-7.
- MOZURKEWICH, E.; et al. Indications for induction of labour: a best evidence review. **BJOG**. 116 (2009) 626-636.
- MOZURKEWICH, E.L.; et al. Methods of induction of labour: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 11:84 (2011).
- MULDER, P. A concept analysis of effective breastfeeding. **Journal of Gynecology and Neonatal Nursing**. 35:3 (2006) 332-9.
- MURPHY, D. Failure to progress in the second stage of labour. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**. 13 (2001) 557-561.
- MURPHY, P.A. Risk, risk assessment, and risk labels. **Journal of Nurse-Midwifery**. 39:2 (1994) 67–69.
- MYLES, T.; SANTOLAYA, J. Maternal and Neonatal Outcomes in Patients with a Prolonged Second Stage of Labor. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 102 (2003) 52-58.
- MYRFIELD, K.; BROOK, C.; CREEDY, D. Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth. **Midwifery**. 13 (1997) 197-201.
- NASCIMENTO, K.; CASAGRANDE, G.; GOLIN, M. Avaliação neurológica de recém-nascidos a termo de baixo risco pelo Método Dubowitz. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. 36:3 (2011) 134-9.

- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. London (England): **Royal College of General Practitioners**, 2006.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S. Clinical Guideline: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. London: **RCOG Press**, 2008.
- NATIONAL HEALTH SERVICE. NHS. Quality Improvement Scotland (NHS QIS). Best Practice Statement for Routine Examination of the Newborn. Edinburgh: **NHS QIS**, 2004.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE LONDON. Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period [www.nice.org.uk/CG063]. **NICE**, 2008.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE. NICE Clinical guideline 37 Routine postnatal care of women and their babies. London: **NICE**, 2006.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE. NICE Intrapartum Care: care of healthy women and their babies. London: **NICE**, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE. NICE Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies. London: **NICE**, 2014.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE. **NICE** Neonatal jaundice Issued: March, 2014.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE. **NICE**. Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period NICE guideline Published: 2015.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE. **NICE** Postnatal care, clinical guideline 37, Issued: December 2014.
- NOGUEIRA J.R.D.F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. **Rev. Enf. Ref.** 3:8 (2012).
- NUGENT; J. PhD- The Competent Newborn and the Neonatal Behavioral Assessment Scale: T. Berry Brazelton's Legacy. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.** 26 (2013) 173–179.
- NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (NMC) The code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives. London: **NMC**, 2008.
- NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION: DEFINITIONS AND ACTIVITIES. Ordem dos enfermeiros – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2. Lisboa: **Lusodidacta**, 2010. ISBN 978-92-95094-35-2.
- O'MAHONY, F., HOFMEYR, G.J., MENON V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. **Cochrane Database Syst Rev.** 2010; 11:CD005455.
- OLSEN, K. (2000) Stop taking the baby! *Practising Midwife* 3: 12-13.
- OLSEN, O.; JEWELL, M.D. Home versus hospital birth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Parecer: Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar. Lisboa: **OE**, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: **Ordem dos Enfermeiros**, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills. Genebra: **OMS**, 2013.
- OSPINA, .AM.; et al Coping and adaptation process during puerperium, **Colombia Médica.** 43:2 (2012).
- PAIVA, A.; SILVA Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir.** 55:2 (2007) 11-20.

- PALING, J.,. Strategies to help patients understand risks. **British Medical Journal**. 327:7417 (2003) 745–748.
- PAPALIA, D.; OLDS, S.; FELDMAN, R. **O Mundo da Criança**. McGraw-Hill de Portugal, 8ª ed., 2001.
- PAPIERNIK, E.; et al. Perception of risk, choice of maternity site, and socioeconomic level of twin mothers. **Journal of Perinatal Medicine**. 25:2 (1997) 139–45.
- PATERSON, C., SAUNDERS, N., WADSWORTH, J. (1992) The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 99 (1988) 377-380.
- PATTERSON, K.A. Experience of risk for pregnant black women. **Journal of Perinatology**. 13:4 (1993) 279–84.
- PATTINSON, R.C.; et al. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. **BJOG**.110:5 (2003) 457-61.
- PEREZ-ESCAMILA, R.; et al. Infant feeding policies on maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. **American Journal of Public Health**. 84:1 (1994) 89-97.
- PERROTIN, F., Utérus cicatriciel: la révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale estelle toujours utile? **J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)**. 28:3 (1999)253-62.
- PIRHONEN, J., GRENEMAN, S., HAADEM, K.; et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland – results of difference in manual help to the baby’s head. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**. 77:100 (1998) 974-977.
- POZZO, M.L.; BRUSATI, V.; CETIN, I. Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in “high-risk” pregnancy. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**. 149:2 (2010) 136–42.
- PRENDIVILLE, W.J.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library**. Issue 1(2010). Oxford: Update Software.
- PRINS, M.; BOXEM, J.; LUCAS, C. et al. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 118 (2011) 662-670.
- RABE, H.; REYNOLDS, G.J.; DIAZ-ROSELLO, J.L. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- RADZYMINSKI, S. Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. **Journal of Gynecology and Neonatal Nursing**. 34:3 (2005) 335-41.
- RAGUSA, A.; et al. Diagnosis of labor: a prospective study. **MedGenMed**. 7:3 (2005) 61-2.
- RAJAN, L. The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breastfeeding. **Midwifery**. 10 (1994) 87-103.
- RAMSEY, P.S.; RAMIN, K.D.; RAMIN, S.M. Labor induction. **Curr Opin Obstet Gynecol**, 12 (2000) 463–473.
- RANSJO-ARVIDSON, A.B.; et al Maternal analgesia during labor disturbs newborn behaviour: Effects on Breastfeeding, temperature, and Crying. **Midwifery**. 28 (2001) 5-12.
- REECE, E.A.; LEGUIZAMON, G.; WIZNITZER, A. Gestational diabetes: the need for a common ground. **Lancet**. 373 (2009) 1789–1797.

