

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

A ESPERANÇA NUMA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Francisca Milton Lobão

Porto, 2017

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

A ESPERANÇA NUMA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

HOPE IN A HIGH RISK PREGNANCY

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora: Cândida Koch
Autora: Francisca Milton Lobão

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas tutoras, enfermeira Luísa Monteiro, Sandra Lopes e Cristina Milhazes, pelas oportunidades de aprendizagem, pelo carinho e compreensão.

À minha orientadora, Professora Doutora Cândida Koch, pelas palavras motivadoras e aprendizagem constante.

Aos meus pais, por estarem sempre presentes, por me incentivarem a ser e a fazer melhor... Sem vocês, não teria sido possível. Um agradecimento especial à minha mãe, por me envolver nos seus braços nos dias de maior cansaço.

Ao Eduardo, por compreender os momentos de ausência e ensinar-me que o amor sempre vence.

Ao meu irmão, por me mimar incessantemente.

A todas as mulheres/casais e recém-nascidos com os quais me cruzei nesta longa caminhada, o meu sincero obrigada.

ABREVIATURAS

AC - Alojamento Conjunto
APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BP - Bloco de Partos
CTG - Cardiotocografia/Cardiotocográfica
CU - Contração Uterina
DG - Diabetes Gestacional
DGS - Direção-Geral de Saúde
DPPNI - Descolamento Prematuro da Placenta Naturalmente Inserida
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia
FC - Frequência Cardíaca
FCF - Frequência Cardíaca Fetal
FCP - Feto Constitucionalmente Pequeno
FR - Frequência Respiratória
GIG - Grande para a Idade Gestacional
HELLP - *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelet*
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
HPH - Hospital Pedro Hispano
HPP - Hemorragia Pós-Parto
HTA - Hipertensão Arterial
LA - Líquido Amniótico
LIG - Leve para a Idade Gestacional
ICN - *International Council of Nurses*
IG - Idade Gestacional
IM - Intramuscular
IMC - Índice de Massa Corporal
IV - Intravenoso
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PFE - Peso Fetal Estimado
PGC - Pesquisa de Glicemia Capilar
PPT - Parto Pré-Termo
RCIU - Restrição de Crescimento Intra-Uterino
RN - Recém-Nascido
RPM - Rotura Prematura de Membranas
SAM - Síndrome de Aspiração Meconial

SBG - *Streptococcus* do grupo B

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

T - Temperatura

TA - Tensão Arterial

TCC - Tração Controlada do Cordão

TP - Trabalho de Parto

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UI - Unidades Internacionais

WHO - World Health Organization

RESUMO

Este documento, denominado de relatório de estágio, relata todo o meu trabalho desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, que ocorreu no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, entre 27 de novembro de 2015 e 29 de julho de 2016. Espelha ainda, a prática baseada na evidência com recurso a diversas fontes de dados, permitindo a reflexão e a prestação de cuidados especializados inerentes ao processo de maternidade e preparação para o exercício da parentalidade.

A prática desenvolvida ao longo do estágio permitiu vivenciar experiências junto de mulheres internadas, no contexto da gravidez com complicações, parturientes, puérperas e recém-nascidos, bem como as suas famílias, que culminou na aquisição e desenvolvimento de competências para o exercício da enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Neste relatório encontram-se descritas as experiências vividas, fundamentadas com a evidência científica mais atual, que permitiram desenvolver competências emancipatórias no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/recém-nascido. Apresenta-se, ainda, uma reflexão sobre a prática em ambiente hospitalar, comparando-a com propostas apresentadas por autores disponíveis na bibliografia mais recente.

Relativamente à gravidez com complicações, constata-se uma ambivalência, face às expectativas iniciais da mulher/casal, transversais a todo o processo perinatal e pós-natal. Sabe-se que, perante uma gravidez de alto risco, existe um comprometimento da esperança que dificulta a vivência deste processo. Pretende-se que a reflexão e a investigação sobre esta temática possam constituir um contributo para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades específicas de cada mulher/casal, de modo a minimizar os sentimentos negativos associados a uma gravidez com complicações.

Palavras chaves: enfermagem, gravidez com complicações, esperança.

ABSTRACT

This report describes my work developed during my professional internship, which took place at the Pedro Hispano Hospital in Matosinhos, between 27th November 2015 and 29th July 2016. It is also based on practice evidence using a variety of data sources, allowing reflection and the provision of specialized care inherent in the process of motherhood and preparation for the exercise of parenting.

The practice carried out during the training period, allowed us to experience different skills with hospitalized women in the context of pregnancy with complications, parturients, puerperas and newborns, as well as their families, which culminated in the acquisition and development of competencies for the nursing practice of maternal health and obstetrics.

This report describes the lived experiences, based on the most current scientific evidence, that allowed the development of emancipatory skills in the field of specialized nursing care for the woman/couple/newborn. It is also presented a reflection on the practice in hospital environment, comparing it with proposals presented by authors available in the bibliography.

Concerning pregnancy with complications, there is an ambivalence regarding the initial expectations of the woman/couple, which are transversal to the entire perinatal and post-natal process.

It is known that, faced with a high-risk pregnancy, there is a commitment of hope that makes it difficult to experience this process. It is intended that the reflection and the research on this subject can constitute a contribution to the practice of a nursing sensitive to the specific needs of each woman/couple, in order to minimize the negative feelings associated with a pregnancy with complications.

Key words: nursing, pregnancy with complications, hope.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE.....	21
1.1. Acolhimento da puérpera/casal e do recém-nascido	23
1.2. Avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido	25
1.3. As necessidades da mulher no contexto do puerpério	26
1.3.1. Atividades de Vigilância/Diagnóstico e Promoção do Autocuidado.....	27
1.3.1.1. Executar Cuidados de Higiene e Conforto à Puérpera	27
1.3.1.2. Monitorizar a dor.....	28
1.3.1.3. Vigiar a Contração Uterina e as Características dos Lóquios.....	30
1.3.1.4. Vigiar a Eliminação Vesical e Intestinal	32
1.3.1.5. Executar o Primeiro Levante	34
1.3.1.6. Promover a Amamentação.....	35
1.3.1.7. Vigiar a Ingestão Nutricional da Mulher que Amamenta	40
1.3.1.8. Vigiar Estado Emocional da Puérpera	43
1.3.2. Cuidar da Puérpera com Patologia Associada à Gravidez	47
1.4. As necessidades do recém-nascido.....	49
1.4.1. Atividades de Vigilância/Diagnóstico e Promoção da Parentalidade.....	49
1.4.1.1. Promover o Contacto Pele-a-Pele e o Risco de Hipoglicemia	49
1.4.1.2. Avaliar Conhecimentos e Competências Parentais	52
1.4.1.3. Cuidar do Recém-Nascido com Icterícia Neonatal	59
1.4.1.4. Avaliar ingestão nutricional: leite adaptado por copo ou biberão	61
1.5. Preparação para a alta.....	62
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	67
2.1. Atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações.....	68
2.2. Prática baseada na evidência: revisão integrativa da literatura	78
2.2.1. Identificação do Tema.....	79
2.2.2. Identificação da Pergunta	82
2.2.3. Método da Investigação	83
2.2.4. Apresentação e Análise dos Resultados.....	84
2.2.5. Reflexão final	94
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	99
3.1. Cuidar da mulher/casal no primeiro estadio de trabalho de parto	100
3.2. Cuidar da mulher/casal no segundo estadio do trabalho de parto.....	117
3.3. Cuidar da mulher/casal no terceiro e quarto estádios do trabalho de parto.....	125
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	129
CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Número de clientes assistidos no serviço de obstetrícia	22
Quadro 2 - Necessidades nutricionais da puérpera que amamenta para um aporte calórico de 2698kcal/dia.....	41
Quadro 3 - Valores de referência de glicemia capilar de acordo com a IG e a situação clínica do RN	50
Quadro 4 - Número de grávidas assistidas no serviço de grávidas de risco.....	68
Quadro 5 - Estratégia PICO para a formulação da pergunta de pesquisa.....	82
Quadro 6 - Sugestão de intervenções promotoras de esperança.....	96
Quadro 7 - Número de experiências realizadas no serviço de bloco de partos.....	99
Quadro 8 - Índice de Bishop	112
Quadro 9 - Padrões anómalos do trabalho de parto	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Conduta obstétrica numa APPT mediante exame do colo uterino	72
---	----

INTRODUÇÃO

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), segundo o Regulamento do 2º ciclo de estudos, preconiza a realização de um estágio de natureza profissional com a elaboração e discussão de um relatório de atividades, com vista à conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. Nesse relatório final devem apresentar-se as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição das competências profissionais preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o exercício profissional como enfermeira especialista, bem como a justificação das suas intervenções à luz da evidência científica mais atual.

Segundo o Regulamento da OE (2012), o enfermeiro especialista é aquele que é dotado de competências científicas, humanas e técnicas para prestar cuidados especializados na área da sua especialidade, para além de cuidados gerais de enfermagem. No âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, a OE (2010) apresenta no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica as seguintes competências: 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto; 3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; 4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 5. Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Por esse motivo, as atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações, do TP e parto e do pós-parto visaram adquirir e desenvolver as competências necessárias no contexto da saúde materna e obstetrícia.

O estágio decorreu no Hospital Pedro Hispano (HPH), entre o período de 27 de novembro de 2015 a 29 de julho de 2016, subdividido em três módulos: módulo de pós-parto e parentalidade que decorreu no Serviço de Obstetrícia entre 27 de novembro a 31 de janeiro de 2016 e contemplou um total de 300 horas; módulo de gravidez com complicações que decorreu no Serviço de Internamento de Grávidas de Risco entre o dia 1 a 29 de fevereiro de 2016 num total de 200 horas; módulo de trabalho de parto e parto que decorreu no Bloco de Partos (BP), entre o dia 1 de março e o dia 29 de julho de 2016 num total de 500 horas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), existem dez medidas para que um hospital seja considerado Hospital Amigo dos Bebés. Essas dez medidas são ambiciosamente implementadas pelo HPH, sendo que o hospital oferece a todas as mulheres/casal a oportunidade de usufruírem de uma maternidade promotora do bem-estar materno e do recém-nascido (RN), favorecendo a amamentação, o alojamento conjunto (AC), o contacto pele-a-pele, o uso de tetinas e chupetas após a amamentação bem estabelecida e apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar.

Na redação deste relatório foram tidas em conta as experiências adquiridas em contexto hospitalar, durante o meu percurso académico, enquanto formanda da especialidade de saúde materna e obstetrícia. Foram vários os momentos de aprendizagem, proporcionando-me sempre um período para a integração nos serviços, aproveitando para conhecer os protocolos existentes, as rotinas, os espaços físicos, o sistema informático e, ainda, o funcionamento e dinâmica das diversas equipas multidisciplinares.

O tempo de estágio contemplado para cada módulo permitiu a integração contínua na equipa e a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da saúde materna e obstetrícia, assim como a consolidação de conhecimentos adquiridos previamente, em contexto teórico e o treino de habilidades. Importa salientar a importância do contexto clínico, não só na recontextualização dos saberes, mas também na busca incessante da evidência científica mais atual que suportasse as práticas, permitindo cuidados especializados e individualizados à grávida/casal, ao recém-nascido (RN), à puérpera/casal e à restante família.

Para cada um dos módulos foram definidos objetivos específicos, tendo por base os objetivos gerais orientadores para o desenvolvimento de competências promotoras de práticas emancipatórias para o papel parental; a aquisição de competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério; o desenvolvimento de competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional; a demonstração de capacidades técnico-científicas de investigação e reflexão crítica e a contribuição para o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina no âmbito da saúde materna e obstétrica. Pessoalmente, delineei um outro objetivo: explorar uma problemática visando a melhor prática e consequentemente dos cuidados, promovendo ganhos em saúde.

A gravidez é um processo biologicamente natural com diversos significados, quer para a mulher quer para o casal, que se desenvolve num contexto social e cultural, o que influencia e determina a evolução da mesma (Monteiro, 2012). Assim, independentemente do número de gravidezes ou de partos vivenciados, cada gravidez, parto e pós-parto são acontecimentos únicos, individuais e diferentes, pelo que despoleta no casal expectativas diversas que, quando defraudadas face a um diagnóstico de uma gravidez de alto risco, acabam por comprometer todo o desenrolar da própria gravidez, pois pode diminuir o apego quer à gravidez quer ao feto. Por este motivo, e dado o percurso pelos diferentes

módulos de estágio, percebi que a esperança é uma emoção que facilmente se pode perder numa situação de risco, pois a gravidez, mais do que adaptações fisiológicas, implica adaptações emocionais. Esta constatação levou ao despoletar do meu interesse e consequente investigação sobre a temática.

Neste relatório pretendo expor todas as práticas e vivências enquanto formanda, fundamentando e discutindo as intervenções implementadas com base na evidência científica mais atual. Inclui-se, ainda, uma revisão integrativa da literatura sobre a promoção da esperança na gravidez com complicações.

O relatório engloba quatro capítulos principais. Os acontecimentos são descritos pela ordem em que se sucederam durante o processo de aprendizagem. Assim, no primeiro capítulo descrevo os cuidados prestados ao casal e à família no que diz respeito às atividades de vigilância/diagnóstico e à promoção do autocuidado da puérpera, bem como as atividades de vigilância do RN e o exercício do papel parental.

No segundo capítulo descreve-se os cuidados ao casal face à transição para a parentalidade numa situação de risco, como é o caso de uma gravidez com complicações. Aqui inclui-se um subcapítulo onde se aborda a temática escolhida, alvo de investigação - A Esperança numa Gravidez com Complicações.

No terceiro capítulo descrevem-se os cuidados à mulher/casal durante o TP e parto.

Por fim, o relatório culminará numa análise crítico-reflexiva acerca do percurso enquanto formanda da especialidade de saúde materna e obstetria, refletindo sobre os aspetos positivos e negativos, promotores ou dificultadores da aprendizagem.

No final deste trabalho apresenta-se a lista de referências bibliográficas mais recente e fidedigna que foi possível encontrar, de modo que ajudasse a suportar a prática em evidência científica atual.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

O desenvolvimento das atividades de estágio, no âmbito do puerpério, fez-se sob a orientação/supervisão de uma enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica (EESMO) e decorreu entre o dia 27 de novembro de 2015 e o dia 31 de janeiro de 2016.

Enquanto formanda foi possível a vivência de experiências diversas, todas elas enriquecedoras, uma vez que permitiram a articulação entre a teoria e a prática, possibilitando a consolidação de conhecimentos; execução de procedimentos, aperfeiçoando a destreza; desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e a pesquisa de acordo com a evidência científica mais atual, que sustentou a prática durante todo o estágio.

De acordo com Cunningham et al. (2010), o puerpério é o período que se inicia imediatamente após o parto, prolongando-se pelas seguintes seis semanas. É nessa fase que a mulher regressa ao estado não gravídico, existindo evidentemente alterações fisiológicas e psicológicas. O puerpério subdivide-se em três períodos: o puerpério imediato, que diz respeito às primeiras 24 horas, onde podem ocorrer, com mais frequência, algumas complicações; o puerpério precoce, que compreende a primeira semana após o parto; e o puerpério tardio que se estende, aproximadamente, até à sexta semana, ocorrendo a involução total do útero e o regresso do ciclo menstrual.

Nesta fase, ocorrem várias transformações, que permitem o restabelecimento do organismo da mulher, regressando à condição não gravídica, e que ocorrem, não só ao nível do sistema endócrino e reprodutor, mas também a nível psicológico e sistémico. A mulher, neste momento como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo a sua componente psíquica (Cabral, Medeiros e Santos, 2010).

De acordo com Santos et al., 2014 (cit. por Montenegro et al., 2014, p. 255) “o puerpério do parto vaginal em grávidas sem patologia está associado a um risco extremamente baixo de complicações (...) existe, no entanto, a necessidade de vigilância de parâmetros fisiológicos, da prestação de cuidados gerais e da administração ocasional de medicação sintomática por parte da equipa de enfermagem”. Assim sendo, perante a situação clínica estável da puérpera e do RN, após o parto, no HPH, são ambos transferidos para o serviço do puerpério onde é continuada a necessária vigilância.

Tendo em conta a filosofia do HPH - Hospital Amigo dos Bebés -, promove-se o AC mantendo-se os bebés saudáveis permanentemente junto das respetivas mães até ao momento da alta, com o intuito de promover a vinculação entre a mãe e filho. Este aspeto, que surge no âmbito das relações interpessoais, é considerado fundamental para o desenvolvimento emocional humano. A mãe atende às necessidades do seu filho, enquanto o enfermeiro atende às necessidades de ambos. É nesta díade mãe-filho que se torna possível o cuidado materno, convergente com o cuidado do enfermeiro (Pilottol, Vargens e Progiantil, 2009).

No HPH promove-se a presença paterna ou de outra pessoa significativa, não só para dar apoio à puérpera, mas sobretudo para facilitar o processo de envolvimento do pai, pois de acordo com Nogueira e Ferreira (2012, p. 57) *“a ligação emocional entre pai e filho é determinante na transição para a paternidade e no desenvolvimento do bebé”*. Hoje em dia, procura-se cada vez mais envolver o companheiro em todo o processo de preparação e integração de um novo membro na família, incentivando o envolvimento desde o momento do diagnóstico da gravidez. Embora a gravidez seja um processo de alterações fisiológicas e psicológicas na mulher, o companheiro pode estar igualmente envolvido, de modo a ser mais fácil para ele a interiorização do papel de pai. Cada vez mais se pretende que a gravidez deixe de ser apenas restrita ao universo feminino e passe a ser extensível ao casal, que acaba por ser, nessa fase, um “casal grávido”. Assim, a integração do companheiro desde a gravidez permite desenvolver no pai, maior sentimento de proteção e de responsabilidade, envolvendo-o nos cuidados ao RN (Nogueira e Ferreira, 2012). Apoiado nesta evidência, o serviço de obstetrícia do HPH oferece ao casal/pessoa significativa, a possibilidade de permacerem os três, em conjunto, durante 24 horas, fortificando o elo mãe-pai-filho.

Desta forma, durante o estágio clínico no serviço de obstetrícia, foram várias as mulheres/casais e os recém-nascidos alvo dos meus cuidados, procurando a individualidade dos mesmos e a promoção da parentalidade. O total de clientes atendidos referencia-se no Quadro 1.

Puérperas assistidas		Recém-nascidos assistidos	
De baixo risco	De moderado/elevado risco	De baixo risco	De moderado/elevado risco
97	4	107	18
Total: 101		Total: 125	

Quadro 1 - Número de clientes assistidos no serviço de obstetrícia

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

Com o intuito de fazer prevalecer as boas práticas de enfermagem e acolher de forma harmoniosa a puérpera/casal e RN, aquando a sua chegada ao serviço de internamento, procedia ao seu acolhimento. Iniciava pela minha apresentação como profissional e formanda da especialidade de saúde materna e obstetrícia; de seguida, efetuava a apresentação do serviço, nomeadamente o espaço físico e as suas rotinas; informava acerca do horário das visitas, a possibilidade da presença do companheiro/pessoa significativa, bem como, a informação de algumas das vigilâncias necessárias, quer da mulher/casal quer do bebé.

O acolhimento em enfermagem prende-se com a relação estabelecida com o cliente, que se inicia no momento da admissão no serviço e tem como principal objetivo a transmissão de confiança, tendo em vista a participação nos seus cuidados. O primeiro contacto do cliente com o enfermeiro que o acolhe é, na maioria das vezes, determinante para a relação terapêutica que se irá estabelecer (Silva, 2010).

Segundo Silva (2010), este momento é da responsabilidade do enfermeiro, pois ele é considerado o agente de humanização, conhece as variáveis que podem exercer influência no cliente, inspira confiança, conhece os mecanismos de comunicação e as vantagens do acolhimento e, acima de tudo, preocupa-se com o doente, família e comunidade.

Em enfermagem, o acolhimento é essencial para que o cliente se sinta à vontade, seguro e confiante, já que o internamento por si só compõe um aparato gerador de stress. Silva (2010) considera que a receção e o acolhimento que se faz ao cliente no momento da admissão torna-se importante, na medida em que irá determinar a relação entre o cliente, a família e os profissionais do serviço. Deve ser considerado, não como um ato pontual, mas sim como uma atitude que vai sendo desenvolvida ao longo do internamento e que, de certa forma, permite amenizar medos, ansiedade e insegurança. Segundo Formarier (1984, cit. por Silva, 2010, p. 32), *“o acolhimento é uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro”*.

Desta forma, o enfermeiro deve, para além de adquirir competências essenciais de comunicação e relacionais, conhecer de que forma o acolhimento deve ser feito. Elhart (1991, cit. por Silva, 2010) define que, nesse momento, devem ser abordados alguns aspetos:

1. Apresentar-se ao cliente;
2. Orientar o cliente dentro da enfermaria ou do quarto e indicar-lhe os aspetos gerais do ambiente hospitalar e clínico;
3. Explicar as funções das pessoas responsáveis pela sua assistência;
4. Assegurar que o cliente sabe quem é o seu médico assistente durante o internamento;
5. Explicar ao cliente os direitos que lhe assistem;

6. Recolher um conjunto de dados básicos referente ao cliente;
7. Em colaboração com o cliente formular objetivos a curto e longo prazo para fazer o seu plano inicial de alta.

Koch (2014) acrescenta que existem informações básicas que devem ser tidas em conta no momento do acolhimento: aspetos estruturais do serviço ou da unidade da utente, as rotinas e as regras do serviço, e.g.: horários das refeições, visitas médicas, atividades de vigilância, visitas e acompanhamento por familiares.

De salientar que é importante que o enfermeiro se dirija ao cliente pelo seu nome, respeitando as suas preferências e sendo o mais flexível possível, demonstrando cortesia, compreensão, interesse, empatia, aceitação, bondade, firmeza, apoio e estabelecimento de limites, que permite a transferência de ideias e sentimentos (Silva, 2010).

Segundo Briga (2010), as práticas de enfermagem, numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implicam o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais. A autora defende ainda que a comunicação é primordial na relação entre enfermeiro e cliente, neste caso puérpera/casal, e que o enfermeiro deve ter a amabilidade de se apresentar, explicar os procedimentos/tratamentos a serem executados, informar sobre os cuidados programados diariamente, mostrando coerência quando se trata de informar, numa perspetiva de parceria de cuidados, de modo a que a pessoa se sinta envolvida.

A par do acolhimento, que já se demonstrou ser indispensável no processo do cuidar, considero pertinente abordar a relevância das competências relacionais, nomeadamente a comunicação em enfermagem. A comunicação é um instrumento básico no cuidado em enfermagem, uma vez que se encontra presente em todas as atividades realizadas pelo enfermeiro com o cliente, quer seja para o orientar, informar, apoiar, confortar ou até para atender a necessidades básicas (Pontes, Leitão e Ramos, 2008).

É através da comunicação que o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica com o seu cliente, deixando de se centrar apenas nos cuidados propriamente ditos, e passando a vê-lo como um ser holístico, considerando a sua forma de agir, pensar e sentir. É assim que o enfermeiro consegue conhecer as necessidades do cliente e procura ir ao encontro das mesmas, para melhor poder prestar os seus cuidados. O relacionamento que se estabelece entre enfermeiro e cliente não deve ocorrer de forma mecânica, mas sim de forma individualizada, sendo a comunicação o instrumento essencial. O relacionamento terapêutico depende do comportamento e das atitudes de cada profissional, pelo que o enfermeiro deve possuir conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal (Pontes, Leitão e Ramos, 2008).

Compete ao enfermeiro saber escutar, falar quando necessário, permitir a colocação de perguntas, ser honesto, mostrar respeito, demonstrar disponibilidade, sem nunca demonstrar desinteresse (Pontes, Leitão e Ramos, 2008). Este tipo de comunicação permite melhores cuidados e personalizados que vão ao encontro das expectativas e das esco-

lhas do cliente, “com vista a encorajá-lo a expor as suas preocupações e encaminhá-lo no sentido de ele próprio encontrar a resolução para os seus problemas, promovendo o seu auto-conhecimento e consciencializando-o de que a recuperação depende principalmente de si” (Silva, 2010, p. 42).

1.2. Avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido

Após o acolhimento das puérperas/casais e recém-nascidos transferidos do BP, procedia à colheita de dados iniciais, registando essa informação no sistema informático utilizado pelo HPH (SCLínico).

Nesse momento, era possível ter acesso à anamnese realizada pelo enfermeiro do BP, quer das mulheres quer do RN, pelo que verificava os dados colhidos e procedia ao exame físico da mulher: monitorização dos sinais vitais (tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura corporal (T) e dor), observação da coloração das mucosas, observação da ferida cirúrgica/lacerações/hemorroidas (se existentes), observação das mamas, palpação do útero com o intuito de avaliar a contração uterina, avaliação da perda sanguínea vaginal e do bem-estar emocional da mulher.