- RENFREW, M.J.; HANNAH, W.; ALBERS, L. et al. Practices that Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature. **Birth**. 25 (1998) 143-60.
- RENFREW, M.J.; LANG, S. Early Initiation of breastfeeding. In Neilson JP et al. (eds) Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews (updated 04 March 1997). Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM) **The Cochrane Collaboration**. Issue 2 (1997) Oxford: Update Software.
- RENFREW, M.J.; WOOLRIDGE, M.W.; ROSS-MCGILL, H. **Enabling women to breastfeed** A review of practices which promote or inhibit breastfeeding – with evidence-based guidance for practice London: The Stationary Office (2000).
- RESUSCITATION COUNCIL (UK) **Newborn life support: Resuscitation at birth**. 3rd edition. London: Resuscitation Council (2011).
- REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO, L.G. Enemas during labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- RISA, C.F., LIDÉN, E.; FRIBERG, F. Communication patterns in antenatal diabetes care: An explorative and descriptive study of midwife-led consultations. **Journal of Clinical Nursing**. 20:13-14 (2011) 2053–63.
- ROBERTS, C.L.; et al. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. **BJOG**. 111:12 (2004)1333-40.
- ROBERTS, J. The “push” for evidence: the management of the second stage. **Journal of Midwifery and Women’s Health**. 47 (2002) 2-15.
- ROBERTS, J.E.; MENDEZ-BAUER, C.; WODELL, D.A. The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency. **Birth**. 10 (1983) 243-249.
- ROBINSON, M.; et al. The over-estimation of risk in pregnancy. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**. 32:2 (2011) 53–8.
- ROMAGNOLI, A.; WALL, G. ‘I know I’m a good mom’: Young, low-income mothers’ experiences with risk perception, intensive parenting ideology and parenting education programmes. **Health, Risk and Society**. 14:3 (2012) 273–89.
- ROS, H.; CUR, M. Effects of waterbirths and traditional bedbirths on outcomes for neonates. **School of Nursing, University of Johannesburg**. (Junho 2009).
- ROSCIGNO, C.I.; et al. Divergent views of hope influencing communications between parents and hospital providers. **Qualitative Health Research**. 22:9 (2012) 1232–46.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST AND AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, “Immersion in water during labor and delivery”. **RCOG**.committee opinion 594 (2014).
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST. **RCOG** Shoulder Dystocia: Guideline 42 (December 2005)
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST. **RCOG**. Tocolysis for Women in Preterm Labour. Green-top Guideline No.1b. London; (Feb 2011).
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST. **RCOG**. The management of severe Pre-eclampsia/Eclampsia (Green Top 10A). London: (2006)
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST. **RCOG**. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour - Immersion in Water for Labour and birth (2012).
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST. **RCOG**. The use of electronic fetal monitoring: the use and interpretations of cardiotography in intrapartum fetal surveillance. London; (2001).
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **RCOG**. Clinical guidelines. Intrapartum care – care of healthy women and their babies during

childbirth. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.; (2007).