Segundo Santos et al. (2014, cit. por Montenegro et al., 2014), a vigilância de rotina no puerpério após parto vaginal passa pela monitorização dos sinais vitais (T 2x/dia, TA e FC 1x/dia e dor), vigilância de eliminação vesical e intestinal, perda hemática vaginal, capacidade de prestar cuidados ao RN, dificuldades na amamentação, estado emocional, coloração da pele e mucosas, mamas, contração e involução uterina, lóquios (cor, quantidade e cheiro), períneo (presença de ferida cirúrgica/lacerações, edema e/ou equimose), ânus (nomeadamente hemorróidas) e membros inferiores para despiste de tromboembolismo.

Relativamente ao RN, observava a coloração da pele, tonicidade, respiração, e quando possível, o choro.

O único momento em que fazia a avaliação inicial completa da mulher e do recém-nascido (anamnese e avaliação física), era apenas quando a mulher era internada previamente, para ser submetida a cesariana eletiva, no bloco central. Após o nascimento, sendo da responsabilidade do enfermeiro o transporte do RN até ao serviço de internamento, a colheita de dados inicial era realizada no berçário.

A recolha de dados da mulher era relativa a: idade e altura (para determinação do Índice de Massa Corporal [IMC]), profissão, raça, estado civil, antecedentes pessoais (alergias, doenças, hábitos tabágicos, etílicos ou toxicodependências), medicação domiciliária, grupo sanguíneo, feridas/tatuagens/*piercing* na pele, hábitos alimentares, infeção por *Streptococcus* do grupo B (SGB), experiência de gravidezes anteriores, história de vigilância da gravidez atual, experiência com a amamentação e o contacto de um familiar responsável pela pessoa.

A colheita de dados inicial do RN tinha em vista a idade gestacional (IG), data e hora do parto; presença de identificação e pulseira eletrônica (obrigatório do HPH); índice de APGAR; aspeto do coto umbilical; características do RN (anomalias/malformações), presença de vernix caseoso, lanugo, características das fontanelas, presença de mancha mongólica, avaliação de reflexos e vitalidade, peso do RN, comprimento e perímetro cefálico.

A avaliação inicial de cada cliente é uma preocupação crescente dos diversos profissionais de saúde, pois é fundamental para a formulação de diagnósticos e respetivas intervenções, e para o acompanhamento e avaliação da evolução do estado de saúde do cliente (Santos, Veiga e Andrade, 2011).

A anamnese é definida como a primeira fase do processo de admissão do cliente, que passa pela colheita de dados, permitindo ao profissional de saúde identificar problemas, formular diagnósticos e implementar as intervenções necessárias (Santos, Veiga e Andrade, 2011). Estes autores convergem na opinião de outros e defendem que existem quatro tipos de dados a recolher: os dados subjetivos, os dados objetivos, os históricos e os atuais. Estes podem ser obtidos através de: entrevistas, observação, exame físico, resultados de exames diagnósticos e da colaboração de outros profissionais de saúde.

O objetivo do exame físico tem em vista a pesquisa de achados anormais, que possam ser sugestivos de algo patológico, merecedor da atenção do profissional. Este exame deve ser realizado de forma sistematizada, no sentido céfalo-caudal, através da avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo (Santos, Veiga e Andrade, 2011).

A anamnese e o exame físico são partes integrantes do processo de enfermagem e compreendem um método sistematizado que o enfermeiro utiliza para a prestação dos seus cuidados, os quais têm vindo a ser cada vez mais humanizados (Santos, Veiga e Andrade, 2011). Segundo os mesmos autores (2011, p. 358) *“é no histórico da enfermagem que se aplica a anamnese e o exame físico, pois só desta forma é possível conhecer o cliente, estabelecer vínculos de confiança, identificar alterações biopsicossociais e espirituais”*.

Após a avaliação inicial da puérpera e do RN, durante o internamento, era da minha competência a vigilância de ambos, de modo a identificar problemas e ajudar na adaptação dos pais à sua nova condição de vida, promovendo a parentalidade.

1.3. As necessidades da mulher no contexto do puerpério

O período pós-parto - puerpério - é um período caracterizado por alterações hormonais, emocionais, físicas e, sobretudo pela necessidade de adaptações a um novo ser, familiares, sociais e profissionais.

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

psicológico. Grandes mudanças ocorrem e continuam a provocar transformações e estados de desequilíbrio, compreendido por alterações súbitas hormonais, pela fadiga, pelo desconforto físico e inexperiência do cuidar do filho, pelas alterações da rotina e pelo reajuste de papéis no ciclo familiar (Torre, 2001).

Desta forma, a mulher no puerpério exige, não só uma vigilância de aspetos físicos relacionados com este período, mas também, a educação e promoção para a saúde relativa ao autocuidado e ao reconhecimento dos sinais de alerta.

1.3.1. Atividades de Vigilância/Diagnóstico e Promoção do Autocuidado

Várias foram as atividades de vigilância/diagnóstico desenvolvidas ao longo do estágio, com o intuito de promover o bem-estar da puérpera/casal e despistar situações de risco atempadamente. De salientar que todo o ensino clínico foi supervisionado, pelo que as minhas intervenções foram de acordo com a orientação da enfermeira tutora, bem como de acordo com os protocolos instituídos.

1.3.1.1. Executar Cuidados de Higiene e Conforto à Puérpera

A prestação de cuidados de higiene e conforto à puérpera contemplou uma das minhas inúmeras atividades desenvolvidas ao longo do estágio, sendo uma atividade realizada após a avaliação inicial abordada anteriormente.

No HPH, nas primeiras horas após o parto por via vaginal, as puérperas encontram-se dependentes no autocuidado, uma vez que lhes é prescrito o repouso no leito. De acordo com os protocolos instituídos no serviço, esse repouso era cumprido durante seis horas, se parto por via vaginal, e durante 12 horas no caso de cesariana. Os cuidados de conforto e higiene à mulher eram prestados e avaliadas as características dos lóquios, aproveitando esse momento, para ensinar sobre a higiene íntima diária e a frequência da troca do penso higiénico.

De acordo com a *University Wisconsin - Madison/School of medicine and public health* (2009, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2011) nas primeiras 24 horas após o parto, é recomendada a realização dos cuidados vulvo-perineais com água e produtos específicos para a higiene íntima, inclusivamente após cada micção e/ou dejeção. A literatura disponível não é consistente quanto ao momento mais adequado para a realização destes cuidados. Autores afirmam que a troca do penso higiénico é o mais importante de forma a manter o períneo limpo e seco, e que os cuidados de higiene devem ser prestados pelo menos uma vez por dia, ou sempre após cada dejeção apenas. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012) a higiene perineal é recomendada com maior frequência no puerpério recente (entre uma a três vezes por dia), “contudo, a pele vulvar e a mucosa vaginal estarão menos tróficas e mais irritadas pelo hipoestrogenismo, a presença de

lóquios e maior sudorese". A higiene perineal deve ser realizada com água e com um agente de limpeza, pois só água apenas pode não remover as partículas sólidas e a gordura. Este deve cumprir as seguintes propriedades: dermocompatibilidade com as mucosas, não irritar nem secar, não alterar o manto lipídico (função protetora de barreira), manter o pH ligeiramente ácido (variando entre o 4,2 e 5,6), ter ação refrescante e desodorizante, viscosidade adequada e capacidade espumante. A higiene perineal deve ser realizada, de preferência, com água corrente; os banhos de assento devem ser realizados apenas segundo indicação médica. Para a secagem, não é aconselhado esfregar, apenas secar (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012).

Uma vez que a minha prática no contexto clínico era uma prática supervisionada, e de acordo com os protocolos do serviço, recomendava a higiene perineal uma vez por dia e sempre após cada dejeção.

A higiene perineal, se efetuada pelo enfermeiro, deve ser realizada com luvas limpas, não esterilizadas; lavagem ou desinfecção das mãos antes e após a realização dos cuidados; seguida da limpeza com água e um agente de limpeza. Estes cuidados devem ser prestados em três tempos, no sentido ântero-posterior, de forma a evitar a contaminação da região vulvar com bactérias provenientes da flora intestinal (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008). A mulher deve ser ensinada e incentivada a trocar regularmente os pensos higiénicos, de quatro a seis horas, ou de acordo com a perda sanguínea/lóquios, para evitar a infeção do local, especialmente se tiver ferida cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Após as 24 horas pós-parto, sempre que possível, a mulher deve realizar a higiene diária no duche, mantendo a higiene perineal após defecar, de modo a prevenir infeções. As mulheres devem ser informadas sobre os sinais e sintomas de infeção (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2011). Caso a mulher sinta dor ou pressão na região perineal, pode usar uma almofada em forma de "donut" para se sentar (University Wisconsin, 2009, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2011). Segundo a University Wisconsin (2009, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 6) *"a evidência científica não suporta a utilização rotineira de antissépticos durante o período pós-natal, mesmo na presença de ferida cirúrgica, em mulheres sem complicações puerperais, pelo que esta não deve ser utilizada"*.

1.3.1.2. Monitorizar a dor

Sabe-se que a dor no pós-parto é referida pela maioria das mulheres, podendo ser referida em diferentes locais anatómicos, dependendo do tipo de parto experienciado. A puérpera pode referir dor perineal, resultante do trauma perineal; dor abdominal, resultante da ferida cirúrgica nas mulheres submetidas a cesariana, ou resultante da amamentação; dor músculo-esquelética devido a TP prolongado ou às posições durante o parto. A presença de dor no puerpério pode comprometer o bem-estar e pode interferir no au-

tocuidado e nos cuidados ao RN. Num estudo de coorte realizado com 241 mulheres no período puerperal identificou-se que 173 (92%) das participantes referiram dor perineal no primeiro dia após o parto, independente do trauma perineal associado (Francisco et al., 2011). No caso da cesariana, a dor abdominal é o tipo de dor mais persistente, podendo permanecer pelo menos até dois meses após o nascimento do filho. Um estudo retrospectivo realizado na Finlândia referenciado por Lages (2012) revela que 18% das mulheres referiram ainda dor abdominal um ano após a cesariana, em contrapartida, 10% das mulheres referiram dor perineal após o parto vaginal. De facto, a dor é algo subjacente após o nascimento de um filho, independentemente do tipo de parto, pelo que requer a sua monitorização.

Desta forma, questionar a mulher sobre a presença de dor era uma das primeiras atividades de diagnóstico a ser executada quando a mulher chegava ao serviço de internamento. Além de constituir o quinto sinal vital, o seu bem-estar era a minha preocupação. A monitorização da dor era feita através da escala numérica da dor, de acordo com o protocolo do serviço. No caso da puérpera apresentar dor, eram negociados dois tipos de intervenção: intervenção farmacológica ou não farmacológica, de acordo com o tipo e intensidade de dor referida.

Caso se tratasse de dor perineal aplicava gelo durante 15 minutos, devido à facilidade da aplicação e dos efeitos imediatos no alívio da dor. Além disso, a aplicação do frio ajuda na redução do processo inflamatório e na limitação do edema e da equimose. Numa revisão integrativa da literatura realizada por Nunes e Vargens (2014), onde se procurou conhecer os efeitos do gelo, ou crioterapia, no alívio da dor perineal da puérpera, concluiu-se que constitui um método não farmacológico eficaz no alívio da dor, sendo frequentemente utilizado pelo enfermeiro obstetra em situações em que a mulher apresenta ferida cirúrgica perineal, hematoma ou edema. Este deve ser aplicado entre as primeiras 24 e as 72h após o parto (Nunes e Vargens, 2014). Para a aplicação do gelo, procedia previamente à inspeção do períneo. Em alguns casos foi observada a presença de hemorróidas procedendo à aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária e gelo, promovendo a vasoconstricção e o conforto.

As hemorróidas surgem, na maioria dos casos, devido ao esforço que a mulher faz no momento do parto. No entanto, por vezes, surgem durante a gravidez, tornando-se mais proeminentes com os esforços expulsivos.

Segundo Fernandes e Camacho (2009) existem dois tipos de hemorroidas, as internas e as externas, sendo as externas as que requerem tratamento, sobretudo quando se encontram na fase de trombose aguda. Por norma, se for observada na fase subaguda, habitualmente após as 48 horas, com a dor em fase de alívio, a trombose em resolução e o edema sobrejacente preponderante, o tratamento conservador é o suficiente. Este consiste em amolecer as fezes, na administração de analgésicos, na aplicação de frio local e uso de uma pomada adequada (anti-hemorroidária).

O alívio da dor, farmacologicamente, implicava a administração de analgésicos prescritos de acordo com o protocolo instituído no HPH: paracetamol 1g, oral, como primeira escolha e ibuprofeno 400mg, oral, caso o paracetamol não surtisse efeito. Segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2006, cit. por OE, 2011), sempre que a mulher sentir dor ou desconforto, o profissional de saúde deve observar o períneo, aplicar gelo, e se a terapia com frio não resultar, administrar um analgésico oral (em primeira instância o paracetamol).

No caso das cesarianas, a dor abdominal era o tipo de dor mais referida, dificultando-lhes, na maior parte das vezes, o autocuidado e a prestação dos cuidados ao RN. Desta forma, administrava os fármacos prescritos de acordo com o protocolo da instituição. Parte deste protocolo consta ainda a administração de quatro doses de morfina pela via epidural durante 48h, na presença de cateter epidural.

Quando a puérpera referia outro tipo de dor abdominal não associado ao tipo de parto, mas sim relativo à contração uterina (CU) característica da mulher que amamenta, administrava paracetamol 1g, oral; caso este não surtisse efeito, era administrado ibuprofeno 400mg, oral.

1.3.1.3. *Vigiar a Contração Uterina e as Características dos Lóquios*

A palpação do útero é a atividade de vigilância possível para a observação da CU, pelo que esta era executada uma vez por turno, de acordo com o protocolo da instituição, juntamente com massagem no fundo uterino, para estimulação da contratilidade uterina. Durante essa intervenção eram observadas as características dos lóquios.

Segundo a OMS (2014, p. 4) “a vigilância do tónus uterino através da palpção abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto”. A correta manutenção do tónus uterino permite a contração uterina, que pode ser acompanhada por dor - muitas mulheres que habitualmente vivenciam dor no período menstrual referem ser semelhante -, que por sua vez permite que o útero involua até ao seu local anatómico, assim como, promove a hemóstase do local da ferida placentar. Neste processo, o número de gestações anteriores e o tamanho do RN são fatores que influenciam (Lowdermilk e Perry, 2012).

A massagem uterina, realizada no fundo uterino, estimula a libertação de prostaglandinas, responsáveis pela CU, o que previne subsequentemente a Hemorragia Pós-Parto (HPP) (Ruiz, 2007).

Nas primeiras horas após o parto, espera-se que o útero se encontre perto da linha da cicatriz umbilical, regredindo após as primeiras 24 horas (até se encontrar inferior à linha da cicatriz umbilical e permaneça nesse hemisfério inferior do abdómen). Posteriormente é expectável uma regressão de cerca de um a dois centímetros por dia, embora de forma irregular, até se encontrar de novo na cavidade pélvica, num período compreendido entre três e seis semanas pós-parto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Tendo em conta que a ferida placentar se encontra em cicatrização, a mulher apresenta, nessa fase lóquios, ou seja, a libertação de fluxo sanguíneo pelo canal vaginal. Os lóquios vão variando as suas características e quantidade durante o puerpério, apresentando cheiro *suigéneris*. Nos primeiros três dias são constituídos por sangue, decídua e restos do trofoblasto, o que lhes confere cor vermelha e em quantidade abundante. Do 3º ou 8º dias, os lóquios tornam-se sero-hemáticos e são constituídos por sangue mais oxidado, soro, leucócitos e restos tecidulares. Do 8º dia até ao 21º dias os lóquios tornam-se amarelados ou esbranquiçados e são constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bacterias (Lowdermilk e Perry, 2012; Torre, 2001).

O fluxo dos lóquios pode aumentar com o levantar e a deambulação, devido ao efeito da gravidade, e com a amamentação, devido à ação da ocitocina. A persistência de lóquios hemáticos e em quantidade abundante no pós-parto imediato pode pressupor retenção de restos placentares (Torre, 2001). Desta forma, a vigilância da quantidade da perda sanguínea é necessária, pois uma perda aumentada pode significar retenção de restos placentares ou lacerações vaginais que requerem nova avaliação. A avaliação da quantidade da perda sanguínea deve ser feita através da saturação do penso higiénico, tendo em conta um período de duas horas. De acordo com Lowdermilk e Perry (2012) é considerada escassa se perda inferior a 2,5cm; moderada se inferior a 10cm; abundante se superior a 10cm ou um penso saturado.

De modo a facilitar a CU e a prevenir a HPP, de acordo com o protocolo instituído no HPH, era administrada ocitocina intravenosa (IV).

Segundo as recomendações da OMS (2014, p.5) a "*ocitocina (10 UI, IV/IM) é o fármaco uterotónico recomendado para a prevenção da HPP*", quer após parto vaginal quer após cesariana. No entanto, no HPH esta prática não se verifica. De acordo com o protocolo instituído no serviço de puerpério, após o parto, são administradas à puérpera 20UI de ocitocina diluídas em 2000cc de soro, em perfusão endovenosa, como profilaxia da HPP.

A HPP corresponde a uma complicação obstétrica relativamente frequente, e é definida como uma perda superior a 500ml de sangue, nas primeiras 24h após o parto. A HPP é a principal causa de mortalidade materna em países subdesenvolvidos, e a causa primária de quase ¼ de todas as mortes a nível global (OMS, 2014). Entre as causas de HPP, a atonia uterina corresponde a 90%. Define-se como a falência da contratilidade miométrial adequada, quer imediata quer tardia, e leva ao não encerramento das arteríolas espiraladas e dos *sinus* venoso.

Após esvaziamento vesical, massagem do fundo uterino e excluídas possíveis lacerações do canal de parto, perante uma HPP, numa puérpera com útero mole e volumoso, deve-se considerar uma atonia uterina (Ramos et al., 2002).

Partindo do princípio que a atonia uterina também pode ocorrer tardiamente, a administração de ocitocina, já no serviço de puerpério, tem o intuito de prevenir complicações deste tipo. No entanto, segundo a evidência científica, uma perfusão superior a 30UI de ocitocina diluída em 3000cc de soro, devido ao seu efeito antidiurético, pode de-

sencadear uma sobrecarga de volume, podendo ser responsável pelo desenvolvimento de edema agudo do pulmão hemodinâmico sem hipernatrémia. A fim de evitar essa complicação, embora rara, deve-se ponderar a administração de altas doses de ocitocina em perfusão (Ramos et al., 2002).

Durante o estágio, tive ainda a oportunidade de experienciar três situações em que as mulheres apresentaram membranas fragmentadas e duas situações em apresentaram retenção placentar no BP, tendo sido necessário realizar dequitação manual. Numa situação destas, a intervenção do EESMO passa pela vigilância da involução uterina e das características dos lóquios, pois um útero mal contraído e lóquios abundantes podem ser um sinal sugestivo, como referido anteriormente, de retenção de restos placentares e/ou membranas. Em nenhum dos casos houve registo de complicações.

1.3.1.4. Vigiar a Eliminação Vesical e Intestinal

Durante o puerpério, procedia à vigilância da eliminação vesical e intestinal da puérpera, uma vez que se conhecem alterações no sistema urinário e intestinal não só devido ao parto, mas também característico da própria gravidez.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) uma bexiga cheia provoca a deslocação do útero acima do umbigo e afasta-o da linha média, impedindo a sua contração normal. Assim, a mulher deve ser incentivada a urinar. Nesta fase, pode sentir medo de urinar por antecipar a dor ou o desconforto.

Após o parto, a mulher pode apresentar alguma dificuldade em restabelecer o trânsito urinário, não só pela analgesia pela via epidural (quando utilizada), mas também pelos processos fisiológicos da gravidez e puerpério.

Sabe-se que a diminuição dos níveis de estrogénio após o parto explica a reduzida função renal durante este período. A função do rim normaliza ao fim de um mês e são necessárias seis a oito semanas para que a hipotonia induzida pela gestação e a dilatação dos ureteres e pelve renal retomem o seu estado pré-gravídico (Torre, 2001).

Durante a gravidez, ocorrem alterações na estrutura renal e pélvica, devido às ações dos estrogénios e da progesterona. Por um lado, a ação da progesterona relaxa a musculatura lisa, o que provoca um relaxamento do tónus e conseqüentemente menos contratilidade da bexiga, podendo aumentar a capacidade vesical até 1500ml; por outro lado, a bexiga é comprimida pelo útero em crescimento, resultando na urgência em urinar, mesmo quando a bexiga contém apenas uma pequena quantidade de urina. Após o parto, o relaxamento dos músculos abdominais e a diminuição da pressão intra-abdominal leva a um aumento da capacidade da bexiga, podendo conter entre 1000 a 1500ml de urina sem complicações. A capacidade aumentada da bexiga, os seus traumatismos e os efeitos possíveis de analgésicos administrados durante o parto, podem contribuir para a diminuição da percepção para urinar. Os traumatismos pélvicos provocados pela presença

de ferida cirúrgica e/ou lacerações e edema da vulva e períneo podem diminuir o reflexo da micção (Torre, 2001).

Para prevenir complicações, como a retenção urinária, o enfermeiro pode ajudar a mulher da seguinte forma: promover a deambulação, logo que possível; aconselhar a puérpera a abrir a torneira do lavatório enquanto tenta urinar; estimular a micção durante o banho; caso permaneça a dificuldade em urinar, como último recurso pode ser necessária a algaliação (Cabral, Medeiros e Santos, 2010). No HPH, quando existiam situações de retenção urinária, em que a mulher mesmo com as várias estratégias não conseguia urinar, procedia ao esvaziamento vesical.

Uma das intervenções implementadas durante o puerpério, prendia-se com o ensino e incentivo da prática de exercícios que promovessem o restabelecimento do tônus do soalho pélvico, prevenindo assim, a incontinência urinária e o fortalecimento da musculatura das áreas afetadas pela gravidez.

A incontinência urinária, após o parto por via vaginal, corresponde a outra complicação transitória que pode ocorrer. Os músculos após o parto, tornam-se mais laxos devido ao aumento do peso corporal materno e ao peso do útero grávido, que aumentam a pressão sobre a musculatura do soalho pélvico, durante a gravidez. A incontinência urinária não põe em risco a vida da mulher, mas interfere na vida quotidiana, como no trabalho, na vida social e sexual, afetando de forma negativa a qualidade de vida. As perdas urinárias acontecem quando a pressão vesical é superior à pressão uretral (Santos e Pedroso, 2007). Os mesmos autores acrescentam que *“muitas das alterações urogenitais surgem após o parto, como as distopias da uretra, da bexiga e do colo vesical, bem como alterações do soalho pélvico, que concorrem para o aparecimento de disfunções urinárias, dentro das quais sobressai a incontinência urinária de esforço”* (p. 55). Santos e Pedroso (2007) defendem que o papel do enfermeiro é essencial no que diz respeito à orientação, observação e acompanhamento da puérpera, no momento da realização dos exercícios - exercícios de *Kegel* - ainda no internamento, contribuindo para a prevenção da incontinência urinária após o parto.

A eliminação intestinal implica uma atividade de vigilância, no período de puerpério, dado que existe risco de obstipação. No HPH, administrava laxantes até a mulher apresentar o trânsito intestinal regularizado, de acordo com prescrição médica.

Durante a gravidez, pela ação da progesterona existe um relaxamento da musculatura lisa do intestino, que atrasa os movimentos peristálticos e conseqüentemente dificulta a formação das fezes e a sua expulsão. Após o parto, a recuperação do tônus muscular do intestino é gradual, podendo ocorrer a obstipação. Além disso, a medicação analgésica administrada intra-parto pode contribuir para este problema.

Segundo César (2011), há estudos que demonstram que a manipulação vaginal e a episiotomia, realizadas durante o parto vaginal, constituem fatores de risco para as disfunções do soalho pélvico no pós-parto. Trauma direto do esfíncter anal e neuropatias do

nervo podendo são os dois eventos, mais frequentes, para a incontinência fecal. No entanto, durante a prática clínica, não foram observados casos de incontinência fecal.

Um outro problema que pode advir do parto por via vaginal, relativamente a este sistema, é a obstipação devido, maioritariamente, aos traumatismos que podem ocorrer na região perineal e anal. Os traumatismos da região perineal, em consequência do parto vaginal - lacerações, episiotomia, ou ambas - provocam dor, o que constitui um dos maiores problemas para a puérpera, pois afeta diretamente a sua capacidade para desempenhar as tarefas relacionadas com o exercício do seu papel maternal, bem como atividades da vida diária. Muitas mulheres referiram medo em defecar devido à presença de ferida cirúrgica e/ou lacerações. Num estudo realizado (Andrews et al. 2008, cit. por Ferreira, 2011) para avaliar a dor perineal, comparando um grupo de mulheres com ferida cirúrgica médio-lateral com um grupo de mulheres com lacerações espontâneas de segundo grau, os autores constataram que das 98 mulheres submetidas a episiotomia, em 42% delas houve atingimento do esfíncter anal, verificando-se que ao quinto dia após o parto, apresentavam níveis de dor superior ao das mulheres com lacerações de segundo grau. Desta forma, os esforços para expulsar o conteúdo fecal podem estar comprometidos pela dor perineal que a mulher apresenta, nomeadamente na presença de ferida cirúrgica. Essa dor, aliada ao medo, pode comprometer o restabelecimento do trânsito intestinal, pelo que é aconselhável a administração de laxantes.

1.3.1.5. *Executar o Primeiro Levante*

As adaptações fisiológicas favorecem um ambiente trombótico, desde o início da gravidez, mesmo na ausência de outros fatores de risco (Lima e Borges, 2015). Desta forma, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a deambulação precoce é essencial para a prevenção de complicações, nomeadamente o tromboembolismo, além de promover uma recuperação mais rápida da vitalidade. Desta forma, sempre que possível promovia o levante precoce das puérperas.

Esta intervenção requeria previamente a monitorização dos sinais vitais, incluindo a dor e a coloração das mucosas, pelo risco de anemia e consequente hipotensão. Iniciava pela informação do procedimento, obtendo o consentimento da puérpera. De seguida monitorizava a TA e a FC. Elevava gradualmente a cabeceira da cama até atingir os 90°. Após isso, monitorizava de novo a TA e a FC. Assistia, de seguida, a puérpera a sentar-se na cama com os membros inferiores pendentes. Se não houvesse nenhuma intercorrência, a puérpera levantava-se, assentando os dois pés no chão.

Pelo risco da hipotensão ortostática, monitorizava os sinais vitais. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 505) “a diminuição rápida de pressão intra-abdominal após o parto leva a uma dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos e leva à estase de sangue nas vísceras”. Por este motivo as mulheres apresentam hipotensão ortostática quando tiveram um parto há pouco tempo, quando se sentam ou levantam, ou tomam um

duche (Lowdermilk e Perry, 2008). Após o levante, e não havendo registo de intercorrências, incentivava os cuidados de higiene, inclusive a higiene no duche. Aconselhava um duche rápido, com água tépida sem trancar a porta.

1.3.1.6. Promover a Amamentação

Tendo em conta os parâmetros preconizados para um hospital ser considerado hospital amigo dos bebés, tal como é considerado o HPH, os profissionais da instituição dão particular atenção à amamentação, incentivando as mães a amamentar exclusivamente, salvo algumas exceções: quando a mãe expressa claramente desejo de não amamentar, ou quando a situação clínica do RN e/ou da mãe não o permita.

Levy e Bértolo (2012) preconizam a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade, argumentando que o bebé recebe todos os nutrientes necessários ao seu crescimento, havendo por isso a necessidade de informar todas as puérperas sobre a importância do aleitamento materno, quer para ela quer para o bebé. Sabe-se, hoje em dia, que o *“aleitamento materno é um meio económico, acessível e adequado de alimentação (...) reduz o risco de infeções no lactente, nomeadamente a gastroenterite e a otite média aguda, alergias e síndrome metabólica tardia”* (Ferreira et al., 2010, p. 105).

Das 101 puérperas que foram alvo dos meus cuidados, apenas duas delas solicitaram a inibição láctea. Considero um balanço positivo e depreendo que, hoje em dia, as mulheres/casais são cada vez mais e melhor informados, conhecem os benefícios da amamentação e compreendem a importância do leite materno para o desenvolvimento saudável do seu filho. As duas mulheres que optaram pela inibição láctea referiram desconforto e dor quando amamentavam, relatando ser para elas um sacrifício. Embora em ambos os casos demonstrassem conhecer as vantagens do aleitamento materno, durante a mamada observava fâcias de dor e movimentos de retração da mama, mesmo estando o RN a fazer uma pega correta. Mais tarde, optaram pela inibição láctea, considerando-se não serem capazes de manter a amamentação.

A amamentação é uma prática frequentemente geradora de ansiedade e insegurança, podendo gerar sentimentos de angústia, diminuição da auto-estima e auto-confiança. Desta forma, pretende-se que o papel do enfermeiro durante o puerpério se centre, não só no apoio à amamentação, mas também na informação que este disponibiliza e que deve constituir a base para a tomada de decisão individual da mãe (Ferreira, 2004). Segundo a Levy e Bértolo (2012, p.7) *“alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida”*.

Amamentar ou não é a primeira grande decisão durante o processo de gravidez. Hoje em dia, com a extensa oferta de cursos de preparação para o parto, a mulher/casal tem à sua disposição diversa informação, incluindo a forma como a amamentação propor-

ciona inúmeras vantagens para a mãe e para o RN. Segundo Ferreira (2004) para uma mãe podem existir diversas razões de natureza psicológica, cultural ou mesmo física, que se revelam condicionantes da sua decisão em querer ou não amamentar, embora esta decisão, quando favorável ofereça uma oportunidade de prazer e seja gratificante para ambos. No entanto, a decisão cabe sempre à mulher e deve ser respeitada. O enfermeiro deve informar sobre todas as opções disponíveis para que a mulher possa tomar uma decisão informada, de forma a manter a sua saúde e bem-estar.

Durante a prática clínica, procurei sempre informar as mulheres, que revelaram desejo de inibir a lactação, sobre as vantagens várias e opções disponíveis, apoiando e incentivando durante a amamentação. No HPH são realmente poucos os casos de inibição láctea verificados durante o internamento, pois existe um forte apoio à mulher/casal durante a amamentação, mesmo após a alta. No caso destas duas puérperas, efetuou-se a inibição láctea mediante prescrição médica e foi oferecido aos recém-nascidos leite adaptado, de acordo com os dias de vida e peso ao nascimento.

O puerpério é um período intenso de emoções e as primeiras 24 a 48 horas são de extrema labilidade emocional, pelo que existe uma ambivalência de sentimentos, condicionada por um lado, pela fadiga e necessidade de recuperação após o parto, por outro, pela alegria de ter um filho e a vontade de atender a todas as suas necessidades. Deste modo, as emoções afetam a lactação, por meio de mecanismos psicossomáticos específicos e, por isso, a mulher necessita de apoio por parte dos profissionais de saúde de forma a lidar com os problemas que podem surgir durante essa prática. O incentivo e apoio que necessitam requerem conhecimento, atitudes e habilidades dos enfermeiros (Brant, Affonso e Vargas, 2009).

Levy e Bértolo (2012) consideram que o leite materno é o alimento vivo, completo e natural, adequado a todas as necessidades de um RN, salvo raras exceções. Constitui o alimento mais rico e saudável para o RN, mas a amamentação também apresenta vantagens para a mãe. Relativamente ao RN, o leite materno previne infeções do sistema gastrointestinal, respiratório e urinário, diminui o risco de desenvolver alergias, previne doenças do foro metabólico como a diabetes, previne linfomas e permite uma melhor adaptação a outros alimentos, posteriormente. No que diz respeito à mãe, associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama, permite regressar ao estado pré-gravídico com maior eficácia, ajuda na involução uterina, proporciona sensações prazerosas, além de que constitui um método económico e seguro de alimentar o bebé.

Para o sucesso do aleitamento materno é importante que o bebé obtenha um bom estado nutricional, e que haja uma interação de qualidade entre mãe e bebé durante a mamada, pois o contacto físico e visual proporciona uma maior vinculação, facilitando a produção de leite necessário para o RN, bem como a sua ingestão adequada (Levy e Bértolo, 2012).

Durante o estágio, observei que durante as primeiras mamadas, mesmo em mulheres que tiveram experiência anterior em amamentar, apresentavam algumas dificuldades,

sendo as maiores observadas na pega do RN e na forma de o estimular. A maioria demonstrava conhecimento sobre os benefícios da amamentação, mas não conhecia a técnica para a extração manual do leite materno, nem como atuar em caso de complicações, como o ingurgitamento mamário.

Efetuei ensinamentos sobre a extração manual do leite materno, também como forma de estimular o paladar e o olfato do RN, facilitador no início da mamada. Assim, e tal como indicado por Levy e Bértolo (2012), instruí a puérpera do seguinte modo: colocação do polegar na aréola acima do mamilo e o indicador na área por baixo do mamilo, em oposição ao polegar; em seguida instruí a pressionar o polegar e o indicador ligeiramente para dentro, contra as costelas, informando que desta forma facilitava a saída de leite dos reservatórios até ao mamilo. Deveria depois pressionar e soltar, em movimentos seguidos. Informava que esta técnica não implicava dor e que nas primeiras tentativas podia não sair colostro, devendo fazer pressão igualmente na parte lateral para que o leite fosse retirado de igual forma em toda a mama.

Era importante supervisionar a mulher a fazer a extração manual do leite materno, efetuando assim a avaliação do ensino. Ajudava a posicionar o RN, verificando a correta pega. Era necessário que o bebé abrangesse a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, distendendo o tecido da mama para fora quando suga; mamando na aréola e não no mamilo; o queixo do bebé devia tocar na mama; a boca bem aberta com lábios voltados para fora, especialmente o inferior, ouvindo-se movimentos de sucção e deglutição; observando-se pequenas pausas para descansar. Enquanto isso, demonstrava à mãe/casal os sinais de uma boa pega e a forma correta do RN fazer uma mamada eficaz. Nesse momento, ensinava/instruí também sobre o posicionamento correto do bebé, devendo estar abdómen com abdómen, cabeça em linha reta com o corpo, de frente para o mamilo (Levy e Bértolo, 2012) e sugeria à mulher a adoção da posição que para ela era mais confortável. Disponibilizava sempre almofadas de amamentação, promovendo o conforto e o bem-estar da mãe durante a mamada.

Sempre que necessário permanecia junto da mulher durante a mamada, corrigindo a pega se necessário, e ensinando o casal a estimular o RN. Esta era sem dúvida uma das dificuldades que a maioria dos casais demonstrava. Era importante explicar que o RN podia adormecer durante a mamada e que os pais deviam estar alerta para o tempo da mamada, percebendo se esta era eficaz ou não, no caso do RN adormecer constantemente ao seio materno. Explicava que esta situação era normal, pois os movimentos de sucção e o calor da mãe, eram condições ideais para induzir o sono do RN. Assim, os pais durante a mamada deviam despir algumas peças de roupa do RN, ou mesmo até mudar a fralda, estimular o RN no pé ou nas orelhas para o acordar caso este adormecesse.

Segundo o que preconiza a UNICEF (Levy e Bértolo, 2012), o leite materno deve ser oferecido em livre demanda, sendo o RN quem “escolhe” o horário das mamadas. No entanto, era primordial fazer entender ao casal que o intervalo das mamadas, especialmente até a amamentação estar bem estabelecida, não devia exceder as três horas, pelo que

nessas situações deviam estimular o RN, de forma a despertá-lo para iniciar a mamada. De acordo com a norma do serviço, nas primeiras 24 horas existia uma vigilância mais rigorosa do intervalo das mamadas, pelo que após a primeira mamada após o parto fazia-se um intervalo maior (entre três a cinco horas), no entanto, após isso, alertava-se o casal para a necessidade de alimentar o RN a cada três horas.

O momento da observação da mamada também era uma oportunidade para a inspeção das mamas, nomeadamente o estado dos mamilos e a consistência da mama (moles/tensas/túrgidas). Várias foram as mulheres que nas primeiras 24 horas apresentaram mamilos macerados, mas poucas as que apresentaram fissuras. Assim, incentivava a aplicação de algumas gotas de colostro no mamilo e aréola, devido às suas propriedades cicatrizantes e, sempre que possível, a secagem ao ar. Só depois disso, deviam aplicar as conchas e o soutien. Explicava, também, que para prevenir estas situações o RN devia fazer uma pega correta no seio materno, devia estar na posição correta, a mãe não devia interromper abruptamente a mamada, caso fosse necessário devia colocar um dedo suavemente na boca do bebé, de modo a interromper a sucção (Levy e Bértolo, 2012).

No caso em que as mulheres apresentavam fissuras no mamilo, aconselhava a aplicação de lanolina diariamente, para além da aplicação de colostro após cada mamada, tal como preconizado em alguns estudos (Levy e Bértolo, 2012)

Os cuidados com as mamas e a higiene diária das mesmas foi também foco da minha atenção. Ensinei sobre a higiene diária apenas com água, evitando o uso de sabonete ou desinfetantes, pois podem secar a pele, tornando-a mais suscetível ao aparecimento de fissuras (Levy e Bértolo, 2012). O uso de soutien apropriado à amamentação era recomendado a todas as mulheres, segundo as indicações da UNICEF (Levy e Bértolo, 2012).

Uma das situações dificultadoras da amamentação, para além de mamilos sensibilizados/fissurados que causam desconforto/dor, prende-se com o tipo de mamilo que a mulher apresenta. Na prática, constatei que mamilos moles e proeminentes são facilitadores de uma pega correta do RN. Nas mulheres com mamilos pequenos, planos, invertidos ou não protracteis após estimulação, verifiquei que alguns recém-nascidos apresentavam maior dificuldade em se adaptar ao seio materno. Nestas situações, o que está recomendando pela UNICEF (Levy e Bértolo, 2012) é a tentativa de rodar o mamilo entre os dedos de modo a ficar mais saliente e incentivar a amamentação o mais precocemente possível (durante a primeira hora de vida). Deve ainda permitir-se que o bebé pegue do modo que ele quer, desde que faça uma pega correta. Manter o contacto pele-a-pele e tentar várias posições, são tentativas também a ter em conta. Um estudo realizado nos Estados Unidos e no Canadá por Alexander et al. (1994), revelou que, nestas situações, os exercícios de *Hoffman* e a utilização de conchas nos seios, durante a gravidez, não devem ser recomendados, pois não existe evidência do seu benefício no que diz respeito ao sucesso na amamentação. Estudos mais recentes não foram encontrados.

Assim, de acordo com a UNICEF (Levy e Bértolo, 2012), mamilos invertidos ou planos podem ser estimulados, aplicando sucção com uma bomba ou seringa de 20ml várias vezes ao dia durante 30 a 60 segundos e sempre antes de amamentar.

Pequenas dificuldades podem surgir durante a amamentação, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez. Durante a prática clínica, por vezes, assisti à descida do leite quando o internamento se prolongou para além dos dois a três dias após o parto. Nessas situações, nomeadamente as primigestas referiam desconforto e ansiedade face à nova situação com a qual se deparavam.

A descida do leite ocorre entre o 2º e o 3º dia após o parto, e as mamas podem apresentar-se quentes, mais pesadas e duras, devido à quantidade de leite e ao aumento de aporte sanguíneo nos vasos que as irrigam. O colostro dá lugar ao leite de transição e muitas mulheres referem este processo como desagradável. A mãe pode sofrer um ligeiro aumento da temperatura corporal, não excedendo os 38°C, durante 24h. Regra geral, o leite sai sem dificuldade e a mãe continua a dar de mamar normalmente, ao fim de três ou quatro dias sentirá de novo as mamas menos tensas e aumentará o conforto (Levy e Bértolo, 2012).

No entanto, em algumas situações, o leite não é retirado em quantidade suficiente, dando origem ao ingurgitamento mamário. As mamas ficam túrgidas, brilhantes e dolorosas, podendo ser difícil a extração do leite. O bebé pode ter dificuldade em abocanhar a aréola por esta se encontrar tensa e daí resultar numa mamada ineficaz (Levy e Bértolo, 2012).

Embora não tenham sido observados casos de ingurgitamento mamário durante o estágio clínico, muitas mulheres, ao fim do 3º dia, com a descida do leite, apresentavam mamas tensas. De modo a prevenir o ingurgitamento mamário a mulher era aconselhada a amamentar em horário livre; a aplicar calor antes da mamada para facilitar a saída do leite, através da vasodilatação, e se o RN apresentasse dificuldade em fazer uma pega correta realizava/instruía a extrair leite manualmente. Durante a mamada aconselhava a mãe a massajar a mama suavemente para auxiliar na saída fluída do leite dos ductos. No fim da mamada aplicava gelo com o intuito de promover a vasoconstrição e, assim, evitar a turgescência mamária.

O procedimento executado está de acordo com o preconizado pela UNICEF (Levy e Bértolo, 2012) para prevenir o ingurgitamento mamário. Caso permaneça a dificuldade do RN em mamar, a mãe deve retirar o leite para o copo (manualmente ou com bomba) e oferecer ao RN. Nesta situação, deve continuar a extração manual ou mecânica necessária até as mamas ficarem menos tensas e com maior conforto e sem ingurgitamento.

Na verdade, existem diferentes opiniões entre os autores, que embora sejam convergentes em certos pontos, não apresentam, no entanto, consenso. Por um lado, a UNICEF (Levy e Bértolo, 2012) preconiza as medidas mencionadas. Por outro lado, outros autores como Zugaib (2008), defendem que no caso do ingurgitamento mamário deve manter-se o aleitamento exclusivo e corrigir possíveis erros durante a amamentação. A mama-

da deve ser iniciada pela mama mais sadia e os intervalos entre as mamadas devem ser reduzidos. A massagem das mamas deve ser aconselhada e a retirada do leite antes da mamada deve ser incentivada para facilitar a pega do RN. O mesmo autor defende ainda que o uso do quente e do frio não deve ser utilizado pois, podem provocar lesões dos tegumentos. Nos casos mais graves, em que a turgescência é extremamente notória deve recorrer-se a fármacos como analgésicos, anti-inflamatórios, ocitocina nasal, diuréticos e até inibidores da lactação em dose única (Zugaib, 2008).

Numa revisão da literatura publicada por Sousa et al. (2012) que procurou conhecer o tratamento mais eficaz para o ingurgitamento mamário e para a sua prevenção conclui-se que a aplicação de calor local, diretamente nas mamas túrgidas promove a vasodilatação, favorecendo o aumento da circulação e consequentemente o aumento do volume de leite nas mamas o que fisiologicamente pode levar ao aumento do ingurgitamento mamário. No entanto, a aplicação de compressas quentes em associação com massagem da mama e aplicação alternada de compressas frias demonstrou vantagens no alívio sintomático da dor e do ingurgitamento.

1.3.1.7. *Vigiar a Ingestão Nutricional da Mulher que Amamenta*

Uma das intervenções do EESMO durante o internamento, para além do apoio e incentivo na amamentação, prende-se com os conselhos e ensinamentos relativos à alimentação durante a fase de amamentação. Para além da necessidade de um aporte correto de nutrientes, a mulher deve recuperar o seu peso de forma saudável. Durante a prática clínica, este problema revelou-se ser uma preocupação das mulheres.

Durante o primeiro semestre de lactação, a puérpera produz, diariamente, 90 a 270ml de colostro nos primeiros três dias, podendo chegar a produzir 420ml/dia no final da primeira semana. Ao fim do terceiro mês de vida do bebé, o volume de leite produzido atinge cerca de 600ml/dia e, no sexto mês, entre 700 a 850ml/dia. Por este motivo, o organismo materno necessita de um aumento da ingestão diária, no mínimo de 500kcal e de 15 a 20g de proteínas, para além do aumento da ingestão de líquidos, que deverá rondar os 2l/dia (Ciampo et al., 2008). A mulher necessita de ter uma alimentação variada, adequada e equilibrada. Embora a dieta materna não afete a quantidade de proteínas, gorduras e hidratos de carbono no leite, pode haver deficiência nas concentrações de alguns ácidos gordos, vitaminas e minerais (Ciampo et al., 2008). Ciampo et al. (2008, p. 346) considera que *“mulheres que consomem pequena quantidade de hidratos de carbono por dia podem apresentar sinais de fadiga, desidratação e perda de energia durante o período de amamentação, sendo a composição ideal da sua dieta: 55% de hidratos de carbono, 30% de gorduras e 15% de proteínas”*.

Segundo a DGS (2015) era ensinado às puérperas os cuidados a ter com a alimentação, nomeadamente a necessidade de manter uma alimentação saudável e variada. Aconselhava a ingestão e as porções adequadas de laticínios, leguminosas, carne, peixe, ovos,

cereais e os seus derivados (arroz, massa, farinha, pão e flocos de cereais), tubérculos (batata, inhame), fruta, azeite, manteiga, frutos secos, vegetais e líquidos, Era incentivada a ingestão de líquidos, perfazendo um total entre dois a três litros por dia. A água deve ser o líquido preferencialmente escolhido. Era aconselhado evitar o consumo de carnes e peixes salgados, caldos industriais, molhos e temperos prontos a consumir, aperitivos salgados, batatas fritas, enlatados, produtos de charcutaria, salsicharia e frutos gordos salgados. Aconselhava-se ainda a fazer refeições com intervalo máximo de três horas, fazendo, em média, seis refeições por dia.

A mesma entidade acrescenta que a mulher que amamenta deve ter em conta a quantidade de energia e nutrientes que ingere, pois a necessidade nutricional é diferente nesta altura. No Quadro 2 encontram-se descritas as quantidades de nutrientes que a lactante deve ingerir por dia e em que alimentos os pode encontrar.

Nutriente	Quantidade	Fonte alimentar
Proteína	1,1g/kg	Laticínios (leite, queijo, iogurte), leguminosas verdes e secas (feijão, grão-de-bico, favas, ervilhas, lentilhas), carnes, pescado e ovos
Hidratos de carbono	210g	Cereais e seus derivados (arroz e massa, farinha, pão, flocos de cereais); tubérculos (batata, inhame, etc.); leguminosas secas (feijão, grão de bico, ervilhas, etc.), fruta
Ácidos linoleico	13g	Azeite e peixe gordo (sardinha, salmão e cavala)
Ácido alfa-linolénico	13g	Azeite e peixe gordo (sardinha, salmão e cavala)
Vitamina D	5µg	Leite, produtos lácteos, salmão, ovos e exposição solar.
Ácido fólico	500µg	Cereais integrais (250ug/100mg), flocos de trigo integral (250ug/100mg), flocos de milho (167ug/100mg), espargos cozidos (155ug/100mg), couve-de-bruxelas (110ug/100mg), beterraba (109ug/100mg), Couve lombarda cozida (80ug/100mg), flocos de aveia (56ug/100mg), grão-de-bico (54ug/100mg), feijão vermelho (43ug/100mg), pão de mistura (33ug/100mg), laranja (31ug/100mg)
Ferro	9mg	Fígado grelhado (9,8mg/dl), pão integral (3mg/100g), feijão manteiga cozido (2,6mg/100g), carapau grelhado (2,1mg/100g), chicharro grelhado (2,1mg/100g), perna de peru assada (2,1mg/100g), carne de vaca estufada (2mg/100g), espinafres (2mg/100g), costeleta de porco grelhada (1,7mg/100g), alface (1,5mg/100g), frango grelhado (1,1mg/100g), brócolos cozidos (1,0mg/100g).
Iodo	200g	Peixes, crustáceos, algas, vegetais, carne, leite e seus derivados, sal iodado.
Cálcio	1000mg	Queijo do tipo flamengo, 30% gordura (850mg/100g), couve galega cozida (264mg/100g), iogurte sólido - aromatizado e meio gordo (130mg/100g), pão de centeio integral (115mg/100g), leite de vaca UHT magro (114mg/100g), leite de vaca UHT meio gordo (109mg/100g), leite vaca UHT gordo (109mg/100g), iogurte líquido - aromatizado meio gordo (105mg/100g), salmão grelhado (68mg/100g)
Zinco	12mg	Carne de vaca estufada, magra (8,3mg/100g), queijo do tipo flamengo, 30% gordura (5,5mg/100g), carne de vaca assada (5,1mg/100g), bife de vaca grelhado (valor médio de acém, alcatra e lombo) (4,6mg/100g), perna de peru assada (3,8mg/100g), miolo de amendoim com pele (3,2mg/100g), miolo de amêndoa com pele (3,1mg/100g), miolo de noz com pele (3,1mg/100g), pão de trigo integral (2mg/100g), flocos de cereais e frutos secos tipo "Muesli" (2mg/100g)
Magnésio	310mg	Miolo de amêndoa com pele (259mg/100g), castanha de caju torrada e salgada (250mg/100g), miolo de amendoim com pele (182mg/100g), miolo de avelã (159mg/100g), flocos de aveia (122mg/100g), flocos de trigo integral (120mg/100g), pão de trigo integral com sementes de sésamo (105mg/100g), tofu (91mg/100g), soja cozida sem sal (84mg/100g), espinafres (54mg/100g), feijão manteiga cozido (demolhado) (51mg/100g), feijão frade cozido (demolhado) (47mg/100g), linguado grelhado (36mg/100g), banana (28mg/100g), abacate (21mg/100g)

Quadro 2 - Necessidades nutricionais da puérpera que amamenta para um aporte calórico de 2698kcal/dia

Fonte: www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoonagravidez.pdf

Relativamente à ingestão de álcool, durante a amamentação são poucos os conhecimentos relativos aos efeitos do mesmo no lactente, contrariamente ao consumo de álcool durante a gravidez, dado que se conhecem as repercussões no feto. Segundo Correia (2015), estudos realizados recentemente, embora escassos, concluem que o consumo de álcool durante a amamentação leva à diminuição da produção de ocitocina, o que consequentemente compromete a amamentação, e por si só, causa um efeito negativo, embora não se conheçam os efeitos que pode ter no bebé. Esta autora publicou um estudo, relativo à prevalência do álcool em Portugal durante a amamentação, e conclui que em Portugal existe consumo de álcool durante a amamentação, sendo esse consumo inferior ao que ocorre durante a gestação. A bebida alcoólica predominante é a cerveja, atendendo à crença popular em que se acredita ser a cerveja responsável pelo aumento da produção de leite, talvez possa ser essa a justificação para o consumo desta bebida pela lactante.