- RUBIN, R. - **Maternal identity and the maternal experience**. New York: Springer (1984).
- RUBIN, R. Attainment of maternal role processes. **Nursing Research**. 16(1967) 237-245.
- RUSSO, C.A.; WIER, L.; STEINER, C. Hospitalizations related to childbirth, 2006. HCUP statistic brief #71. **Agency for Healthcare Research and Quality**: Rockville, MD (2009).
- SAKALA, C.; CORRY, M.P. **Evidence-based maternity care: What it is and what it can achieve**. New York: Childbirth Connection, Reforming States Group, and Milbank Memorial Fund (2008).
- SAMPSELLE, C.M.; et al. Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labour. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 34:6 (2005) 695-702.
- SANDERS, J.; PETERS, T.J.; CAMPBELL, R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery of midwifery practice. **Midwifery**. 21:2 (2005) 154-160.
- SANTOS, C.; et al. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. **Rev Latino-am Enfermagem**. 15:3 (2007).
- SARDO, D.S.; PRATA, A.P.; et al. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno – Prémio NUK Enfermeiro Obstetra 04/05. Separata da **Revista APEO** 6(2005).Almada:APEO.
- SAUNDERS, N.; PATERSON, C.; WADSWORTH, J. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 99 (1992) 381-385.
- SCHAFFER, J.I., et al. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. **Am J Obstet Gynecol**. 192:5 (2005)1692-6.
- SCHARDOSIM, J.M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática - **Rev. Gaúcha Enferm Porto Alegre**. ISSN 1983-1447 32:1 (2011).
- SCRUTTON, M.J.L.; et al. O'Sullivan G. Eating in labour: A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. **Anesthesia**. 54:4 (1999) 329-34.
- SEABRA, J. *O choro do bebé*, www.psicologia.com.pt. (2009)
- SEARLE, J. Fearing the worst - why do pregnant women feel 'at risk'? **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 36:3 (1996)279-86.
- SHAH, P.S.; et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 3 (2006) Chichester: John Wiley & Sons.
- SHALLOW, H. My rolling programme. The birth ball: ten years experience of using the physiotherapy ball for labouring women. **MIDIRS Midwifery Digest** 13 (2003) 28-30.
- SHORTEN, A.; DONSANTE, J.; SHORTEN, B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. **Birth**. 29 (2002) 18-27.
- SILBERSTEIN, T.; et al. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary? **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**.78:1 (1998)29-32.
- SIMKIN, P.; BOLDING, A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. **Journal of Midwifery and Women's Health**. 49:6 (2004) 489-504.
- SIMMONS, H.A.; GOLDBERG, L.S. 'High-risk' pregnancy after perinatal loss: understanding the label. **Midwifery**. 27:4 (2011) 452-57.

- SIMMONS, S.W.; et al. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- SIMPSON, K.R.; JAMES, D.C. Effects of immediate versus delayed pushing second-stage labour on fetal well-being: A randomized clinical trial. **Nurs Res**. 54:3 (2005) 149-57.
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M.L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 8 (2013) Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M.L. Restricting oral fluid and food intake during labour. In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- SLEEP, J. Spontaneous delivery in Alexander J, Levy V, Roch S (eds) **Intrapartum care: a research-based approach**. Hampshire and London: Macmillan Education (1990).
- SMAILL, F.M. Withdrawn: Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation. **Cochrane Database Syst Rev**. 1 (2010) CD000115.
- SMITH, C.A.; et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- SMYTH, R.M.; ALLDRED, S.K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- SNOW, L.F.; et al. The behavioral implications of some old wives' tales. **Obstetrics and Gynecology**. 51 :6 (1978) 727-732.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. **SPP-Consensos de Neonatologia**, Ictericia Neonatal (2013).
- SOKOL, R.J.; BLACKWELL, S.C. ACOG practice bulletin Shoulder Dystocia Number 40 November 2002 (Replaces practice pattern number 7 October 1997). **Int J of Gynecol Obstet**.80:1 (2003)87-92.
- SOLTANI, H.; DICKINSON, F.; SYMONDS, I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- SORREL-JONES, J. **A comparison of the effects of Leboyer delivery and modern 'routine' childbirth in a randomized sample**. Presented at the 7th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Dublin, Ireland (1983).
- SOUZA CAROCI DA COSTA, A.; GONZALEZ-RIESCO, M.L. A comparison of "hands off" versus "hands on" techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **J Midwifery Womens Health**. 51:2 (2006)106-11.
- SOUZA, A.R.; AMORIM, M.R. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. **Acta Med Port**. 21:3 (2008) 229-40.
- SPIBY, H.; et al. Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. **Birth**. 30 (2003)189-194.
- SPIELBERGER, C.D.; et al. Manual for the state-trait anxiety inventory (Form Y). **Palo Alto, CA**: Consulting Psychologists Press (1983).
- STAINTON, M.C. Mismatched caring in high-risk perinatal situations. **Clinical Nursing Research**. 1:1 (1992) 35-49.
- STAMP, G.; KRUZINS, G.; CROWTHER, C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: a randomised controlled trial. **British Medical Journal**. 322 (2001) 1277-80.