Partindo deste mito, e durante a prática clínica, apercebi-me que existem mitos sobre a amamentação e que foram necessários desmistificar. A verdade é que muitas mulheres ingerem ou deixam de ingerir certos alimentos por acharem que podem fazer bem ou mal ao lactente.

Um estudo realizado em Lisboa, em 2010, por Virella et al., teve como objetivo caracterizar as alterações dietéticas maternas durante a gravidez e amamentação e identificar fatores associados a essas alterações e a sua relação com a manutenção do aleitamento materno durante os primeiros três meses. Foram estudadas mulheres com idade média de 30 anos, entre as quais 99% pretendiam amamentar e 98% planeavam alterar a dieta durante a amamentação, evitando café, chocolate, refrigerantes com cafeína, enchidos, conservas e feijão. Aos três meses, 67% das mulheres mantinha o aleitamento materno; 89% das mães tinham alterado a dieta, evitando/eliminando os alimentos referidos na primeira fase; em 39% dos casos foi associada sintomatologia do lactente, sobretudo cólicas. Os alimentos que as mulheres referiram restringir/eliminar durante os primeiros meses foram: chocolate, café, amendoins, bebidas com cafeína, feijão, conservas, couves, frutos secos, morangos, laranjas, enchidos, sendo o chocolate e os amendoins mais evitados. O café e as bebidas com cafeína e semelhantes foram os mais eliminados. Além disso, consideram que existem alimentos que podem aumentar a produção de leite materno, como os lacticínios, líquidos/sopa e bacalhau.

Segundo Virella et al. (2010), os estudos científicos realizados até à data não comprovam que qualquer um destes alimentos seja prejudicial para o lactente quando ingeridos sem excesso. Os autores referem que *“o café, o chocolate os doces, bebidas com cafeína e semelhantes, fazem parte de um grupo de substâncias consideradas inadequadas do ponto de vista nutricional e que na gravidez, puerpério ou em qualquer outro período da vida se devem restringir”* (p. 70). Argumentou-se que o feijão, o grão, as laranjas, os morangos e as couves são alimentos com valor nutricional e que devem ser incluídos na dieta da mulher que amamenta. As restrições alimentares, durante a amamentação, segundo estudos que Virella et al. (2010) referenciam reduzem apenas a diversidade de sabores

experenciados pelo lactente, e podem interferir na aceitação de alimentos no momento da introdução dos sólidos. Lactentes amamentados experienciam mais sabores do que aqueles que são alimentados com leite adaptado. Quanto aos alimentos ingeridos para aumentar a produção de leite, não são conhecidos estudos que comprovem este efeito na lactação.

Outro mito diz respeito à oferta de água ao RN quando amamentado. No mesmo estudo realizado por Virella et al. (2010), na primeira fase, 27% das mulheres tinham intenção de oferecer água ao bebê, enquanto que 24% confirmaram essa ação quando inquiridas ao fim dos três meses. Segundo Virella et al. (2010, p. 109) *“a ingestão de água pelo lactente em amamentação exclusiva não é recomendada, mesmo durante o verão, pois leva à diminuição da ingestão de leite”*.

Desta forma, é importante conhecer os mitos presentes nas mulheres que amamentam e desmistificá-los, com o intuito de as ajudar a manter, não só a amamentação, mas uma alimentação saudável e diversificada. Tal como foi possível observar, a diversificação alimentar facilita o aporte de micronutrientes importantes para o desenvolvimento normal do lactente, sendo necessário, o ensino dietético abrangente de forma a prevenir a restrição de alimentos nutricionalmente importantes.

1.3.1.8. Vigiar Estado Emocional da Puérpera

Segundo Fernandes et al. (2014, p. 54) *“o nascimento de uma criança foi, é e sempre será o acontecimento sublime. Acontecimento que contém emoções tão intensas que simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de se ser humano”*. As emoções estão inerentes à essência da pessoa e podem ser emoções negativas ou positivas, perturbadoras ou gratificantes e são geradas por um evento, onde cada pessoa reage de forma única, tendo em conta experiências anteriores. Tal acontece com o nascimento de um filho.

A gravidez diz respeito a uma transição no universo feminino, que implica mudanças pessoais, familiares e sociais. Para além de mulher, ela passa a ser vista como mãe e todo esse processo implica alterações psicológicas, fisiológicas e sociais, não só na mulher, mas também nas pessoas que a rodeiam (Giaretta e Fagundez, 2015).

Ao longo da gravidez a mulher experiencia mudanças locais e sistêmicas. Após o nascimento, essas mudanças continuam a acontecer, não só pelo retorno fisiológico e anatómico do seu corpo ao estado pré-gravídico, como também pela integração de novos papéis no ciclo familiar e vital da mulher (Ministério da Saúde, 2003 cit. por Giaretta e Fagundez, 2015). Nesta fase, o desequilíbrio hormonal acontece e a ambiguidade de sentimentos é característica, tanto pela felicidade do nascimento, como pela insegurança de cuidar do filho (Giaretta e Fagundez, 2015).

Segundo Stern (1997), com o nascimento de um filho a mulher insere-se numa nova esfera denominada por *“constelação da maternidade”*, onde existe uma reorganização

psíquica. A mulher encontra-se mais vulnerável a situações de tristeza, não só devido a alterações anatomo-fisiológicas, nomeadamente as hormonais, como também, ao ajuste do seu papel de mãe e de mulher. Todo esse processo pode ser facilitado pela euforia e alívio do nascimento, e a autoconfiança associada à experiência do parto, como pode ser dificultado pelo desconforto físico e cansaço, o receio relativo à amamentação e ao medo de não conseguir responder às necessidades do RN (Silva, 2012).

Desta forma, o estado emocional da mulher no puerpério deve constituir um foco de atenção do enfermeiro, a fim de despistar situações de risco. Durante a prática clínica, não foram registadas situações de *blues* pós-parto, nem de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, no entanto, várias mulheres demonstravam insegurança no seu papel como mães, em especial na amamentação, espelhando-se em fâcias de tristeza e por vez, associado o choro.

O pós-parto é um período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psíquicos. A disforia, ou *blues* pós-parto, a depressão e a psicose pós-parto constituem os transtornos mais comuns após o nascimento de um filho. No puerpério ocorrem mudanças hormonais que implicam o bem-estar da mulher, além de que está sujeita à transição para a parentalidade, requerendo reorganização social e adaptação ao novo papel (Cantilino et al., 2009). Nesta fase, a mulher sofre de privação de sono e algum isolamento social, já que a atenção recai toda sobre o RN. Além disso, passa por um processo de reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina, que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de alguns dos transtornos descritos anteriormente.

Tendo em conta o tempo de internamento das mulheres, que rondava entre as 48h e as 72h após o parto, a minha vigilância incidia sobre o bem-estar emocional da puérpera e na deteção precoce de sinais e sintomas de *blues* pós-parto, ou risco para o desenvolvimento da depressão. Segundo Cantilino et al. (2009, p. 289), *“a disforia pós-parto é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas. Os sintomas geralmente iniciam-se nos primeiros dias após o nascimento e atingem o pico no quarto ou quinto dia após o parto, revertendo de forma espontânea”*. Para reconhecer este quadro, o EESMO deve reconhecer os sinais e sintomas precocemente: choro fácil, labilidade emocional, irritabilidade e comportamento hostil para com os familiares e companheiro. Assim, o enfermeiro deve intervir, promovendo o suporte emocional adequado, a compreensão e auxiliar nos cuidados ao RN (Cantilino et al., 2009).

Para além da vigilância do estado emocional da puérpera, promover a vinculação é também de extrema importância, facilitando a aquisição de habilidades, o que torna a mãe mais segura, autoconfiante e capaz para o exercício da parentalidade. Essa confiança, diminui a ansiedade relativamente à reposta a dar às necessidades do RN, e com isso, diminui o risco de depressão pós-parto (Cantilino et al., 2009). De salientar que a educação para a saúde, neste contexto, é essencial para prevenir complicações. Desta forma, incentivava a mulher ao autocuidado (alimentação adequada, respeito dos horários de

sono e repouso e distração, exercício físico); à expressão de emoções, partilha de sentimentos e pensamentos; à partilha de tarefas com o companheiro/outra pessoa significativa; e a estar alerta para sinais e sintomas, quando regressados ao domicílio, que indicassem um problema, uma vez que a depressão pós-parto é uma patologia que surge, por vezes, já no domicílio.

Tal como observado anteriormente a vulnerabilidade da mulher, nesta fase, é grande pelo que o casal deve possuir estratégias de *coping* para lidar com a reorganização e o desequilíbrio provocados pela nova situação familiar e pelas novas responsabilidades. O casal vivência a transição para a parentalidade, que com o nascimento do bebé exige a aceitação dos seus novos papéis. Nessa transição existem acontecimentos que podem facilitar ou dificultar esse processo.

Durante o estágio profissional, experienciei a vivência de um casal perante uma situação de morte perinatal por perda do segundo gémeo durante o parto por via vaginal, tendo o primeiro gémeo necessitado de cuidados na neonatologia por prematuridade. Neste caso, a morte de um dos bebés, e o internamento do outro, poderia dificultar a transição para a parentalidade, uma vez que aliado à ansiedade de cuidar de um filho, estava a tristeza de perder outro. Na verdade, situações destas são sempre inesperadas e a intervenção do EESMO consiste, maioritariamente, na escuta ativa, no respeito pelo espaço da mulher/casal, na promoção do suporte emocional adequado e, se necessário, referenciar para outros profissionais como o psicólogo.

O enfermeiro é responsável pelo cuidar, inserido desde o nascer até ao morrer. Na sua formação académica, o enfermeiro é impulsionado a acreditar na cura, existindo pouco espaço para questionar, conversar e pensar na morte. De facto, a morte perturba a paz hospitalar e, para o enfermeiro, encarar a morte é sinónimo de fracasso e difícil de ser vivenciado, especialmente em alturas em que se deveria falar em “vida” (Aguiar et al., 2005). São os enfermeiros que têm uma grande influência na forma como os pais vivenciam e lidam com as situações de perda perinatal, pois são eles que cuidam durante a gravidez, durante o TP e parto e no pós-parto, com oportunidade para intervir de forma sensível e cuidar destas pessoas (Lowdermilk e Perry, 2012).

Tornar-se pai e mãe é um marco importante na vida do casal, mas associada à gravidez e ao nascimento pode estar a perda. Esta perda pode ocorrer ainda durante a gravidez ou durante o nascimento. De salientar que a transição do bebé imaginário para o bebé real pode desenvolver, também, sentimentos de perda relativamente às expectativas e planos idealizados para o momento de parto (Lowdermilk e Perry, 2012). A morte de um filho, antes ou logo depois do nascimento, rompe com a ordem natural da vida, assim como compromete os sonhos, as esperanças, as expectativas que normalmente são depositados na criança que vai nascer. A perda, seja de que ordem for, acaba sempre por gerar o sentimento de luto (Muza et al., 2013). Segundo o *Internacional Council of Nurses* (2011), o luto define-se como:

“Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação).”

Alguns fatores podem estar presentes na vivência do luto: fatores internos, estrutura psíquica, história de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas e suporte recebido. A duração do luto é individual, contudo é consensual que pode durar meses ou até anos (Muza et al., 2013).

Neste caso clínico específico, o casal vivia o seu luto na fase de reação, em que ambos se encontravam letárgicos e choravam compulsivamente pela perda de um dos seus filhos. Além disso, o casal já tinha um rapaz, mais velho, e perderam uma menina ficando com dois rapazes. Associado a isto, o filho internado na neonatologia não conseguia “consolar” a perda sofrida, pelo que se sentiam impotentes quanto ao exercício do seu papel como pais.

Ter um filho internado na neonatologia, após o nascimento, distorce a imagem do bebé imaginário, desencadeando sentimentos de angústia, provocados pelo medo do desconhecido. Para os enfermeiros, o internamento dos recém-nascidos prematuros é normal, no entanto, através das suas práticas têm um papel preponderante, proporcionando uma maior proximidade entre os pais e o bebé, adotando vários procedimentos que favoreçam a adaptação à parentalidade (Fernandes e Silva, 2015).

Viver a perda perinatal requer resiliência e esperança tal como, ter um filho internado na neonatologia, pois a esperança é o que ajuda a ultrapassar o dia-a-dia, assim como o apoio da família e dos profissionais de saúde. Os enfermeiros devem pois, trabalhar com a família no sentido de ajudar os pais a conhecer, a entender e aceitar o seu filho e facilitar condições para que eles se sintam aptos para prestarem os cuidados necessários posteriormente. Envolver os irmãos revela-se também essencial, pois promove a aproximação entre as crianças da família, permitindo criar uma relação afetiva, espontânea e segura (Fernandes e Silva, 2015).

Este não foi o único caso observado de mães que tinham os seus filhos internados na neonatologia. Nestes casos, as minhas intervenções estavam de acordo com as descritas anteriormente, facilitando e promovendo a vinculação com visitas ao serviço de neonatologia; promoção da lactação, através da extração mecânica do leite materno; oferecimento de apoio emocional; e promoção do bem-estar do casal, incentivando a comunicação entre ambos.

1.3.2. Cuidar da Puérpera com Patologia Associada à Gravidez

Durante o estágio clínico tive a oportunidade de cuidar de quatro puérperas de risco, uma vez que tinham como antecedente pessoal patologia na gravidez. Três das puérperas tinham o diagnóstico de diabetes gestacional (DG) - duas tratadas com insulina, uma controlada com dieta - e outra com história de pré-eclampsia. Uma vez que se tratavam de mulheres de risco, para além das atividades de vigilância/diagnóstico usuais exigiam a vigilâncias de outros parâmetros com maior frequência para evitar complicações.

O Consenso sobre Diabetes e Gravidez (DGS, 2011) define a DG como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez. Esta patologia tem vindo a aumentar a sua prevalência em todo o mundo, o que implica um acréscimo de recursos em saúde. As implicações decorrentes da diabetes na gravidez, não terminam com o parto, prosseguem num contínuo a médio e a longo prazo, repercutindo-se nas mulheres e nos seus filhos.

De acordo com os protocolos do HPH, as mulheres com história de DG eram vigiadas de acordo com o seu grau patológico e o tratamento a que estavam submetidas. A atuação compreendia o aconselhamento da adoção de um estilo de vida saudável, o incentivo da amamentação, a vigilância do bem-estar materno, a deteção de sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia e a monitorização dos valores de glicemia capilar. Nas mulheres com DG controladas com dieta, após o parto era monitorizada a glicemia capilar pré-prandial até se obter valores normais em pesquisas consecutivas. Caso a mulher apresentasse valores sobreponíveis era administrada insulina, de acordo com o protocolo instituído.

Após obtenção de valores considerados normais, de acordo com o protocolo da instituição, era suspensa a monitorização da glicemia capilar, e a mulher não necessitava de mais vigilância específica até voltar à consulta de endocrinologia durante o puerpério. Nas mulheres com história de DG e tratadas com insulina, era monitorizada a glicemia capilar pré-prandial e duas horas pós-prandial durante 48h. Consoante os valores, era administrada insulina conforme o protocolo instituído. Após as 48h, se apresentasse valores normais, era suspenso o protocolo.

De acordo com o Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (DGS, 2011) a vigilância no puerpério imediato será semelhante à da puérpera sem diabetes, com o objetivo de detetar e tratar precocemente prováveis complicações. Durante o internamento, os profissionais de saúde devem promover a adoção de estilos de vida saudáveis e incentivar a amamentação precoce, uma vez que diminui o risco de desenvolvimento futuro da diabetes. Deverão informar sobre os métodos de contraceção mais adequados, considerando que o método progestativo, isolado, não está contra-indicado nas mulheres com DG. Além disso, a vigilância do estado emocional da puérpera com DG deve ser uma prioridade, pois a depressão pós-parto é mais frequente nestes casos.

Nenhuma das puérperas com história de DG apresentou complicações, tendo-se estabilizado os valores de glicemia capilar no tempo expectável, de acordo com os protocolos definidos e instituídos.

Relativamente à pré-eclampsia, esta diz respeito a uma doença hipertensiva que pode ocorrer a partir das 20 semanas de gestação e que afeta 10% das gravidezes em todo o mundo, constituindo uma das maiores causas de mortalidade e morbidade materna (ACOG, 2013). É caracterizada pela presença de elevados valores tensionais, associado a proteinúria. É responsável por grande parte dos partos prematuros e a sua etiologia é pouco conhecida, mas acredita-se, atualmente, que esta patologia advenha de uma invasão trofoblástica deficiente. A pré-eclampsia pode evoluir para casos mais graves, como é o caso da eclâmpsia, do edema agudo do pulmão, do síndrome de HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes e Low Platelet*), do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e da oligúria, com possível insuficiência renal (Melo et al., 2009)

Face a uma patologia potencialmente devastadora, o enfermeiro tem um papel preponderante na vigilância após o parto, dado que ainda são escassos os estudos relativos à evolução dos valores tensionais na puérpera com pré-eclampsia, bem como a sua forma de tratamento e as características maternas durante esse período.

Segundo a bibliografia, e de acordo com o protocolo instituído no HPH, durante o internamento a minha vigilância destes casos englobava a monitorização dos sinais vitais uma vez por turno; a vigilância de edemas que constituem sinais de sobrecarga hídrica e retenção de sódio e água; a vigilância de cefaleias; a vigilância de alterações da visão; o registo da diurese; providenciar dieta hipossalina, pobre em gorduras e polifracionada. Em caso de deteção de algum sinal de alerta, comunicava-se ao médico.

Nos casos vigiados não foi detetada nenhuma complicação durante o internamento, observando-se a descida dos valores tensionais para valores normais nas primeiras 24h. Vários estudos demonstram que, na vigilância puerperal, deve existir a prescrição de medicação anti-hipertensora para os casos de pré-eclampsia. Tal facto não se verificou durante esta prática clínica, apenas quando as mulheres apresentavam quadros de pré-eclampsia grave, ou se mantinha o perfil hipertensivo após o parto. Nessas mulheres, que não foram alvo dos meus cuidados, para além da vigilância descrita, verifiquei que em alguns casos se procedia à administração de sulfato de magnésio e à administração de fármacos anti-hipertensores, de acordo com a prática recomendada pela WHO (2013).

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

1.4. As necessidades do recém-nascido

O recém-nascido é o outro elemento fundamental na díade mãe-filho, que requer a atenção do enfermeiro. Não só pela vigilância necessária ao seu bem-estar, devido à grande vulnerabilidade na fase de adaptação ao meio extrauterino, mas também pelo papel preponderante do enfermeiro junto do casal para a aquisição de conhecimentos e para o desenvolvimento de competências parentais.

1.4.1. Atividades de Vigilância/Diagnóstico e Promoção da Parentalidade

Os cuidados ao RN têm uma importância fundamental para a redução da morbidade neonatal e infantil e para a promoção da sua qualidade de vida. De salientar que as atividades de vigilância e a promoção da parentalidade, para além de influenciarem a condição de saúde dos indivíduos desde o período neonatal até à vida adulta, também conferem confiança e autonomia aos pais para exercerem o seu papel.

1.4.1.1. Promover o Contacto Pele-a-Pele e o Risco de Hipoglicemia

No HPH, as senhoras que eram submetidas a cesariana, no bloco central, necessitavam de fazer recobro com duração média de duas horas, não permanecendo junto do RN durante esse período. Após a intervenção cirúrgica era contactado o enfermeiro responsável pelos cuidados àquela mulher/RN/casal, para receber o RN e transportá-lo para o serviço do puerpério onde ficava ao cuidado do pai/pessoa significativa. Procedia à avaliação física do RN e após os procedimentos de rotina instituídos no HPH, descritos no subcapítulo *Acolhimento da puérpera/casal e do recém-nascido*, administrava a vitamina K, aplicação de pomada oftalmológica e pesquisa de glicemia capilar, se necessário, e era proposto ao pai o contacto pele-a-pele com o RN, explicando os benefícios e de que modo era feito.

O contacto pele-a-pele, segundo a literatura e tanto quanto foi possível observar na minha prática, apresenta efeitos positivos na adaptação à vida extrauterina do RN. Promove o vínculo afetivo, ajuda o RN a adaptar-se “*ao meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização da sua pele e sistema gastrointestinal com microrganismos da mãe, que tendem a ser não patogénicos e contra os quais o leite materno proporciona anticorpos*” (OMS, 1998; González, 2004, cit. por Carvalho e Zangão, 2014, p. 64), promove e facilita a amamentação e ajuda na regulação térmica do RN diminuindo o risco de hipotermia (Carvalho e Zangão, 2014). Este facto foi igualmente constatado através de um estudo realizado no Hospital de Santarém, em 2011. Todos os recém-nascidos que realizaram contacto pele-a-pele com as suas mães, 30 minutos após o parto estabilizavam a sua temperatura corporal, entre os 37°C (Carvalho e Zangão, 2014).

Sabe-se que o feto *in útero*, está dependente apenas do aporte e glicose materno e da sua transferência transplacentar, bem como de aminoácidos, ácidos gordos, cetonas e glicerol para as suas necessidades energéticas. Em condições normais o feto não produz glicose e o processo de gliconeogénese só se inicia após o nascimento. Com a clampagem do cordão umbilical existe uma diminuição rápida da glicose, e esta só estabiliza seis a doze horas após o parto. (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013). A concentração de glicemia é um dos parâmetros que preocupa os profissionais de saúde, e a sua “*medição tem como objetivo diagnosticar hipoglicemia para poder ser tratada de forma adequada e evitar as sequelas do neurodesenvolvimento*” (SPP, 2013, p. 1). Não existe um valor específico que seja considerado um valor limite para discriminar como hipoglicemia ou normoglicemia com valor preditivo de lesão neurológica. No entanto, a SPP (2013) considera que um RN com idade gestacional superior a 34 semanas apresente nas primeiras uma a duas horas um valor de glicemia que pode ser de 30mg/dl, com subida posterior para 45mg/dl, num intervalo de 12 horas de vida. Assim, apresento no Quadro 3 os valores de referência descritos pela SPP (2013, p. 2).

Situação clínica do RN/IG	Valores de glicemia capilar esperados
RN com mais de 34 semanas de IG	<24 horas de vida - 30-35mg/dl pode ser aceitável uma vez, mas aumenta para 45mg/dl após alimentação >24 horas de vida - 45 mg/dl
RN sintomático, doente ou prematuro	45-50mg/dl
RN assintomático com fatores de risco de hipoglicemia	>36mg/dl
RN com menos de 34 semanas de IG e/ou a fazer alimentação parentérica	>50mg/dl

Quadro 3 - Valores de referência de glicemia capilar de acordo com a IG e a situação clínica do RN

As causas da hipoglicemia neonatal podem ser diversas: reservas de glicose inadequadas, como é o caso dos prematuros e nas situações de restrição de crescimento fetal (RCF); diminuição da produção de glicose (gliconeogénese ou glicosénólise, no caso de doenças metabólicas); hiperinsulinismo, no caso da doença hemolítica alo-imune, tratamento materno intraparto com glicose; interrupção abrupta de infusão com alta concentração de glicose; hipoglicemia hiperinsulinémica persistente da infância; aumento da utilização da glicose sem hiperinsulinismo, no caso de sépsis, policitemia, asfixia perinatal, insuficiência cardíaca, neurohipoglicemia, glicose anaeróbica (SPP, 2013).

Desta forma, torna-se pertinente conhecer os fatores de risco para melhor identificar as situações que podem causar a hipoglicemia do RN. Esses fatores de risco, podem ser maternos ou neonatais. Causas maternas: DG ou não gestacional, pré-eclampsia ou hipertensão arterial (HTA) induzida pela gravidez, história de outros filhos macrosômicos, toxicodependência, terapêutica com tocolíticos beta-agonistas, terapêutica com antidiabéticos orais, administração de glicose durante o parto. Causas neonatais: RN pré-termo, Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU), Grande para a Idade Gestacional (GIG), Leve para a Idade Gestacional (LIG), hipoxia-isquêmica perinatal, sépsis, hipotermia, policitemia, *eritoblastosis fetalis*, malformações cardíacas, recusa alimentar (SPP, 2013).

Segundo a SPP (2013), a monitorização da glicemia capilar deve ser avaliada nos seguintes casos: quando existe um RN sintomático; assintomático, mas com risco de hipoglicemia (de acordo com os fatores de risco supracitados); recém-nascidos doentes ou em recusa alimentar. Os recém-nascidos saudáveis, a mamar com regularidade (oito a dez mamadas por dia), não necessitam de monitorização de glicemia capilar. De acordo com o Instituto *Joanna Brigs* (2006), o rastreio da hipoglicemia deve ser reservado apenas aos RN com fatores de risco, uma vez que a hipoglicemia no recém-nascido saudável é transitória. A glicemia capilar não deve ser avaliada logo após o nascimento, quando todos os recém-nascidos são suscetíveis a uma diminuição da glicose.

No entanto, no HPH, a monitorização da glicemia capilar é um procedimento realizado por rotina após a chegada do RN ao serviço de puerpério. Este facto motivou a apresentação do trabalho à equipa de enfermagem, com o intuito de demonstrar a evidência científica mais atual e de que forma se podem evitar procedimentos desnecessários.

Bruel (2013) considera que a hipoglicemia neonatal pode ser prevenida através do contacto pele-a-pele, alimentação precoce e identificação precoce dos fatores de risco de hipoglicemia. Assim, num RN saudável e sem fatores de risco, não há necessidade de monitorizar a glicemia capilar, além de que existem intervenções autónomas que podem ser implementadas pelo enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista de saúde materna, que reduzem o risco da hipoglicemia neonatal, como é o caso do contacto pele-a-pele. Carvalho e Zangão (2014, p. 64) defendem que:

“Respeitando a individualidade e magia que envolve o binómio mãe-filho neste momento, a promoção do contacto pele-a-pele deve ser realizada desde os primeiros minutos de vida do bebé, pelo que tem sido objetivo de trabalhos científicos comprovarem os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para o recém-nascido”.

Segundo as recomendações da WHO (2012) relativas à saúde do RN, o contacto pele-a-pele, entre mãe e filho, deve ser realizado na primeira hora de vida de modo a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação. De acordo com estes autores o risco de hipotermia está comumente ligado ao risco de hipoglicemia. Importante referir, ainda, que de acordo com a *American Academy Pediatrics* (2015), os pais podem e devem praticar o contacto pele-a-pele com os seus filhos na impossibilidade da mãe o poder fazer. Além de todos os benefícios apresentados anteriormente para o RN, o pai acaba por se

sentir mais envolvido no processo parental e mais apto para responder às necessidades do bebê, promovendo-se a vinculação (*Kangaroo Mother Care*, 2012).

Nesta experiência, pude realizar três contactos pele-a-pele com os pais. Em todas as situações o pai aceitou fazer contacto pele-a-pele com o RN, tendo sido previamente informados acerca dos seus benefícios.

Na primeira meia hora de vida, o RN era colocado pele-a-pele sobre o tórax do pai, com fralda e gorro e tapado com lençol aquecido. Durante duas horas verificou-se que os recém-nascidos se mantinham calmos e ativos, o *vernix caseoso* era absorvido, reduziam significativamente a acrocianose e mantinham a temperatura corporal estável. Foi monitorizada a glicemia capilar após o nascimento e duas horas após, com aumento significativo da mesma. Após a chegada da mãe ao serviço de Obstetrícia, era colocado o RN à mama, com sucesso. Além de todos os benefícios demonstrados nos recém-nascidos, é de salientar e satisfação paterna que observei.

1.4.1.2. Avaliar Conhecimentos e Competências Parentais

Segundo Mercer (2006 cit. por Cardoso et al., 2015, p. 12), “*tornar-se mãe ou tornar-se pai não é um talento natural. É, antes, um processo social e cognitivo que, mais do que intuitivo, é um processo aprendido*”. A transição para a parentalidade, para além de um processo de mudança, corresponde a um evento crítico que necessita de reorganização individual e conjugal. Para a vivência dessa transição há conhecimentos e competências que os pais devem possuir e/ou desenvolver, pois constituem um meio facilitador da transição (Cardoso et al., 2015).

Cardoso et al. (2015) entendem que dotar os pais de conhecimentos e de competências parentais deve constituir um foco primordial das intervenções do EESMO, ainda antes do nascimento, a fim de melhorar a confiança, a satisfação e a mestria no desempenho do papel parental.

Segundo Carmo (2011), o nascimento de uma criança provoca alterações no ciclo vital da família, pelo que existem previsíveis alterações de papéis e reorganização da mesma. Torna-se essencial orientar e apoiar, de forma a fazer-se uma transição saudável, no que diz respeito à parentalidade. O exercício da parentalidade requer disponibilidade para aprender e para desenvolver/aperfeiçoar habilidades.

O grau de comprometimento dos pais e a maneira como desempenham os seus papéis são influenciados por uma série de variáveis e pela experiência exclusiva de socialização de cada um, bem como pela evolução da sociedade (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006 cit. por Carmo, 2011, p. 17). Carmo (2011) enuncia o termo de Parentalidade Positiva, promovida pela Conferência de Estrasburgo, em Maio de 2006, onde o principal objetivo é promover o desenvolvimento de relações positivas entre pais e crianças e otimizar todo o potencial de crescimento. Assim, o casal necessita do acompanhamento de um enfermeiro especialista que seja responsável pela vivência de um processo

de adaptação à parentalidade salutar, e que seja dinamizador de aprendizagens, bem como vá ao encontro das necessidades individuais de cada casal.

Ao longo do tempo, a prestação de cuidados, em contexto hospitalar, sofreu uma evolução positiva, no âmbito do cuidado à criança e a envolvência da sua família. Hoje em dia, preconiza-se uma parceria de cuidados, denominada Cuidados Centrados na Família, em que os profissionais de saúde procuram conhecer os seus pontos fortes, reconhecendo as suas competências no que diz respeito aos cuidados da criança, dentro e fora do hospital, de modo a dar apoio na prestação dos cuidados e na tomada de decisão (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006 cit. por Carmo, 2011). Torna-se claro a importância da aquisição de conhecimentos e competências, prestando apoio social, ensino e cuidados de saúde (Carmo, 2011).

Estar disponível era o meu principal objetivo durante o puerpério. Estar disponível para estar presente, para vigiar e detetar sinais de alerta precocemente, para ensinar, instruir e treinar. Durante a prática clínica, constatei que pais com mais conhecimentos e capazes de executar habilidades, tornam-se rapidamente mais autónomos no exercício do papel parental. Desta forma, sempre que possível, avaliava os conhecimentos e habilidades do casal, com o intuito de os ajudar nesta transição.

Constatei que casais que frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade possuíam mais conhecimentos no domínio do exercício parental. Alguns casais com segundos ou terceiros filhos, embora hábeis no cuidar, apresentavam lacunas quanto aos conhecimentos. Assim, os momentos para a aquisição de conhecimentos e competências, eram diversos e incluíam: o momento do banho do RN, da muda da fralda, ou momento da alta, entre outros.

A higiene e a pele do RN

A higiene do RN e a manutenção da pele saudável era uma das intervenções desenvolvidas durante o internamento. O primeiro banho, de acordo com as recomendações da OMS, era dado a partir das seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia do RN. Por norma, os cuidados relacionados com o banho eram prestados no turno da manhã, uma vez que a família não recebia visitas antes das 14h, tornando-se um momento precioso para a aquisição de conhecimentos e competências dos pais.

O banho era dado após negociar com os pais a hora, e quem ia prestar os cuidados. Nesse momento avaliava o seguinte: conhecimento sobre os critérios para escolher os produtos de higiene, a frequência e horário do banho, como lavar os olhos (pálpebras)/pavilhão auricular, como dar o banho, como e quando cortar as unhas, material necessário para a troca da fralda, critérios sobre os produtos de higiene perineal, como lavar o períneo (se menina/menino), sinais de eritema pela fralda e fatores de risco/medidas de prevenção do eritema pela fralda.

No primeiro banho procurava ser eu a demonstrar ao casal. O segundo banho era dado pela mãe/pai e aí eram avaliadas as capacidades dos pais, como: reunir o material

necessário, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar a temperatura, habilidade para dar banho, conhecimento sobre medidas para prevenir acidentes durante o banho, cortar as unhas, reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda, lavar e secar a zona coberta pela fralda e adotar medidas de prevenção do eritema pela fralda.

O que mais frequentemente observei foi a utilização inadequada dos produtos de higiene e os cuidados a ter na mudança da fralda. A maior parte dos casais, especialmente os que não frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade, pretendiam utilizar champôs e loções, logo após o nascimento.

A verdade é que a pele do RN é um órgão de extrema importância, no que diz respeito à regulação térmica, proteção mecânica e funciona como barreira cutânea. Acreditava-se, até há algum tempo atrás, que esta barreira estaria formada por volta da 34ª semana de gestação, no entanto, estudos recentes demonstram que esta continua a desenvolver-se até aos 12 meses após o nascimento (Fernandes, Oliveira e Machado, 2011). A pele do RN vai-se adaptando lentamente ao meio extra-uterino, sendo que apresenta um pH mais neutro do que a pele de um adulto ou adolescente, que é tendencialmente mais ácida. Esta diferença diminui significativamente o papel protetor da pele, pelo que deve existir um certo cuidado na introdução dos produtos de higiene. Segundo uma revisão da literatura desenvolvida por estes autores o banho deve ser, preferencialmente, apenas com água. No entanto, o RN pode apresentar pele seca, sendo que deve ser aconselhado o uso de um emoliente adequado que, além de tratar a pele seca, protege a integridade do estrado córneo da pele e da barreira cutânea. Pode ainda ser acrescentado ao banho um óleo, como é o caso do óleo de amêndoas doces, no entanto, este pode tornar a banheira escorregadia e perigosa. Quanto ao uso de sabonetes tradicionais, segundo os mesmos autores, não parece ter efeitos positivos na pele do bebé, uma vez que acabam por ser irritantes para a pele e o seu pH alcalino pode destruir a camada superficial lipídica da pele. Sabonetes de glicerina podem absorver a água em excesso, causando mais secura e irritações da pele, pelo que devem ser evitados (Fernandes, Oliveira e Machado, 2011).

Os *syndets*, também conhecidos como “sabão sem sabão”, podem ser uma boa escolha, pois têm pH neutro ou ligeiramente ácido, têm pouca espuma e provocam pouca irritação. Apresentam-se em forma líquida ou sólida. Embora o seu uso seja agradável, não deve ser exagerado (Fernandes, Oliveira e Machado, 2011).

Desta forma, aconselhava os casais, relativamente aos critérios para escolher os produtos de higiene a usar, e salvaguardando sempre que a decisão era deles, mas que, nesse caso, seria uma decisão informada. Recomendava o uso de emolientes ou *syndets*, caso optassem por introduzir os produtos de higiene, reforçando que era essencial que os produtos que utilizassem para o bebé fossem, de preferência, líquidos, suaves, sem sabão, sem cheiro, com pH neutro ou ligeiramente ácido, e que não irritassem os olhos nem a pele (Fernandes, Oliveira e Machado, 2011). Caso optassem por os introduzir mais tarde,

ou seja, entre os 15 dias de vida e um mês, estes deviam apresentar as mesmas características.

Segundo Fernandes, Oliveira e Machado (2011), o momento de introdução dos produtos de higiene é algo de controverso, sendo que alguns estudos recomendam a introdução após a queda do coto umbilical, outros especificam um tempo que varia entre duas a quatro semanas até seis semanas após o parto. Na minha prática, enquanto formanda, aconselhava a introdução dos produtos de higiene, entre os 15 dias e um mês de vida, uma vez que era a prática executada pelos profissionais de saúde no serviço de HPH e a literatura não é consensual.

Outra dificuldade que senti, e que não era uniforme na prática dos profissionais do serviço de obstetrícia no HPH, prendia-se com a limpeza dos olhos do RN. Enquanto uns profissionais aconselhavam a limpeza de dentro para fora do olho, outros aconselhavam no sentido contrário. De acordo com a minha pesquisa, também, a literatura é controversa.

Relativamente à muda da fralda, muitos casais não demonstravam habilidades relativamente à higiene perineal. A higiene perineal é essencial, no que diz respeito à prevenção de infeções e de lesões da pele. A troca da fralda várias vezes ao dia (cinco a seis vezes), e sempre que apresenta dejeções, deve ser recomendada. Para a higiene perineal recomenda-se a utilização de compressas e água, evitando o uso de toalhetes, pela presença de excesso de produtos químicos, que são agressores para a pele do RN (Fernandes, Oliveira e Machado, 2011).

O coto umbilical

O momento do banho pareceu-me ser um momento ideal para conversar com os pais acerca do coto umbilical. Nessa altura, avaliava conhecimentos sobre o material necessário para o tratamento do coto umbilical, como e com que frequência devem ser prestados os cuidados, quando é esperada a sua queda, estratégias que promovem a mumificação e quais os sinais que deviam reconhecer em caso de infeção. Avaliava também a capacidade dos pais para reunirem o material, bem como a manutenção do coto umbilical limpo e seco, e a colocação da fralda abaixo do local da inserção do mesmo.

Apercebi-me que o tratamento ao coto umbilical era uma das principais dificuldades dos pais, especialmente na habilidade em realizar o tratamento. A maior parte dos casais referiam medo em magoar o RN e/ou fazia impressão à manipulação. Explicava sempre a importância do tratamento do coto umbilical, especialmente na prevenção da onfalite. A onfalite é uma das principais causas de mortalidade neonatal, pelo que exige cuidados por parte dos profissionais de saúde e dos pais no que diz respeito à sua prevenção (Luís, Costa e Casteleiro, 2014).

Desta forma, ensinava os pais sobre os cuidados a ter. Recomendava a realização do tratamento uma vez por dia ou sempre que necessário e que os cuidados deveriam ser prestados com álcool a 70% numa compressa esterilizada, iniciando pelo local de inserção,

onde se acumulam mais secreções e humidade; limpando, de seguida, o coto umbilical e o *clamp*, evitando que a mesma parte da compressa seja utilizada duas vezes.

Hoje em dia existem várias recomendações relativamente aos cuidados ao coto umbilical, embora não haja consenso entre elas. Estudos revelam que devem ser aplicados produtos desinfetantes, como o álcool a 70% ou a clorexidina; outros estudos revelam que manter o coto umbilical limpo e seco é o suficiente para prevenir infeções. De facto, esta inconsistência não permite uniformizar as práticas e tem impacto na qualidade dos cuidados prestados.

Numa revisão da literatura realizada por Luís, Costa e Casteleiro (2014) concluíram que a técnica *dry care* - limpo e seco - é a melhor opção nos cuidados ao coto umbilical nos países com baixa taxa de mortalidade neonatal, onde o risco de onfalite é reduzido e o acesso a cuidados de saúde é fácil e rápido, como o caso de Portugal. Além disso, o método *dry care* reduz o tempo de queda do coto umbilical quando comparado com a aplicação de solutos.

Na verdade, esta prática foi discutida entre os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia do HPH, pelo que se optou pela recomendação do uso de um desinfetante como o álcool a 70%, pois também há estudos que comprovam que este soluto diminui a carga bacteriana presente no coto umbilical traduzindo-se numa menor preocupação da mãe/pai.

O padrão de crescimento e desenvolvimento

O momento do banho tornou-se um excelente momento para avaliar conhecimentos e habilidades dos pais, sendo o reconhecimento do padrão de crescimento e desenvolvimento normais outra das atividades de diagnóstico realizadas nesse momento. Avaliava, então, conhecimentos sobre a aparência esperada do RN e achados normais na pele, as capacidades dos órgãos dos sentidos, os reflexos presentes/respostas espontâneas do RN, a regurgitação e medidas de prevenção e a capacidade de interação e competências do RN.

A maior parte dos casais demonstrou não saber que o RN vê, no entanto sabiam que o RN tinha o olfato e o paladar presentes e bem desenvolvidos. Explicava que o RN vê a uma distância de 20 a 25 cm, conseguindo concentrar-se num objeto durante 10 segundos. Reage ao som, segue faces e tem preferência por algumas cores em detrimento de outras. Reage ao toque, especialmente na face e as áreas mais sensíveis são a boca, mãos e pés. Tem o olfato bem desenvolvido, sendo este sentido essencial para a amamentação. Tem o paladar desenvolvido e consegue distinguir sabores básicos, dando preferência ao sabor doce (Cardoso, 2014).

Muitos casais também questionavam sobre as manchas mongólicas que alguns recém-nascidos apresentavam, ou sobre o lanugo e o *vérnix caseoso*. Explicava que esses achados são características normais da pele do RN e que tendem a desaparecer com o tempo. O *vérnix* é essencial como barreira protetora da pele do RN, não devendo ser removido, mas sim, deixar que seja absorvido (Magalhães et al., 2013).

Os pais, de uma forma geral, também não demonstravam conhecimentos sobre os reflexos presentes/respostas espontâneas do RN. Ensinava-lhes que é através das suas repostas comportamentais que o RN aproxima ou afasta as pessoas. Os pais devem compreender que as respostas dos seus filhos são únicas e exclusivas. Explicava-lhes que os reflexos traduzem o grau de maturidade do RN e que aparecem e desaparecem em determinadas alturas. Demonstrava alguns dos reflexos que nascem com o RN, como o reflexo de busca, o reflexo de sucção, o reflexo de preensão, o reflexo de marcha, o reflexo de moro e o reflexo de *Babinski* (Lopes et al., 2010).

Outro aspeto sobre o qual os pais não demonstravam ter conhecimento era a regurgitação e as medidas de prevenção. Explicava, então, que o regurgitamento é a expulsão de uma pequena quantidade de leite, após as mamadas. Para prevenir situações de asfixia deverá colocar-se o RN a eructar após as mamadas, e quando colocado no berço, a cabeceira deve estar elevada cerca de 20° a 30° e o RN deve ser colocado em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada ou em decúbito lateral esquerdo, devendo ser evitadas manipulações bruscas do RN após as mamadas (Cardoso, 2014).

O eructar

Avaliar os conhecimentos e habilidades dos pais sobre a eructação do RN era uma das minhas atividades de diagnóstico após as mamadas. Desta forma, avaliava os conhecimentos sobre os benefícios da eructação e como posicionar a criança a eructar. Avaliava também a habilidade dos pais para posicionar a criança e promover a eructação.

A maior parte dos pais demonstrava conhecimentos sobre a importância de colocar a eructar e demonstravam habilidades, preferindo a posição vertical, segurando o bebé nas nádegas e cabeça encostado no ombro, dando palmadinhas suaves ou esfregando as costas (Cardoso, 2014).

A saúde do RN

No dia da alta todos os recém-nascidos eram vacinados, de acordo com o plano nacional de vacinação. Por vezes, também se realizava o diagnóstico precoce para rastreio de doenças metabólicas, quando solicitado pelos pais ou quando a situação clínica do RN/mãe tinha justificado o prolongamento do internamento. Nesse momento eram avaliados os conhecimentos dos pais relativamente à promoção e vigilância da saúde da criança. Avaliava conhecimentos sobre o diagnóstico precoce para rastreio de doenças metabólicas, o esquema de vacinação, as medidas de proteção contra infeções, proporcionava a explicação para a perda fisiológica de peso, sobre aumento de peso esperado, a possível reação à vacina (VHB), sobre a coloração icterícia e icterícia neonatal, sobre como avaliar e quais os valores normais da temperatura corporal, e ainda quais os sinais que justifiquem recorrer aos serviços de saúde.

Regra geral os pais sabiam que o RN perde peso à nascença, mas não sabiam qual o valor esperado. Sabiam que o RN seria vacinado, mas não conheciam o esquema de vacina-

ção. Ensinava aos casais que o RN pode perder peso à nascença, entre 12 a 14% do seu peso inicial, devido a perda de excesso de água. Por volta do 10º dia de vida deve ter recuperado o peso do nascimento (Magalhães et al., 2013).

Relativamente à vacinação, informava que o RN ia ser vacinado contra a hepatite B, e que a vacina contra a tuberculose seria administrada no centro de saúde, quando recebesse uma notificação do enfermeiro de família, uma vez que havia rotura do stock a nível nacional. Explicava que esta vacina não costuma provocar reações adversas, exceto uma ligeira sonolência e que deveriam ser administradas mais duas doses, sendo a próxima dose administrada aos dois meses de vida, no centro de saúde.

Quanto ao teste de diagnóstico precoce para o rastreio metabólico, a maior parte dos pais conhecia o exame pelo nome de “teste do pézinho”. Informava que este deveria ser realizado para rastrear doenças metabólicas, entre o 3º e o 6º dia de vida, através da amostra de sangue colhida numa picada realizada no pé do RN. A picada era realizada na região externa do calcanhar do RN (Cardoso, 2014).

O choro do RN

Os recém-nascidos são capazes de emitir diferentes tipos de choro que resultam da conjugação entre o choro, o silêncio e a respiração, desencadeando diferentes respostas. O choro costuma causar algum stresse nos pais, uma vez que estes o associam ao mau estar, ficando ansiosos por não conseguirem dar resposta à necessidade do RN. De facto, eles choram para expressar uma necessidade, pelo que podem apresentar cinco tipos de choro diferentes. Um choro de dor, tipo cólica; choro de fome; choro por tédio/fadiga; ou choro por desconforto. À medida que os pais vão interagindo com os seus filhos, vão conhecendo os tipos de choro e vão sabendo dar resposta às suas necessidades. Importa, ainda, estar atento à expressão corporal que se encontra associada ao tipo de choro, e.g. a um choro de dor tipo cólica encontra-se associado os pulsos cerrados, movimentos intensos dos membros superiores, flexão dos membros inferiores contra o abdómen, costas arqueadas, abdómen distendido e tenso, agitação e irritabilidade (Seabra, 2009).

A maior parte dos casais não demonstrava conhecimentos sobre os vários tipos de choro do RN, no entanto, sabiam que quando o RN chorava era a expressão de algo e procuravam dar respostas à necessidade do bebé. Para isso, ensinava que cada tipo de choro deveria ter uma estratégia de consolo diferente. Choro de dor: procurar a causa da dor pressionando levemente em todas as partes do corpo procurando o foco da dor; choro de fome: alimentar; choro de fadiga: procurar um ambiente calmo, falar calmamente com o RN, colocar uma música tranquila, andar com o bebé ao colo de um lado para o outro; choro de tédio: pegar no RN ao colo e brincar, acariciar, falar com ele em tom calmo; choro de desconforto: pode ser por ter a fralda suja e, por isso, é necessário trocá-la (Cardoso, 2014).

Relativamente ao choro do RN, avaliava os conhecimentos dos pais sobre os sinais e fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas e as medidas de alívio da dor abdominal.

Avaliava habilidades sobre como confortava o RN quando chorava e sobre a aplicação de medidas para alívio da dor abdominal. A maioria não demonstrava conhecimentos nem habilidades para lidar com a cólica do RN. Como tal, era necessário ensinar/instruir/treinar algumas estratégias: segurar no RN, estimular o reflexo de sucção, a massagem abdominal, associar um som calmo e praticar a técnica dos 5S's de *Harvey Karp*.

1.4.1.3. *Cuidar do Recém-Nascido com Icterícia Neonatal*

Entende-se como icterícia neonatal a coloração amarela da pele e das esclerótidas quando os níveis de bilirrubina total sérico excedem os 5mg/dl. Trata-se de uma patologia de elevada importância, uma vez que atinge cerca de 66% dos recém-nascidos e pode constituir uma situação clínica potencialmente grave (Silva, 2011).

Durante a prática clínica observei 20 casos de recém-nascidos, entre o segundo e o terceiro dia de vida, com coloração amarelada da pele. Para diagnosticar a icterícia neonatal era prescrita a avaliação sérica dos níveis de bilirrubina, procedendo à colheita de sangue no pé do RN. Dos 20 casos em 15 confirmou-se icterícia neonatal com necessidade de tratamento - fototerapia - durante 24 horas. Posteriormente, era realizada nova colheita de sangue para conhecer a eficácia do tratamento. Nestes casos, os recém-nascidos ficavam internados no serviço de obstetrícia na companhia da mãe, mesmo que esta já tivesse tido alta clínica. Por norma, ao fim de 24 horas, a icterícia neonatal estava resolvida.