- SU, L.L.; CHONG, Y.S.; SAMUEL, M. Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 1 (2010). Oxford: Update Software.
- SUTTON, R.M.; DOUGLAS, K.M.; MCCLELLAN, L.M. Benevolent sexism, perceived health risks, and the inclination to restrict pregnant women's freedoms. **Sex Roles**. 65:7 (2011) 596–605.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **RCM**. Successful breastfeeding. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **RCM**. The fetus in Labour – the baby at birth; Brown study series. London: RCM, 2006.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **RCM**. Examination of the Newborn: Learning resource. Version 1(CD and website). London: RCM, 2009.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **RCM**. The Royal College Of Midwives' Audit of Midwifery Practice. London: RCM, 2010.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **RCM**. Campaign for normal birth: Getting off the bed. London: RCM (2011).
- THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. SOGC Clinical Practice Guidelines: Fetal Health Surveillance in Labor. **Canada: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada**, 2002.
- THOMSON, A. Pushing techniques in the second stage of labour. **Journal of Advanced Nursing**. 18 (1993) 171-177.
- THOMSON, A. Maternal behaviour during spontaneous and directed pushing in the second stage of labour. **Journal of Advanced Nursing**. 22 (1995) 1027-1034.
- TOWNSEND, J.; WOLKE, D.; HAYES, J. et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. **Health Technology Assessment**. 8:14 (2004).
- TURNER, C.E., et al., Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 115:12 (2008) 1494–1502.
- TYSON, J.E. Immediate Care of the Newborn Infant in Sinclair JC and Bracken MB (eds) Effective Care of the Newborn Infant. **Oxford: Oxford University**. 21:39 (1992).
- UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE (UK NSC) **Newborn and Infant Physical Examination Standards and competencies**. London: UKNS.
- VAIN, N.E.; et al. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomised controlled trial. **Lancet**. 364:9434 (2004)597-602.
- VAN-DEN-BERGH, B.; SIMONS, A. A review of scales to measure the mother–foetus relationship. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. 27:2 (2009).
- VANDEVUSSE, L. Decision making in analyses of women's birth stories. **Birth** 26:1 (1999) 43–50.
- VANGEENDERHUYSEN, C.; RENAUDIN, M.I.; OULD, M.V. LE dossier d'accouchement: une aide à la decision. **Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé**. 11:4 (2001)259-63.
- VASCONCELOS, K.L.; et al. Partograma: Instrumento para segurança na assistência obstétrica - **Rev enferm UFPE on line., Recife**. 7:2 (2013) 619-24.
- VILLANUEVA-EGAN, L.A.; GRAJEDA-CAMPA, A. Variabilidad interobservador en la evaluación de cardiotocogramas intraparto y su efecto en las decisiones clínicas: un tema de seguridad en la atención obstétrica. **Rev CONAMED**. ISSN 1405-6704, 17:3 (2012) 114-119.

- VROUENRAETS, F.; et al. Bishop score and risk of Cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. **Obstet Gynecol.** 105:4 (2005) 690-709.
- WAHL, R.U. Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders?--A look at the literature. **Med Hypotheses.** 63:3 (2004) 456-60.
- WALSH, D. **Evidence-based care for normal labour and birth.** London: Routledge, 2007.
- WANG, Z.; et al. Incidence of adverse outcomes associated with gestational diabetes mellitus in low and middle-income countries. **Int J Gynaecol Obstet.** 121 (2013) 14–19.
- WATSON, V. The duration of the second stage of labour. **Modern Midwife.** 4 (1994) 21-24.
- WHITE, O.; et al. Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. **Journal of Reproductive and Infant Psychology.** 26:2 (2008) 74–85.
- WIDSTROM, A.M.; et al. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. **Acta Paediatrica Scandinavica.** 76:4 (1987) 566-72.
- WILLIAMS, R.M.; THORN, M.H.; STUDD, J.W.W. A Study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology.** 87 (1980) 122-126.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Division of Child Health and Development:** Geneva(1998).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Advancing safe motherhood through human rights.** Geneva: WHO (2001).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.** World Health Organization, Geneva (2003).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Trends in maternal mortality: 1990–2008.** Geneva: WHO, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health.** Geneva: WHO, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Care in normal birth: A practical guide.** Geneva: WHO; 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth.** A guide for midwives and doctors. WHO Department of Reproductive Health and Research; 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** Fourth edition, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Partograph in management of labour. **Lancet.** 343:8910 (1994)1399-404.
- YILDIRIM, G.; BEJI, N.K. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. **Birth.** 35:1 (2008) 25-30.
- ZUPAN, J.; GARNER, P.; OMARI, A. Topical umbilical cord care at birth (Review). **The Cochrane Library.** Issue 2 (2013) 1-8.