Na vida intra-uterina a bilirrubina atravessa a placenta e é excretada pela mãe, no entanto, após o nascimento passa a ser o RN responsável por esta excreção. Ele ativa os seus sistemas excretores, podendo ocorrer um atraso na sua maturação, traduzindo-se na icterícia fisiológica que aparece por volta do terceiro ao quinto dia de vida (Silva, 2011). Segundo o mesmo autor, a icterícia que ocorre nas primeiras 24 horas, geralmente, resulta da hemólise e pode progredir rapidamente para o sistema nervoso central, sendo por isso a forma mais grave de icterícia neonatal. Após as 24 horas, e durante os primeiros dez dias de vida, a maioria dos recém-nascidos apresenta icterícia fisiológica que traduz a dificuldade de adaptação do seu fígado à vida pós-natal, considerada clinicamente benigna com pico de bilirrubina entre o terceiro e o quinto dia de vida (Silva, 2011).

Importante salientar que a bilirrubina, pode ser benéfica para o RN, uma vez que esta constitui um bom antioxidante, podendo ser favorável no caso de existir deficiência de substâncias antioxidantes, como a vitamina E e a catalase. No entanto, níveis séricos elevados, podem provocar toxicidade no sistema nervoso central do RN ou ser um sinal indicativo de doença hepática ou sistémica grave (Silva, 2011).

Uma vez que a vigilância RN é da responsabilidade do enfermeiro, durante o internamento no serviço de obstetrícia, torna-se pertinente conhecer os fatores de risco de hiperbilirrubinemia grave para conseguir detetar problemas precocemente. Os fatores de risco *major* a conhecer são: icterícia nas primeiras 24 horas após o parto, incompatibilida-

de ABO, teste de *Coombs* positivo, irmão com necessidade de fototerapia, IG entre as 35 e 36 semanas, presença de cefalohematoma, raça asiática e aleitamento materno exclusivo (Silva, 2011).

De acordo com Silva (2011), a história materna, a história do parto, a história do RN e o seu exame físico também são fatores a ter em conta. A história materna incide na presença de patologia durante a gravidez, sendo que nos casos de DG aumenta o risco de icterícia neonatal. A história do parto pode chamar a atenção para uma possível icterícia neonatal, como seja o caso de um parto traumático ou induzido com ocitocina, podendo provocar, respetivamente, o cefalohematoma e aumento da hemólise; um atraso na laqueação do cordão umbilical e um baixo índice de APGAR também aumentam o risco de hiperbilirrubinémia. A história do RN, no caso de um RN apresentar dejeções pouco frequentes ou vômitos persistentes, pode ser suspeita de um aumento da circulação entero-hepática e conseqüentemente, menor excreção da bilirrubina. O exame físico do RN também deve ser tido em conta, pois a cor amarela da pele e das esclerótidas constitui um fator de risco. A observação deve ser feita sob luz natural, no sentido céfalo-caudal e a tonalidade amarela da pele não é notória até que os níveis de bilirrubina sérica sejam superiores a 5mg/dl.

No HPH a fototerapia clássica ou intensiva era a escolha de tratamento dos pediatras, tendo em conta os níveis séricos de bilirrubina. Desta forma, quando o RN necessitava de tratamento explicava o procedimento aos pais; expunha o RN à luz azul-verde que, de acordo com Silva (2011), tem maior penetração na pele, tornando mais rápida a descida dos níveis de bilirrubina; era mantida a fralda e os olhos eram protegidos com algodão ocular. De acordo com Silva (2011), o RN deve alternar de decúbito de duas em duas horas. No entanto, segundo a SPP (2012), para a prevenção da síndrome de morte súbita, o RN deve ser colocado no berço em decúbito dorsal. Por este motivo, os recém-nascidos em tratamento, permaneciam em decúbito dorsal, fazendo o alívio da pressão das proeminências ósseas quando eram pegados ao colo para a amamentação/alimentação. O reforço hídrico era essencial pelo risco de desidratação que o RN apresenta quando submetido a este tratamento. Assim, explicava aos pais a importância de mamadas eficazes e do encurtamento dos intervalos entre elas. Em alguns casos, devido a mamadas ineficazes e/ou alterações analíticas, era prescrito suplemento de leite adaptado para oferecer ao RN após mamada.

Segundo Silva (2011), no caso da hiperbilirrubinémia o tratamento mais frequente consiste na fototerapia e inicia-se quando os níveis séricos de bilirrubina, entre as 24 e as 48 horas, são superiores a 15mg/dl, ou superiores a 18mg/dl entre as 49 e as 72 horas ou quando superiores a 20mg/dl depois das 72 horas de vida.

Para a realização de fototerapia é necessário: despir o RN, expondo a maior área corporal possível; ajustar a hidratação; prestar atenção à irritação da pele provocada pelas fezes; proteger as gónadas; mudar o RN de posição de duas em duas horas; avaliar sinais vitais de quatro em quatro horas; proteger os olhos; dosear a bilirrubina total de 12

em 12 horas, seis horas após a suspensão de fototerapia; colocar as luzes a uma distância de 10 a 15 cm do RN (Silva, 2011).

Silva (2011, p. 16) acrescenta ainda que *“a fototerapia não é inócua e pode complicar-se com diarreia, desidratação e rash maculopapular. Pode aumentar o risco de desidratação, provocar lesões da retina, síndrome do bebê bronzeado, obstrução nasal pelos protetores oculares, queimaduras por exposição aumentada e trombocitopenia”*. Desta forma, o enfermeiro deve vigiar possíveis sinais de complicações e promover o bem-estar do RN durante o tratamento.

1.4.1.4. Avaliar ingestão nutricional: leite adaptado por copo ou biberão

Durante a prática clínica, foram alvos dos meus cuidados recém-nascidos com compromisso na alimentação entérica. Alguns deles apresentavam reflexos débeis ao nascimento, especialmente reflexos essenciais para a mamada, como a sucção. Ou então, recém-nascidos que mesmo com esses reflexos presentes tinham dificuldade em se adaptar ao seio materno pelo que necessitaram de ser alimentados com leite adaptado pelo risco de hipoglicemia.

Tendo em conta que o HPH é considerado Hospital Amigo dos Bebés, sempre que possível era oferecido leite por copo ao RN. Estudos revelam que não existe diferença entre o copo e o biberão, pelo que o leite adaptado pode ser oferecido por qualquer um desses utensílios. No entanto, Levy e Bértolo (2012) preconizam a administração de leite adaptado por copo, além de que a 9ª iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés defende que não devem ser oferecidas tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao seio materno.

De salientar que dado a minha prática ser supervisionada, perante um RN com reflexo de sucção diminuído administrava-se leite adaptado por biberão, o que acabou por se revelar mais eficaz no processo de desenvolvimento e maturação do reflexo, uma vez que a tetina permitia maior estimulação, exigindo a utilização dos músculos da boca do RN. De facto, o copo serve para evitar confusão de “bicos” quando a amamentação não está bem estabelecida (Levy e Bértolo, 2012), no entanto, em todos os casos observou-se posteriormente sucesso na amamentação.

Importa ainda referir que, por vezes, o leite adaptado era prescrito ao RN, como suplemento após as mamadas, quando este se encontrava desidratado, ou se estivesse a realizar fototerapia. No entanto, propus à minha orientadora a possibilidade de administração de leite materno, quando extraído em quantidade suficiente, como forma de suplemento. Essa intervenção foi possível junto das mães, começando por ensinar a extrair o leite. Nesses casos, e porque se observavam mamadas eficazes, o leite materno era oferecido em biberão.

1.5. Preparação para a alta

A preparação para a alta, em qualquer contexto de saúde, deve ser realizada não apenas no momento em que o cliente/família a têm, mas sim durante todo o internamento. Segundo Pompeo et al. (2007), a alta hospitalar deve ser planeada e sistematizada, garantindo o esclarecimento tanto do cliente como da família, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados e evitar reinternamentos. A alta hospitalar deve ser planeada de forma individual e as orientações não devem ser realizadas de forma mecânica nem apresada. Pelo contrário, no plano da alta devem ser consideradas as necessidades de cada cliente, compreendendo a realidade vivida pelo cliente/família. Esta é a ferramenta para garantir a continuidade dos cuidados após a hospitalização (Pompeo et al., 2007).

Durante a prática clínica tive oportunidade de preparar a alta da maior parte dos casais que foram alvo dos meus cuidados. Compreendo que o internamento era, por norma, curto, era necessário preparar a alta desde o momento em que a mulher e RN eram admitidos no serviço de Obstetrícia. Além da vigilância necessária promotoras do bem-estar materno e do RN, a preparação para o regresso a casa era de extrema importância.

Tal como defendido por Lowdermilk e Perry (2012) o plano da alta começa no momento da admissão no serviço e deve refletir-se no plano de cuidados desenvolvido para cada mulher/casal e RN. O plano da alta deve ser elaborado durante todo o internamento, pois, a mulher/casal atravessam uma fase de transição, já iniciada na gestação, que apenas termina quando existe uma sensação de conforto e segurança para o desempenho do papel parental (Pereira, 2012). Durante o internamento, o papel do enfermeiro na preparação para a alta deve centrar-se na autonomia da mulher/casal no cuidado ao RN, bem como no autocuidado e no reconhecimento de sinais e sintomas de complicações (Lowdermilk e Perry, 2012).

Durante o internamento avaliava o conhecimento e as competências parentais, para os cuidados de higiene, a troca da fralda, os cuidados ao coto umbilical, o uso de chupeta, medidas de segurança e a prevenção da síndrome de morte súbita, entre outros aspetos. Muitos destes aspetos referidos poderiam ser treinados pelos pais no dia da alta, bem como o esclarecimento das dúvidas. No momento da alta o RN era vacinado contra a hepatite B, de acordo com o plano nacional de vacinação. A vacina contra a tuberculose, embora fizesse parte do plano de vacinação, não foi administrada devido à rotura do stock a nível nacional. No entanto, os pais eram lembrados que quando a vacina estivesse de novo disponível seriam contactados pelo enfermeiro de família. Os pais foram informados que o acompanhamento do RN seria feito com o enfermeiro e médico de família, e que os pais deveriam informar o centro de saúde, após o regresso ao domicílio, para poderem receber uma visita domiciliária para a realização do teste de diagnóstico precoce e para o agendamento da consulta de vigilância do RN, entre a primeira e a segunda semanas de

vida. Em alguns casos, o teste de diagnóstico precoce foi realizado ainda no internamento, na maior parte dos casos a pedido dos pais.

A visita domiciliária de enfermagem durante o puerpério torna-se um meio para esclarecimento de dúvidas e deteção precoce de complicações pós-parto. Além disso, tem como finalidade auxiliar e capacitar o casal nesta nova etapa de vida, dentro do seu contexto social e familiar (Pereira, 2012).

No momento da alta, à puérpera, reforçava a importância de uma alimentação saudável e variada, bem como a ingestão hídrica adequada, especialmente se estivesse a amamentar. Reforçava ainda os cuidados de higiene perineais e os cuidados com as mamas. Na presença de ferida cirúrgica, reforçava o reconhecimento de deteção precoce de sinais ou sintomas de complicações. De notar, a importância sobre o aconselhamento do sono, repouso e atividades de lazer da mulher/casal. Sabe-se que após o regresso ao domicílio, é necessário que o casal se reajuste tanto às rotinas diárias como à vida conjugal (Pereira, 2012). Assim, aconselhava a mulher a adequar os horários de sono e repouso, aproveitando o horário entre as mamadas para descansar, ou até mesmo para conviver com o companheiro ou outras pessoas significativas. Aconselhava a gerir as visitas de familiares e amigos, pois é importante cumprir os horários de repouso tanto da mãe como do RN.

Como o internamento era curto muitas mulheres experienciavam a descida do leite já no domicílio, podendo isso constituir um problema. De forma a prevenir complicações e o abandono da amamentação por dificuldade em lidar com este problema, explicava às mulheres que este acontecimento se dava entre o 3º e o 5º dia após o parto e que poderiam experienciar alguma sensação de desconforto, uma vez que as mamas ficam mais tensas. Para prevenir complicações como o ingurgitamento mamário, reforçava os ensinamentos sobre a sua prevenção, bem como a importância de uma pega correta, o cumprimento de mamadas em horário livre e a extração manual do leite materno, se necessário. Com o intuito de não sobrecarregar a mulher/casal com informação excessiva e caso não reiniciasse de imediato a sua atividade laboral, providenciava um panfleto (realizado pela Direção-Geral de Saúde) com toda a informação sobre a conservação do leite materno.

Caso a mulher/casal optasse pela inibição láctea, ou fosse necessário oferecer leite adaptado ao RN, ensinava a mulher/casal na preparação do biberão.

De salientar que na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), HPH tem articulação com os centros de saúde da ULSM, pelo que a mulher/casal dispõem de ajuda quando regressam ao domicílio. Nos centros de saúde, além do apoio do enfermeiro de família, existem espaços dedicados à amamentação, onde a mulher pode recorrer sempre que existem dúvidas ou dificuldades. No HPH existe a linha de amamentação, disponível 24h/dia, cujo contacto é dado no momento da alta e a mulher/casal poderá utilizá-la para esclarecer dúvidas. Dependendo da situação, pode ser aconselhada a dirigir-se ao hospital, que também dispõe de um cantinho da amamentação, para ser observada a mamada e serem prestados cuidados mais individualizados. Tais medidas permitem o incentivo e o

apoio à amamentação, de forma a que a mulher, face às primeiras dificuldades, não a abandone.

Outra informação importante dada às mulheres/casais no momento da alta, era relativa à atividade sexual e à contraceção. Segundo Lowdermilk e Perry (2012), muitos casais retomam a atividade sexual antes da tradicional revisão do puerpério, ou seja, antes das seis semanas após o parto. O casais podem sentir-se desconfortáveis para questionar acerca deste aspeto, pelo que o enfermeiro deve tomar a iniciativa de abordar esta temática. O risco de hemorragia e infeção duas semanas após o parto é mínimo, podendo iniciar-se a atividade sexual assim que o casal se sinta confortável. No entanto, é ainda da competência do enfermeiro abordar sobre a contraceção. Os autores acrescentam que as opções de contraceção também devem ser analisadas com a mulher antes da alta para que possam tomar decisões informadas acerca do controlo da fertilidade antes de retomarem a sua atividade sexual.

Mulheres que amamentavam poderiam tomar a pílula progestativa, no entanto, algumas optaram por colocar o Implanom® ou mesmo pela laqueação tubar. Nenhuma mulher tinha alta sem a informação sobre contraceção. Relativamente à contraceção oral, explicava à mulher que a toma da pílula poderia ser uma opção viável, mesmo estando a amamentar, mas deveria ser a adequada, como a pílula progestativa. Informava que deveriam iniciar a pílula no 21º dia após o parto e que esta deveria ser tomada sempre à mesma hora e poderia ser adquirida no centro de saúde.

É possível, particularmente nas mulheres que não amamentam, que a ovulação ocorra antes do primeiro mês após o parto, por isso a importância da proteção face a uma nova gravidez. Mulheres indecisas sobre a contraceção devem ser aconselhadas a utilizar um método barreira, como o preservativo, até à primeira consulta pós-parto (Lowdermilk e Perry, 2012).

Podia ser ainda prescrita medicação para ser administrada em casa, como vitaminas, ferro, emolientes para as fezes (em caso de lacerações de terceiro ou quarto grau), analgésicos ou heparina de baixo peso molecular. Era da minha competência certificar-me que a mulher conhecia a via de administração, a dosagem e a frequência da medicação prescrita. Entregava à mulher as prescrições médicas, o boletim de saúde da grávida e o boletim de saúde infantil com o livro de vacinas em anexo. Caso tivesse agendamento de alguma consulta, encaminhava o pedido para os serviços administrativos, de acordo com o funcionamento do serviço de obstetrícia do HPH.

Antes da mulher/casal e RN saírem do internamento, após a alta hospitalar, inspecionava a cadeira de transporte do RN. Segundo as novas diretrizes da Associação para Promoção da Segurança Infantil (2015), a cadeira de transporte deve estar homologada e possuir a etiqueta “E”. A cadeira deve ser ajustada ao tamanho da criança e deve estar com os cintos de segurança devidamente colocados. Confirmava a correta posição do cinto e informava sobre a colocação da cadeira no automóvel: a cadeira deve ser colocada no

banco traseiro voltada para a retaguarda, fazendo um ângulo de 45° com o encosto; deve ir fixa com o cinto de segurança do automóvel devidamente colocado.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

As atividades de estágio desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações foram realizadas sob a orientação/supervisão de uma EESMO e decorreram entre o dia 1 e 29 de fevereiro de 2016.

O ensino clínico decorreu no HPH, no serviço de grávidas de risco. Este serviço compreende o internamento de grávidas com patologia associada não controlada, bem como apoia o BP na vigilância e no acompanhamento de mulheres submetidas à indução do TP.

A gravidez é uma situação que, naturalmente, comporta algum risco, o qual aumenta quando se associam alguns fatores. Em cerca de 20% dos casos o risco está aumentando, onde se encontram as gravidezes de moderado/alto risco. Assim, considera-se uma gravidez de alto risco quando a vida ou a saúde da mãe e/ou feto, têm maior probabilidade de estar comprometidas, face à maioria da população considerada (Costa et al., 2010). Segundo Gomes et al. (2001), o conceito de risco na gravidez surge para identificar o grau de vulnerabilidade durante a gestação, o parto, o puerpério e a vida do bebé no seu primeiro ano de vida. Na vigilância pré-natal, a gravidez de alto risco corresponde às alterações relacionadas tanto com a mãe como com o feto.

Apesar da gravidez ser considerada um fenómeno fisiológico, existem gestações às quais se associam determinada patologia, podendo ser caracterizadas como gravidezes de alto risco, pois, de certa forma, comprometem a vida materna e do feto (Costa, 2002). Importa ainda referir que autores, como Costa (2002), defendem que determinados fatores socio-económicos e demográficos, a história obstétrica ou reprodutiva, a situação clínica materna, a doença obstétrica atual, as intercorrências obstétricas e os comportamentos de risco durante a gravidez, como o abuso do tabaco, do álcool e/ou de drogas, condicionam o risco na gravidez. De facto, uma gravidez com patologia associada nem sempre requer internamento, no entanto, em situações de alto risco a mulher e o feto necessitam de maior vigilância, pelo que o seu internamento se torna muitas vezes imperativo.

Neste capítulo apenas abordarei as questões relacionadas com a gravidez de risco. Relativamente à vigilância das mulheres submetidas à indução do TP, esta prendia-se com o bem-estar materno, nomeadamente a monitorização da dor e a implementação de mé-

todos de alívio da mesma; e do bem-estar fetal, através da realização da cardiotocografia (CTG). Durante a indução do TP, a mulher podia referir dor, pelo que eram sugeridos os métodos de alívio da dor, como a utilização da bola de pilates, a mudança frequente de posição, a deambulação ou o duche com água quente. Em último recurso era administrada petidine IM, de acordo com o protocolo instituído no serviço. A avaliação da evolução do TP condicionava a transferência da mulher para o BP.

Durante o ensino clínico, pude ter experiências diversas junto de mulheres com diferentes diagnósticos, sendo os mais comuns a ameaça de parto pré-termo (APPT), a pré-eclampsia, a colestase gravídica e a restrição de crescimento intra-uterino (RCIU). No Quadro 4 apresento o número de grávidas assistidas durante este estágio clínico, considerando-se as que apresentam algum grau de risco e as que se encontram a induzir o TP.

Grávidas assistidas	
Com risco moderado	Em indução do TP
66	172
Total: 238	

Quadro 4 - Número de grávidas assistidas no serviço de grávidas de risco

Tal como descrito anteriormente, a gravidez implica alterações ao nível físico, emocional e psicológico, mas também implica alterações do âmbito familiar e nas relações interpessoais. O processo de adaptação a todas estas alterações, implica um processo de introspeção e reflexão. Certos factos podem vir a sobrecarregar e a desequilibrar a mulher sob o ponto de vista emocional, dificultando o seu processo de adaptação aos desafios impostos pela gravidez (Costa et al., 2010).

Neste capítulo, para além da abordagem aos cuidados às grávidas com patologia, serão abordadas as repercussões psicológicas que o diagnóstico de uma gravidez de risco pode implicar, e em que sentido o EESMO pode ser promotor da vivência de uma gravidez mais feliz e esperançosa, assim como de uma transição mais saudável para a parentalidade.

2.1. Atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações

Na admissão no serviço de internamento é fundamental o acolhimento que se faz à grávida. Apresentava-me como enfermeira formanda da ESMO, apresentava o serviço e as suas regras e rotinas e recolhia os dados essenciais para o conhecimento da cliente e para a prestação de cuidado personalizados. Tal como descrito no capítulo 1, o acolhimento

permite aumentar a confiança e diminuir o stresse da senhora face à nova situação. A colheita de dados era realizada através da consulta do processo clínico e da entrevista com a grávida. Aspetos relacionados com a gravidez, como o diagnóstico clínico, a IG e a história obstétrica eram consultados nas notas clínicas médicas e no boletim de saúde da grávida. Os restantes aspetos, como antecedentes pessoais, medicação domiciliária, integridade da pele, frequência no curso de preparação para o parto e parentalidade, contacto telefónico da pessoa significativa e monitorização dos sinais vitais eram questionados/realizados no decorrer da entrevista com a grávida.

Em muitas das situações, este primeiro contacto permitiu-me perceber que a ansiedade estava presente na maioria das clientes. De facto, a gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas sim, cheia de crescimento e mudanças, enriquecimentos e desafios. É um processo com implicações a nível somático, psicológico e social, que envolve reestruturação e reajustamentos, exigindo esforços suplementares para encontrar o equilíbrio. A nível psicológico, a gravidez tal como a adolescência e a menopausa fazem parte do ciclo de vida da mulher e são vividos como “períodos de crise”. É frequente a mulher apresentar labilidade emocional, traduzida por vários estados de espírito que rapidamente variam em resposta a situações que geralmente não as despoletariam. Esta condição varia de mulher para mulher, de acordo com a sua personalidade, com o stresse a que está sujeita, com a qualidade do suporte que recebe e, também com a sua própria capacidade para lidar com situações de mudança (Lisboa, Loureiro e Lucas, 1995).

Colman e Colman (1995, cit. por Lisboa Loureiro e Lucas, 1995, p. 68), salientam que as *“alterações da imagem corporal, as modificações hormonais, a perturbação do contexto habitual da vida quotidiana, associadas ainda às expectativas culturais são de tal forma importantes que inevitavelmente são espelhadas na vida mental da mulher grávida”*. Na verdade, a mulher apresenta diferentes reações da personalidade durante o desenrolar da gravidez. Inicialmente, começa por incorporar o feto e adapta-se ao seu novo estado; vive diferentes ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos e muda a sua identidade, acrescentando à sua condição de filha e mulher, a condição de mãe. Com o avançar da gravidez e com a perceção dos movimentos fetais, apercebe-se que o feto se desenvolve com regras e ritmos próprios que ela própria não consegue controlar. A ansiedade surge pelo medo das mal formações, do medo da dor no TP e da morte no parto, bem como das alterações da sua imagem corporal (Lisboa, Loureiro e Lucas, 1995).

A ansiedade aumenta com a proximidade do parto, podendo encontra-se uma ambivalência de sentimentos. Por um lado, a ansiedade de conhecer o filho, por outro lado a vontade de querer prolongar o estado de gravidez, de modo a adiar a necessidade de novas adaptações e responsabilidades. Acrescentada à ansiedade natural na vivência da gravidez, encontra-se a necessidade de internamento, que por si só, amplia ainda mais esta emoção negativa. O período de tempo mais ou menos longo do internamento, o estar num meio desconhecido, entre pessoas estranhas que devem atender a cliente ou com ela partilhar o quarto ou sala, os cuidados especiais impostos, a inatividade forçada ou a receção

passiva de cuidados clínicos, transformam o internamento num momento de sofrimento psicológico. Além disso, a perda da autonomia e do controlo aumentam ainda mais a vulnerabilidade da mulher (Lisboa, Loureiro e Lucas, 1995).

A gravidez, tal como se pode constatar, tem um forte impacto na mulher, provocado pelas alterações fisiológicas e emocionais que este processo inevitavelmente implica. Este percurso é vivido de forma complexa, estando presente a alegria, a esperança e o amor, mas também o medo, a ansiedade, o conflito e a luta. De facto, a mulher/casal desenvolvem expectativas e sentimentos relativos à gravidez, fazendo planos para o futuro. No entanto, podem surgir complicações, que defraudam as expectativas e comprometem a vivência saudável da gravidez. Se uma gravidez, por si só, já implica exigências, adaptações e mudanças, uma gravidez com complicações implica uma vivência ainda mais complexa (Maldonado, 2002 cit. por Ramos, 2014).

Segundo Ramos (2014), viver a gravidez com complicações depende muito da forma como este processo é vivido, ou seja, da capacidade do casal se adaptar a “esta crise” e, igualmente, do risco a que está associado. No entanto, é fulcral que a mulher/casal se sintam apoiados, que sejam prestados os cuidados necessários e, acima de tudo, ensinados sobre de que forma podem lidar com esta nova condição (Ramos, 2014).

O risco na gravidez está diretamente relacionado com o feto ou o anúncio da presença de anomalia na gravidez, e pode ter repercussões diferentes consoante o tempo de gravidez e o grau de investimento nela. Ramos (2014) integra no seu trabalho de pesquisa um estudo realizado em Portugal, por Canavarro e Pereira (2010), com uma amostra de 51 mulheres grávidas sem qualquer tipo de risco associado, e outra amostra de 47 grávidas com risco médio associado, concluindo que o grupo de grávidas com risco associado apresenta níveis de stresse mais elevados, apresenta mais problemas do foro psicológico e mais reatividade emocional negativa, assim como menor qualidade de vida quando comparadas com o grupo de grávidas sem risco associado.

Relativamente às patologias que foram encontradas com mais frequência no contexto clínico de aprendizagem, saliente-se a APPT que se define como a ocorrência de contratilidade uterina frequente e regular, com formação do segmento inferior uterino, antes das 37 semanas de gestação, mas sem repercussão a nível do cérvix. O trabalho de PPT implica uma sintomatologia idêntica, embora com repercussões no cérvix, como a dilatação e a extinção. Os autores defendem que o diagnóstico diferencial entre ambos é difícil de estabelecer, pelo que, por vezes são realizadas intervenções desnecessárias como a corticoterapia, a tocolise, os internamentos e as transferências hospitalares (Calado, Rodrigues e Montenegro, 2014)

Face a este diagnóstico e à necessidade internamento, as minhas intervenções eram sobretudo de vigilância do bem-estar materno e fetal, como a promoção do repouso parcial no leito, a vigilância de contratilidade uterina e a auscultação fetal; e de algumas intervenções resultantes de prescrição como a administração de tocolíticos e corticoterapia. De acordo com o protocolo instituído no serviço, às grávidas com APPT era-lhes admi-

nistrada nifedipina CR 30, PO, para a realização da tocolise e dexametasona 6mg, IM, para a promoção da maturidade pulmonar.

Segundo Bittar e Zugaib (2009), o uso de tocolíticos, face ao diagnóstico de APPT, tem como objetivo manter a gestação durante o maior tempo possível. De acordo com os autores, os agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores de cálcio e antagonistas do recetor de ocitocina, são eficazes para prolongar a gestação por, pelo menos, 48 horas. Relativamente à nifedipina, atua como bloqueador dos canais de cálcio, inibindo a entrada de cálcio extracelular através da membrana citoplasmática, impedindo a libertação do cálcio intracelular do retículo sarcoplasmático e permitindo um aumento da saída de cálcio da célula miométrial. Quanto à sua eficácia, estudos demonstram que os bloqueadores de canais de cálcio não reduzem significativamente o risco de parto prematuro nas primeiras 48h, mas reduzem o risco quando considerado o intervalo de sete dias, diminuindo significativamente a síndrome de dificuldade respiratória (SDR) no RN. Por serem vasodilatadores periféricos, estes fármacos podem causar rubor facial, cefaleia, tonturas, palpitações e hipotensão arterial (Bittar, Zugaib, 2009), pelo que a monitorização da TA, previamente e após a administração, e a vigilância dos restantes efeitos adversos faziam parte das minhas intervenções.

A dexametasona era o fármaco de eleição prescrito para a realização da corticoterapia. Esta era administrada de acordo com o protocolo do serviço, em quatro doses de 6mg com intervalo de 12h entre elas. Segundo a SPP (2012), a administração pré-natal de corticoides está associada à redução significativa tanto do risco de morte neonatal, como da ocorrência da doença da membrana hialina e de hemorragia intra-ventricular neonatal, não existindo efeitos benéficos maternos. Segundo a mesma fonte, a corticoterapia deve ser instituída a grávidas entre as 24 e as 34 semanas de gestação, caso se encontrem em risco de parto prematuro. Importa referir que a administração deste fármaco, que segundo a SPP (2012) recomenda ser a betametasona ou a dexametasona, é mais eficaz na prevenção da doença da membrana hialina se o nascimento ocorrer entre as 24h e 7 dias após a última toma, no entanto, é eficaz na diminuição da mortalidade neonatal mesmo que o nascimento ocorra até 24h depois da sua administração.

A vigilância da contratilidade uterina era realizada através da CTG 1x/turno, de acordo com o protocolo da instituição, e pelo questionamento à grávida sobre a sua perceção de contrações uterinas. A atividade uterina está presente durante toda a gravidez, podendo estar exacerbada na APPT. Este quadro caracteriza-se por quatro ou mais contrações uterinas por hora, em IG menor ou igual a 30 semanas; ou seis ou mais contrações por hora em IG superior a 30 semanas.

A realização da CTG é um método externo de monitorização da contratilidade uterina e permite rastrear/vigiar o parto prematuro. Este método apresenta elevado valor preditivo negativo, no entanto, utiliza-se como meio para maior tranquilização dos profissionais de saúde e da grávida (Bittar, Fonseca e Zugaib, 2010). Ao questionar a grávida procurava determinados sinais/sintomas como dores abdominais/lombares e/ou sensação

de peso hipogástrico contínuo e/ou expulsão do rolhão mucoso (Costa et al., 2014). Caso fosse necessário realizar exame vaginal para constatar a evolução do TP prematuro, este era realizado pelo obstetra da urgência. No entanto, não foi observado nenhum caso de evolução da APPT.

O repouso no leito demonstrou ser algo controverso. Alguns obstetras prescreviam o repouso no leito, outros não consideravam necessário. Segundo Costa et al. (2014), face ao diagnóstico de APPT, o tratamento a ser instituído consta no internamento, na vigilância através da CTG 2x/dia, no repouso no leito, na eventual maturação fetal com corticoide e na tocólise, se ocorrerem alterações do colo uterino. De facto, toda a literatura encontrada, como Montenegro et al. (2014), Clode, Jorde e Graça (2012), considera que o repouso no leito ou a restrição da atividade física deve ser prescrito e incentivado. De acordo com a Figura 1, segundo Clode, Jorge e Graça, (2012), o repouso no leito deve ser prescrito de acordo com as atividades de diagnósticos que predizem se o PPT é provável, pouco provável ou improvável.

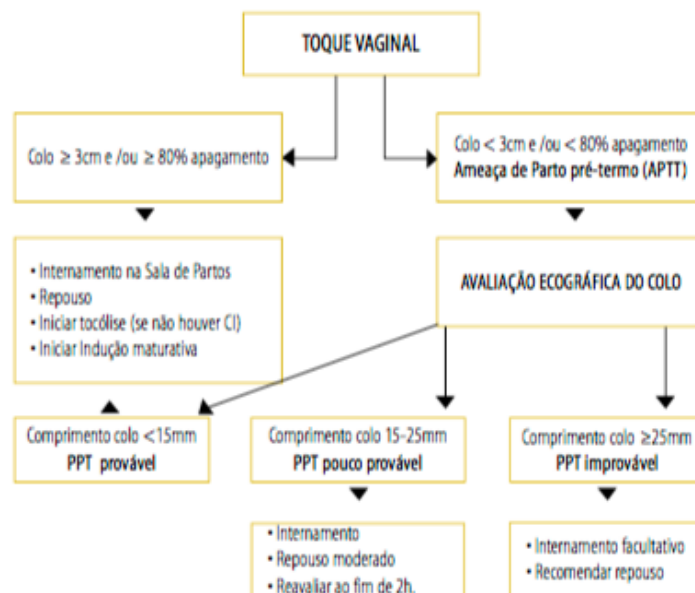


Figura 1 - Conduta obstétrica numa APPT mediante o exame do colo uterino

Fonte: Clode, N.; Jorde, C.; e Graça, L. (2012)

Perante a prescrição de repouso no leito, as mulheres eram incentivadas a mantê-lo, podendo deambular apenas até ao WC e para a realização dos cuidados de higiene e conforto. Todas as mulheres sob APPT que foram acompanhados por mim durante o ensino clínico, tiveram alta clínica após alguns dias de internamento, com a indicação para o repouso no leito no domicílio, abstinência sexual e vinda às urgências caso apresentasse sinais/sintomas de APPT.

Para além de grávidas com o diagnóstico de APPT, cuidei de outras mulheres com outras patologias durante a gravidez, como a pré-eclâmpsia. A pré-eclâmpsia é considera-

da uma síndrome multissistêmica que complica cerca de 2 a 3% delas, sendo que 2% dessas podem evoluir para a eclâmpsia. Relativamente ao diagnóstico da pré-eclâmpsia este é feito de acordo com a constatação da elevação da TA (>140/90 mmHg), associada a proteinúria (>300mg/24h), em gestações com mais de 20 semanas, em mulheres previamente normotensas (Silva e Machado, 2014).

Perante este diagnóstico, a orientação clínica depende da gravidade da pré-eclâmpsia. No contexto clínico foram observados, apenas, casos sem critérios de gravidade. O tratamento expectante foi aquele que constatei. As minhas intervenções direcionaram-se sobretudo para incentivo de repouso no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, a monitorização da TA de 4/4h, a punção venosa para a recolha de sangue para controlo analítico, a colheita de urina de 24h e/ou registo de diurese, a realização da CTG 1x/turno de acordo com o protocolo instituído, a gestão do regime dietético, nomeadamente a restrição de sal, e a vigilância de sinais e sintomas associados à pré-eclâmpsia como edema generalizado, alterações da visão, cefaleias e/ou epigastrialgias. Caso a mulher apresentasse TA elevada¹, de acordo com o protocolo instituído, era comunicado ao médico obstetra da urgência e administrado nifedipina CR 30, prescrito em SOS. Em nenhum caso de pré-eclâmpsia, sem critérios de gravidade, foram verificadas complicações major.

A WHO (2013) recomenda que mulheres com pré-eclâmpsia, se houver um feto viável e a gravidez tiver menos de 37 semanas de gestação, possam ser assistidas através de uma atitude expectante, excluindo HTA materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal, e assegurando que as condições possam ser monitorizadas. Segundo esta entidade não são recomendados diuréticos, o repouso leito no domicílio, nem a restrição da ingestão de sal. Tal como referido anteriormente, algumas das minhas intervenções, face ao diagnóstico de pré-eclâmpsia, como o repouso no leito e a gestão do regime dietético hipossalino, não foram de acordo com a evidência científica mais atual, pelo que estas intervenções implementadas foram questionadas à tutora, uma vez que a minha prática era supervisionada.

Uma outra patologia encontrada durante o estágio clínico foi a colestase gravídica. Relativamente à colestase intra-hepática da gravidez, esta *“curso com prurido persistente associado a alterações das enzimas hepáticas e/ou ácidos biliares, regredindo o quadro clínico nos primeiros 10 dias após o parto”* (Seco e Campos, 2014, p. 154). Esta patologia assume particular importância e vigilância uma vez que aumenta o risco de morte fetal e compromete o conforto da grávida devido ao prurido persistente. Segundo Seco e Campos (2014), existe evidência de que esta complicação se associa também a um maior risco de PPT espontâneo (2-12%) e iatrogénico (7-25%), a líquido amniótico (LA) com mecónio (18-25%), a cesariana (10-365) e a hemorragia pós-parto (2-22%). Não está demonstrada uma associação direta entre a magnitude das alterações hepáticas e os desfechos obstétricos

¹ Segundo o protocolo do HPH, a administração de anti-hipertensores na pré-eclâmpsia, deve ser feita quando a pressão sistólica ≥ 160 mmHg e/ou a pressão diastólica ≥ 110 mmHg.

negativos, no entanto, é relevante a monitorização fetal, embora não esteja comprovado que esta previne complicações fetais, pelo que é prática generalizada terminar a gravidez às 37 semanas, para evitar a morte fetal tardia (Seco e Campos, 2014).

Face a esta complicação durante a gravidez, e perante a necessidade de internamento, as minhas intervenções prendiam-se com a vigilância do prurido, da realização de CTG 1x/turno, da monitorização dos sinais vitais, de acordo com o protocolo do serviço, da administração de um corticoide, como a prednisolona, para alívio do prurido e um fármaco para o controlo dos ácidos biliares, como o ácido ursodesoxicólico (Seco e Campos, 2014). Para o controlo analítico, era realizada a punção venosa, de acordo com a prescrição médica.

Durante a prática clínica, tive oportunidade de cuidar de mulheres com o diagnóstico de RCIU. Designa-se por RCIU quando o peso fetal estimado (PFE) se encontra abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. Esta definição não distingue os fetos constitucionalmente pequenos (FCP), que correspondem a 70% dos casos, dos fetos com RCIU (30%). De facto, um FCP apresenta um bom prognóstico fetal, ao contrário do feto com RCIU. A RCIU constitui um problema complexo para a obstetrícia uma vez que está associado a mortalidade e morbidade materna e fetal. À prematuridade e a asfixia intra-parto, associam-se outras complicações neonatais como a lesão cerebral hipóxica e respetivas sequelas, a enterocolite necrosante, a hemorragia pulmonar, a insuficiência renal, a trombocitopenia, a policitemia, a hipoglicemia, a hipocalcémia, a hiperbilirrubinémia, a instabilidade térmica e a sépsis (Dias, 2012).

A longo prazo estão descritos outros efeitos adversos como uma ligeira diminuição no QI e uma redução nos *scores* das funções cognitivas, na memória visual e na coordenação motora (Dias, 2012). A autora considera que estas complicações estão diretamente relacionadas com o grau de prematuridade e com as alterações de fluxo das artérias umbilicais e cerebral média.

Quanto à fisiopatologia, o que é, atualmente, mais aceite, corresponde à vasoconstricção crónica das artérias espiraladas devido à invasão trofoblástica inadequada, “*nas fases iniciais desta situação patológica, o feto adapta-se diminuindo a velocidade de crescimento e captando de uma maneira mais eficiente o oxigénio*” (Dias, 2012, p. 159). No entanto, isto leva a situações de hipóxia que se prolongam durante semanas, comprometendo a adequada circulação e o desenvolvimento do feto.

Para melhor compreender esta patologia, vários autores estudaram os fatores de risco. Carraca et al. (2014) referem que podem existir vários fatores de risco de carácter diferente, fatores de risco maternos: doenças maternas, como a HTA, nefropatia pulmonar restritiva, diabetes *mellitus* com vasculopatia, cardiopatia cianótica, trombofilias, hemoglobinopatias; RCIU e DPPNI em gravidez anterior; malnutrição; fatores extrínsecos: hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas, infeções, exposição a agentes teratogénicos; fatores fetais: anomalias genéticas, como cromossomopatias, anomalias estruturais congénitas; e ainda fatores placentários: placenta prévia, descolamento prematuro da

placenta naturalmente inserida (DPPNI), inserção marginal ou velamentosa do cordão. A gravidez múltipla, considera-se igualmente como fator.

Relativamente à profilaxia e ao tratamento, foram realizados vários estudos relativamente ao uso do ácido acetilsalicílico, no entanto concluiu-se que embora diminua o risco de desenvolvimento de pré-eclampsia, não se demonstrou eficaz na incidência de baixo peso ao nascer, nem de RCIU. Quanto ao repouso no leito, à hiperoxigenação materna, ao uso de beta-miméticos, de heparina de baixo peso molecular, de suplementos nutricionais e de expansores de plasma, não foram demonstrados efeitos benéficos, pelo que a sua utilização não está recomendada.

No HPH, face a um diagnóstico de RCIU com necessidade de internamento para maior vigilância, constavam das minhas intervenções a promoção do repouso parcial no leito, a administração de um corticoide de 12/12h perfazendo um total de quatro tomas, a realização de CTG 1x/turno, a vigilância dos sinais vitais maternos e a promoção da saúde na presença de fatores de risco, como o uso do tabaco, a malnutrição, entre outros.

Tal como se verificou, independentemente dos diferentes diagnósticos e do que é recomendado pela evidência científica, a maior parte das grávidas internadas deviam cumprir repouso no leito, por prescrição médica. Refletindo sobre esta prática, o repouso no leito é recomendado, uma vez que é teoricamente aceite que a perfusão uteroplacentária pode melhorar quando a mulher repousa. Por outro lado, pode aumentar a probabilidade de trombofilias e pode ser causador de maior ansiedade.

A adaptação à gravidez implica períodos de crise, entendidos no contexto desenvolvimental da mulher como momentos para o desenvolvimento pessoal, mas também como momentos cruciais para a vulnerabilidade e descompensações (Canavarro, 2001). A gravidez por si só compreende um período de maior stresse e ansiedade, especialmente em mulheres que a vivenciam pela primeira vez. Sabe-se que face a um diagnóstico de gravidez de risco a mulher vive essas emoções negativas de forma mais intensa, especialmente em situações que requerem internamento. Associado ao internamento e ao tratamento necessário, acentua-se o medo, a ansiedade e o stresse. Nas situações de repouso no leito, as mulheres vivenciam a perda da autonomia, a separação com a sua rede de suporte, a troca de papéis no seio familiar, a impotência e a perda de privacidade. Segundo um estudo realizado por Luna, Miguez e Luna (2012), as mulheres que vivenciam o repouso no leito, consideram a forma mais dolorosa de viver a gravidez de risco em contexto hospitalar, uma vez que se encontram separadas da família, experienciam limitações na sua autonomia, dependência de terceiros, sensação de perda de liberdade, isolamento social e abandono das suas responsabilidades como mulher e muitas vezes, como mães de filhos mais velhos.

Para promover o bem-estar materno, para além das intervenções descritas e protocoladas, procurei escutar a mulher e atender às suas necessidades de forma a minimizar as emoções negativas. Sempre que possível, foram promovidas as visitas de familiares e a presença do companheiro.

A rede de apoio social e a qualidade das relações significativas são particularmente importantes na adaptação do indivíduo, em períodos em que as exigências desenvolvimentais e o stresse envolvidos são elevados (Figueiredo et al, 2006). Segundo os mesmos autores, alguns estudos observaram que é particularmente determinante para o bem-estar da grávida o apoio que recebe e a qualidade da sua relação com o companheiro, mas também com outros elementos significativos. Tal como tem vindo a ser abordado, a gravidez implica novas adaptações da mulher face ao seu quotidiano, integrando no seu papel de mulher um novo papel de esposa e mãe. Segundo Pio e Capel (2015), esse período de mudanças deve ser acompanhado e apoiado por familiares e amigos capazes de diminuir as inseguranças que possam aparecer, inclusive quando associadas à presença de patologias. Desta forma, a mulher deve receber o suporte necessário, tanto dos profissionais de saúde como familiar, uma vez que existe maior intensificação dos conflitos internos da grávida em relação a si própria, como também alguns conflitos externos que afetam os relacionamentos interpessoais. No caso de necessidade de hospitalização, a grávida está sujeita ao afastamento familiar e à perda de privacidade, pelo que o suporte adequado facilita a partilha e a minimização de sentimentos menos positivos.

Para além de facilitar a presença e o apoio das pessoas significativas, quando havia oportunidade, questionava as mulheres sobre aspetos relacionadas com a parentalidade. Constatei que a maioria das mulheres internadas frequentava o curso de preparação para a parentalidade. O internamento não implica o descomprometimento com a preparação para a parentalidade, pelo contrário, a presença de um enfermeiro especialista permite o esclarecimento de dúvidas e pode promover a parentalidade e o autocuidado da mulher no pós-parto. Desta forma procurava identificar as suas dúvidas e as lacunas do conhecimento, de forma a ensinar sobre aspetos essenciais como os materiais a adquirir no primeiro mês de vida do RN, bem como, aspetos relacionados com a amamentação, a promoção da higiene e conforto do RN, a escolha dos produtos de higiene, o desenvolvimento de competências do RN, o choro do RN, a promoção do autocuidado da mulher no pós o parto, entre outros aspetos que fossem do seu interesse esclarecer. A internet tornou-se um auxiliar importante, pois a maior parte das grávidas tinham o seu portátil e o seu telemóvel, podendo consultar informações. Ainda assim, incentivei outras fontes de distração como a leitura de algo que fosse do seu interesse, a realização de jogos didáticos, ou outro meio de distração que fosse do seu agrado.

Refletindo sobre a minha prática, poderia ter sugerido à enfermeira tutora, que as grávidas, fossem assistir ao curso de preparação para a parentalidade que decorre na instituição. Caso estivessem a cumprir o repouso no leito, a ida em cadeira de rodas poderia ser uma alternativa.

Segundo a OE (2012), com o nascimento de um filho nasce uma nova família, com todas as alegrias e ansiedade que isso pode trazer. As dúvidas relativas ao exercício parental atormentam muitos pais, pois está associada à ansiedade relativa ao cuidado do RN, ao medo de não conseguir amamentar, a todos os mitos e crenças sobre nascimento e ao

reajuste de papéis. Desta forma, as recomendações para a preparação para a parentalidade visam a criação de um modelo assistencial, centrado na mulher/casal de modo a melhorar o resultado da gravidez/nascimento. Desta forma, e considerando que a mulher durante o internamento está também disponível para aprender, a preparação para a parentalidade pode ser feita durante a hospitalização, pois para além de ser uma fonte de distração que ajuda na diminuição do stresse e da ansiedade, também constitui uma forma de empoderar a mulher/casal para o momento do parto, para a parentalidade e para o autocuidado durante o puerpério, minimizando o medo, a ansiedade e as dúvidas relativas ao parto e ao exercício do papel parental.

A educação para a saúde tornou-se também um aspeto essencial, pois a maioria das grávidas tinha alta após estabilização da sua condição clínica. Assim, a promoção da saúde era essencialmente para que a mulher fosse capaz de gerir o regime terapêutico de forma autónoma no domicílio, reconhecendo sinais e sintomas de alerta.

Para além da importância do EESMO na promoção da saúde e bem-estar materno e fetal durante o internamento, a escuta ativa pareceu-me ser uma das intervenções que implementei que maior impacto teve na mulher/casal, com resultados mais positivos. Tal como tendo vindo a ser referido ao longo deste capítulo, a mulher/casal encontram-se numa situação de extrema vulnerabilidade, que por si só a gravidez implica, mas, neste caso, com um fator de risco associado, despoleta ainda mais a ansiedade e o medo em relação ao futuro. A ansiedade e o medo focam-se no feto malformado, ou na hipótese da gravidez não chegar ao fim, ou até na necessidade de internamento do RN nos cuidados intensivos neonatais. Desta forma, foi, para mim evidente que num serviço de grávidas de risco, para além da vigilância do bem-estar materno-fetal, devem existir profissionais de saúde com competências suficientes, capazes de ajudar o casal a viver a gravidez com complicações com esperança, amenizando o medo e a ansiedade em relação ao futuro. Segundo um estudo realizado por Gobram et al. (2010), num contexto da gravidez de alto risco, dos 54 participantes que constituíram a sua população de estudo, 1/3 enfatizou a importância da esperança neste contexto e o papel do profissional de saúde na promoção do suporte emocional adequado.

Promover a esperança demonstrou ser, de todas as intervenções implementadas junto destas mulheres/casais, a mais desafiante. Segundo Polleti (1980, cit. por Cavaco et al., 2010, p. 94) *“no contexto dos cuidados de saúde, mais especificamente de enfermagem, a esperança parece assumir um papel fundamental ao permitir que a pessoa disponha da sua energia de modo a esperar restabelecer a sua saúde, sendo que o enfermeiro é visto como um agente impulsionador do bem-estar em geral e da esperança em particular”*.

2.2. Prática baseada na evidência: revisão integrativa da literatura

O conhecimento está em pleno estado de desenvolvimento na sociedade moderna, pelo que, na área das ciências da saúde, a prática baseada em evidências permite melhorar a qualidade do cuidado prestado ao cliente e à sua família (Galvão e Sawada, 2003).

Segundo o ICN (2012, p. 10) a prática baseada na evidência (PBE) pode ser definida como *“um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”*. Nem toda a evidência é igualmente útil. Em regra geral, a evidência resultante da investigação tem uma ponderação mais significativa no processo de tomada de decisão, uma vez que esta utiliza métodos sistemáticos na recolha e análise dos dados (ICN, 2012).

Delinear uma trajetória na PBE compreende definir prioridades, reinvestir na avaliação clínica do cliente e dispor de tempo para investir na procura de resultados de pesquisa. A participação do cliente e a experiência do enfermeiro são, também, fundamentais, uma vez que permitem a recolha de dados para determinar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, pautadas pela melhor evidência científica (Sastre e Solís, 2000 cit. por Domenico e Ide, 2003).

Entre as competências de um enfermeiro especialista consta a capacidade de aceder à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. Desta forma, a PBE tem um forte domínio no seu exercício profissional, uma vez que é através desta que o enfermeiro toma decisões clínicas (DiCenso et al., 1998). Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007, p. 15) a PBE *“é a utilização da melhor evidência científica para subsidiar a tomada da decisão clínica”*. Em enfermagem, a PBE tem como objetivo a mudança de uma prática baseada em tradição, rituais e tarefas, para uma prática mais reflexiva, baseada no conhecimento (Galvão e Sawada, 2003). Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 758), a *“PBE é uma abordagem que encoraja o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, dentro destes, destaca-se a revisão integrativa”*.

A revisão integrativa da literatura permite a incorporação da evidência científica na prática clínica, tendo a finalidade de reunir e sintetizar resultados de múltiplos estudos publicados sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e organizada, contribuindo para um aprofundamento do conhecimento de uma área particular de estudo (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Segundo os mesmos autores, para a elaboração de uma revisão integrativa é necessário começar pela identificação do objetivo específico da investigação, formulando uma questão ou uma hipótese a ser testada. Desta forma, é realizada uma pesquisa de estudos primários relevantes, cumprindo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

O autor da revisão integrativa avalia criteriosamente os estudos encontrados e os métodos empregues no seu desenvolvimento para determinar a veracidade dos resultados. Esse processo reduz o número de artigos selecionados salientando os que melhor se adequam como resposta à questão clínica. De seguida, os dados são analisados, interpretados e sintetizados, permitindo extrair conclusões originárias dos vários estudos incluídos (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Desta forma, definem-se como etapas da revisão integrativa as seguintes: 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos/amostragem ou busca da literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

2.2.1. Identificação do Tema

Tal como tem vindo a ser referido, a gravidez, por si só, implica adaptações fisiológicas e psicológicas na mulher, e o casal cria sentimentos e expectativas acerca da gravidez e do seu bebé. A gravidez compreende uma transição na vida da mulher/casal. A transição, segundo Mercer (1988) é caracterizada por um processo de mudança que resulta no pressuposto de novos papéis e novas relações, permitindo novas auto-concepções. A transição quando ocorre na vida de um indivíduo implica que este se reorganize e se auto-redefina, de modo a conseguir incorporar essa mudança na sua vida (Mercer, 1988).

A gravidez com complicações associadas compromete as expectativas e os sentimentos criados inicialmente, influenciando a vivência deste novo ciclo de vida na mulher e na família. Perante o internamento hospitalar, os sentimentos negativos exacerbam-se, como o medo, o stresse, a angústia e a ansiedade; e as expectativas ficam comprometidas, como a esperança. A mulher vive momentos de insegurança, tem medo de um feto mal formado e de possíveis complicações para ela e/ou para o RN; vê-se longe da sua rede familiar e de suporte, sente-se isolada e triste, necessitando de apoio e de palavras reconfortantes (Pozzo, Brusati, Cetin, 2010).

Um estudo realizado por Monteiro (2012) que tinha como objetivo conhecer as vivências das mulheres na gravidez de alto risco com necessidade de internamento, concluiu que elas, nesta situação, experienciam diferentes sentimentos como o medo, a ansiedade/angústia, o choque/depressão, a solidão, sentimentos de culpa, o stresse e a ambivalência de sentimentos; e criam expectativas, como a esperança e o não conseguir viver a gravidez.

Segundo Meleis (2007), as transições são vividas no contexto da vida da pessoa e implicam uma adaptação e *coping* face a eventos críticos. A autora considera que o indivíduo está em constante interação com o seu meio, sendo influenciado por este e que face a determinadas mudanças, este tem necessidade em se adaptar. Essas mudanças podem

corresponder à doença ou ao risco dela, ou mesmo até à presença de vulnerabilidade, podendo desencadear um desequilíbrio do indivíduo. Qualquer pessoa numa situação de transição experiencia várias emoções, podendo muitas delas, estar relacionadas com as dificuldades encontradas na vivência desse processo. O indivíduo para alcançar o equilíbrio tem que encontrar respostas que permitam lidar com as emoções e sentimentos mais negativos (Zagonel, 1999). Segundo Meleis (2007), as pessoas que vivem transições de forma mais positiva conseguem encontrar com mais facilidade a maturidade e o equilíbrio, fortalecendo-se e tornando-se mais resilientes.

Perante o diagnóstico de complicações na gravidez, a mulher/casal necessitam de se adaptar a esta nova condição. Segundo Lazarus e Folkman (1984), perante uma situação adversa, o ser humano vê-se obrigado a reunir um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, que permite lidar com necessidades específicas, internas ou externas face a uma situação de maior stresse. Desta forma, fala-se de *coping* como um processo ativo que resulta da avaliação que o indivíduo faz a partir da relação entre si e o ambiente (Lazarus e Folkman, 1984). Os autores defendem que perante uma situação de potencial ameaçada, o indivíduo deve desenvolver estratégias de *coping* que permitam lidar com a situação de stresse, encontrando um equilíbrio emocional que permita a resolução do problema.

Importa referir, neste contexto, o conceito de *coping* uma vez que a mulher/casal necessitam de aprender a viver a gravidez com elevado risco, desenvolvendo estratégias de *coping*, facilitadoras de uma transição saudável. Segundo o ICN (2011, p. 46), o *coping* consiste numa “*atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*”.

A transição de uma gravidez de baixo risco para uma gravidez de alto risco, compreende um momento crítico para a mulher grávida, assim como para toda a sua família. De forma geral, nesta situação, as mulheres conhecem os riscos potenciais para elas e para o seu filho, alterando as suas expectativas (Monteiro, 2012). Segundo o estudo realizado pela autora, no que diz respeito à esperança, “*as mulheres e as suas famílias lutavam para permanecer positivas e manter o sentimento de esperança no meio das mudanças extenuantes que um diagnóstico da gravidez de risco trouxera às suas vidas*” (p. 67).

A esperança, ou a falta dela, encontra-se associada a várias dimensões da existência humana, quer seja no domínio pessoal, profissional, familiar e/ou social. Snyder (2002) considera que a esperança é um dos constructos da psicologia positiva, embora a auto-eficácia e a auto-estima possam estar também diretamente relacionados com o comportamento positivo. De facto, a esperança desenvolve-se cedo na vida humana e está orientada para o futuro.

Segundo Cavaco et al. (2010), a esperança apresenta, na vida humana, um papel primordial, sendo vivida de forma pessoal e única, apesar da influência que o ambiente tem. A pessoa tem necessidade de alcançar um significado para a vida, especialmente em situações de crise, sendo uma dimensão essencial para lidar com a doença/morte. Esta é considerada a “*faísca*” invisível e intocável que move o indivíduo na direção da procura de

ajuda, permitindo suportar momentos difíceis. Caracteriza-se por uma “*confiante, ainda que incerta, expectativa de atingir o futuro bom, realisticamente possível e pessoalmente significativa*” (Miller, 2007 cit. por Cavaco et al., 2010, p. 94).

Segundo o ICN (2011, p. 53), a esperança caracteriza-se por uma “*emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia*”. Desta forma, a esperança tem um papel fundamental nos contextos de saúde, especialmente, na prática do enfermeiro, uma vez que é ele quem cuida da pessoa/família que vive uma determinada crise, sendo indispensável na promoção de estratégias promotoras de esperança (OE, 2011).

Importa ainda referir que o conceito de resiliência deve estar presente quando se fala em transição ou necessidade de adaptação. A resiliência, segundo Hoch e Rocca (2007), refere-se à capacidade do ser humano (indivíduo, família ou mesmo uma comunidade) de construir uma trajetória de vida positiva/saudável, apesar de viver em contexto adverso. Trata-se de um fenómeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradual, a partir das interações vivenciadas pela pessoa inserida no seu meio ambiente, as quais podem promover a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam uma ameaça ao seu bem-estar. Representa, ainda, um caminho possível para que os profissionais de saúde possam realmente trabalhar de forma prioritária à saúde, dando ênfase às potencialidades da pessoa/família, de modo a criar condições favoráveis para “desenvolver” sujeitos capazes de responder positivamente às situações da vida quotidiana, apesar do ambiente de elevado risco.

Segundo Gadanho (2014), os conceitos de *coping* e resiliência estão intimamente relacionados, no entanto “*o coping foca a estratégia utilizada para lidar com a situação, independentemente do resultado obtido, a resiliência concentra a sua atenção no resultado da(s) estratégia(s) utilizada(s), que seria uma adaptação do sujeito bem sucedida frente às adversidades*” (Taboada, Legal e Machado, 2006, cit. por Gadanho, 2014, p. 15).

Durante o meu percurso no estágio de gravidez com complicações constatei uma ambivalência, face às expectativas iniciais da mulher/casal, transversais a todo o processo perinatal e pós-natal. Sabe-se que, perante uma gravidez de alto risco com necessidade de internamento existe um comprometimento da esperança que dificulta a vivência deste processo. A mulher, durante o internamento, está sujeita ao tratamento instituído, às rotinas do serviço, ao repouso no leito, às restrições dos horários das visitas, à partilha do espaço/quarto com outras clientes e à falta de privacidade. Tudo isto, compromete o seu bem-estar e aumenta a sua necessidade de adaptação. Por esse motivo, deve estar consciencializada de todo este processo e desenvolver estratégias de *coping* que permitam viver a gravidez com complicações de forma mais harmoniosa. O enfermeiro torna-se essencial nesse processo, uma vez que está habilitado para assistir pessoas que vivem transições (Meleis, 2007). Importa salientar que a vivência de uma crise está também dependente do

conceito de resiliência, pelo que, constatei que mulheres mais resilientes conseguem viver com mais esperança a gravidez com complicações.

Esta minha revisão da literatura tem como objetivo constituir um contributo para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades específicas de cada mulher/casal, de modo a minimizar os sentimentos negativos associados a uma gravidez com complicações.

2.2.2. Identificação da Pergunta

A PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados, utilizando-se a estratégia PICO. Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007), a busca da evidência científica pressupõe a correta definição da pergunta de partida e a criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica de evidências da literatura que facilitam e potencializam o alcance da pesquisa.

Segundo os mesmos autores, após a identificação de um problema clínico, deve ser formulada a pergunta através da estratégia PICO. Esta estratégia representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes”. Os mesmos autores salientam que a estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de natureza diversa, oriundas da prática clínica; auxilia na busca da correta evidência permitindo a adequada resolução da questão clínica (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Para melhor compreender a pertinência da estratégia PICO na formulação da questão clínica desta revisão integrativa, apresento o Quadro 5.

P Paciente ou problema	I Intervenção	C Controlo ou comparação	O Defecho (“outcomes”)
Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada com assuntos económicos.	Definida como a intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.	Resultado esperado.
Grávidas internadas com o diagnóstico de gravidez com complicações	Intervenções do EESMO	Sem comparação	Promoção da esperança

Quadro 5 - Estratégia PICO para a formulação da pergunta de pesquisa

Fonte: Santos, Pimenta e Nobre (2007)

Após a aplicação das estratégias PICO, obtive a seguinte questão: “Quais as intervenções que o EESMO deve implementar para promover a esperança na gravidez com complicações?”.

2.2.3. Método da Investigação

Depois de formulada a questão de partida, torna-se pertinente conhecer o método utilizado, que se inicia pela busca bibliográfica da evidência científica. Desta forma, recorreu-se à seleção dos termos de busca, que segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007) corresponde à identificação de descritores relacionados com cada um dos componentes da estratégia PICO.

Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são o Mesh (MEDLINE/PubMed) e o DeCS (BIRME), pelo que ambos foram utilizados para encontrar os descritores relacionados com a pergunta PICO, ou os seus sinónimos, em inglês ou em português, correspondentemente. Os descritores encontrados no MeshBrowser® foram “*high risk pregnancy*”, “*pregnancy complications*”, “*nursing care*”, “*nurse midwives*” e “*hope*”. Os descritores encontrados no DeCS foram “complicações na gravidez”, “esperança”, “cuidados de enfermagem” e “enfermeiras obstétricas”. Em ambos os motores de busca não foram encontrados descritores como “intervenções de enfermagem”, no entanto, os descritores encontrados com mais semelhança foram “*nursing care*” e “cuidados de enfermagem”.

De seguida, procedeu-se à busca da literatura a partir das seguintes plataformas: *Cochrane Databases of Systematic Reviews* e EBSCOhost, na qual se incluíram as seguintes bases de dados: *Academic Search Complete*, *CINAHL Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *MedicLatina*, *MEDLINE with full text* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, assim como motores de busca de acesso livre, como Google Académico e PubMed. Para a busca de artigos científicos foram utilizados operadores booleanos representados pelos termos conectores AND, OR e NOT. Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007, p.17), os termos conectores “*permitem realizar combinações dos descritores que são utilizados na busca, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente*”.

Na pesquisa de evidência científica recorreu-se aos descritivos em português e em inglês e aos marcadores booleanos AND e OR, assim como os símbolos “”, uma vez que permitem a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas. Artigos com descritores em português não foram encontrados, de acordo com os critérios de inclusão, no entanto, foram encontrados artigos com descritores em inglês. A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro de 2016 e março de 2017.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos de língua inglesa, portuguesa e espanhola; com datas compreendidas entre 2012 e 2017, com acesso ao texto integral e adequado à pergunta PICO. Definiu-se ainda que os artigos que constituíssem revisões

sistemáticas ou estudos isolados seriam privilegiados, uma vez que apresentam elevado nível de evidência e rigor. Artigos que não abordassem o internamento na gravidez com complicações e o papel do enfermeiro na promoção da esperança no seu título ou resumo seriam excluídos. Importa referir que durante a pesquisa realizada, os estudos encontrados não referiram explicitamente o papel do enfermeiro na promoção da esperança, no entanto, sabe-se que a esperança é uma expectativa que fica comprometida na gravidez associada a complicações. Dessa forma, os estudos encontrados vão ao encontro da pertinência do papel do EESMO nestas situações, e de que forma as suas intervenções ajudam indiretamente na promoção da esperança. Por este motivo, foram considerados também critérios de inclusão, para além da condição do internamento, a condição de repouso no leito em contexto hospitalar. Estudos com referência à mulher com diferentes diagnósticos no contexto da gravidez com complicações também foram considerados como critérios de inclusão.

Através da pesquisa efetuada não foram encontradas revisões sistemáticas no motor de busca da *Cochrane Databases of Systematic Reviews*. Através do motor de busca EBSCOhost foram obtidos 40 resultados, destes apenas foram selecionados 17 artigos com base no título apresentado; com base na análise do resumo, tendo em conta o objetivo, o tipo de estudo, a amostra utilizada, os resultados e as conclusões; também foram analisadas as palavras chaves e os resultados encontrados. Dois dos artigos selecionados foram excluídos, uma vez que não abordavam a mulher em contexto de internamento. Um dos artigos foi excluído por se encontrar repetido. Quatro foram excluídos após a sua leitura por não estarem adequados à temática. Cinco artigos foram excluídos por não focarem a pertinência do EESMO no contexto da gravidez com complicações, abordando apenas as vivências das mulheres neste contexto. No total foram selecionados 5 artigos que reuniam a melhor qualidade e pertinência científica. Todos os artigos selecionados correspondem a estudos qualitativos, encontrando-se um resumo dos mesmos no subcapítulo seguinte.

2.2.4. Apresentação e Análise dos Resultados

Foi realizada uma exaustiva exploração dos cinco artigos encontrados, sendo que neste subcapítulo serão apresentados e analisados os resultados encontrados. Para melhor compreender os estudos encontrados, estes serão descritos em tabelas, tendo em conta os aspetos que mais se salientaram após a sua interpretação. O nível de evidência (N.E.) utilizado na análise dos artigos foi de acordo com o Instituto de Joanna Briggs² (2011).

² Níveis de evidência de acordo com o Instituto Joanna Briggs (2011): **Nível I:** Evidência obtida a partir de RSL que contém apenas ensaios clínicos controlados randomizados. **Nível II:** Evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio clínico controlado randomizado. **Nível III-1:** Evidência obtida a partir de ensaios clínicos controlados bem delineados sem randomização. **Nível III-2:** Evidência obtida a partir de estudos de coorte bem delineados ou caso-controlo, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa. **Nível III-3:** Evidência obtida a partir de séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados. **Nível IV:** Evidência obtida a partir de pareceres de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de Especialistas.

ESTUDO 1	<i>Pregnancy gone wrong: Women's experiences of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy</i>	N.E.
Autores	Jane Currie; Carri Cornsweet Barber	IV
Ano de publicação	2016	
Base de dados	CINAHL Complete	
Objetivo(s)	Compreender as experiências das mulheres com o diagnóstico de gravidez com complicações.	
Metodologia	Estudo qualitativo Foram entrevistadas 12 mulheres com idades compreendidas entre os 23 e os 40 anos após a vivência da gravidez com complicações. Quatro das participantes estavam grávidas pela primeira vez, cinco tinham sofrido um aborto prévio à gestação e três tinham histórico de um parto pré-termo anterior. As mulheres incluídas nesta amostra já não estavam grávidas. Foram incluídas várias patologias associadas à gravidez, como a HTA gestacional, síndrome do túnel cárpico, hiperêmese gravídica, RCIU, pré-eclâmpsia, APPT, entre outras. Oito das mulheres que participaram neste estudo apresentavam mais do que uma patologia associada.	
Resultados	Os resultados deste estudo foram organizados em cinco temas: a gravidez com complicações torna-se angustiante e difícil de lidar, a ambivalência de sentimentos e acontecimentos imprevisíveis requerem capacidade de controlo por parte da mulher, a importância da relação empática e terapêutica com as enfermeiras especialistas de saúde materna, a sensação de perda de autonomia e da capacidade para cuidar de si, a importância da rede de suporte familiar. Implicações para a prática de enfermagem: as enfermeiras de saúde materna conseguem desempenhar um papel único no suporte emocional oferecido às mulheres grávidas nessas condições.	
Conclusão	As complicações durante a gravidez podem ser extremamente stressantes, tornando as mulheres profundamente vulneráveis durante este período. Enfermeiros de saúde materna e obstetria desempenham um papel de suporte fundamental no processo de <i>coping</i> destas mulheres que vivem a gravidez marcada pela patologia e pela incerteza do futuro.	
ESTUDO 2	<i>La agonía de la espera: en reposo hacia la maternidad</i>	N.E.
Autores	Aránzazu Dominguéz-Luna; María del Mar Fernández-Miguez; Sandra Coral Domínguez-Luna	IV
Ano de Publicação	2012	
Base de dados	MedicLatina	
Objetivo(s)	Explorar a experiência das mulheres grávidas internadas com indicação para repouso no leito face ao diagnóstico de rotura prematura de membranas.	
Metodologia	Estudo qualitativo Foram entrevistadas 7 mulheres grávidas hospitalizadas no serviço de grávidas de risco do Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, com o diagnóstico de rotura prematura de membranas, com IG compreendida entre as 24 e as 31 semanas. A idade das mulheres variava entre os 18 e os 35 anos.	
Resultados	Os resultados deste estudo demonstram que o tratamento expectante face ao diagnóstico de rotura prematura de membranas, que se traduz maioritariamente no repouso no leito em contexto hospitalar, desencadeia elevados níveis de ansiedade e stresse, preocupação e medo, em relação à perda fetal e da saúde perinatal. A tristeza, a labilidade emocional e a incerteza sobre a experiência vivida são também evidentes. A mulher perde praticamente a sua capacidade funcional, vê-se dependente de outrém, o que aumenta ainda mais a sensação de perda do controlo da sua vida, sentimentos de inutilidade e diminuição da auto-estima. Sente-se frequentemente culpada e sem esperança.	
Conclusão	O repouso no leito em contexto hospitalar devido à rotura prematura de membranas pré-termo implica uma situação de crise emocional. Compreender as necessidades destas mulheres por parte dos profissionais de saúde melhora a qualidade dos cuidados prestados e ajuda na diminuição dos níveis de stress neste período tão vulnerável, permitindo enfrentar as adversidades da gravidez. O papel dos profissionais de saúde, que acompanham as mulheres durante este "caminho", consiste em impedir que esta experiência seja menos traumática possível. Desta forma, os autores sugerem a implementação de programas e políticas para promover a saúde em mulheres internadas com o diagnóstico de gravidez de alto risco.	

ESTUDO 3	<i>The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalization</i>	N.E.
Autores	Roxane Agnes Kent, MCur (Labour Ward Unit Manager); Mariatha Yazbek; Tanya Heyns; Isabel Coetzee	IV
Ano de publicação	2015	
Base de dados	CINAHL <i>Plus with Full Text</i>	
Objetivo(s)	Identificar e descrever a necessidade de suporte das mulheres grávidas com o diagnóstico de uma gravidez de alto risco, com cinco ou mais dias de internamento.	
Metodologia	Estudo qualitativo Foram entrevistadas 11 mulheres grávidas com o diagnóstico de gravidez de risco com cinco ou mais dias de internamento com diferentes diagnósticos: três das mulheres grávidas apresentavam o diagnóstico de hemorragia pré-parto, quatro apresentavam o diagnóstico de pré-eclampsia, três com diagnóstico de RPM pré-termo e uma com a síndrome de transfusão feto-fetal. A idade gestacional não foi considerada um critério de inclusão.	
Resultados	Os resultados deste estudo foram agrupados em três categorias: A primeira diz respeito à necessidade de suporte: as mulheres revelaram que necessitam de suporte social, uma vez que se encontram separadas do ambiente domiciliário e das pessoas significativas. A segunda prende-se com a importância da gestão do ambiente, uma vez que as senhoras identificaram falta de privacidade durante o internamento. A terceira corresponde à necessidade de adaptação emocional e aceitação da nova condição, no entanto, as mulheres apresentam dificuldade na adaptação emocional e na aceitação, desencadeando sentimentos de tristeza, falta de esperança e sensação de impotência.	
Conclusão	As conclusões do estudo revelam que as mulheres necessitam de suporte dos seus familiares assim como dos profissionais de saúde. São recomendadas as visitas em horário mais flexível e a não restrição do horário das visitas, facilitando assim a presença da família e de amigos próximos. O ambiente é essencial no conforto da mulher, sendo referido, pelas participantes, a promoção da privacidade, uma vez que a falta desta compromete a saúde e o bem-estar. Sugerem-se evitar procedimentos de rotina, a utilização de cortinas em quartos múltiplos, a existência de quartos individuais e a presença de um espaço próprio direcionado para a socialização e para o relaxamento com a família. Face à adaptação emocional e a aceitação, a tristeza, a falta de esperança e a impotência são sentidas pelas mulheres que vivem a gravidez de risco. Sessões de grupo e a promoção do contacto entre uma mulher admitida recentemente e mulheres com mais dias de internamento, são intervenções recomendadas para ajudar a desenvolver estratégias de <i>coping</i> .	
ESTUDO 4	<i>Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy</i>	N.E.
Autores	Lori Baas Rubarth; Anne M. Schoening; Amy Cosimano; Holly Sandhurst	IV
Ano de publicação	2012	
Base de dados	MEDLINE <i>with Full Text</i>	
Objetivo(s)	Descrever a experiência vivida pelas mulheres grávidas internadas com indicação para repouso no leito.	
Metodologia	Estudo qualitativo e descritivo Foram selecionadas 11 mulheres que fizeram parte deste estudo. Cinco apresentavam o diagnóstico de RPM pré-termo, quatro o diagnóstico de PPT, uma com o diagnóstico de hemorragia, e outra com o diagnóstico de pré-eclampsia. A idade gestacional das mulheres variou entre as 20 e as 33 semanas. A colheita de dados foi realizada a partir das experiências registadas, durante três semanas, pelas mulheres grávidas internadas. Oito das mulheres escreveram num diário as experiências vividas. Duas delas utilizaram um blog <i>online</i> para recordarem os seus pensamentos e sentimentos. Uma das mulheres utilizou uma combinação entre o diário e o blog <i>online</i> .	
Resultados	Os resultados apresentados comparam as vivências das mulheres, com um cenário de guerra, emergindo três categorias: 1. Um campo de batalha que reflete os sentimentos vividos como o medo, a preocupação, a ambivalência de sentimentos, a instabilidade emocional, a solidão. 2. As armas de combate que corresponde à metáfora das estratégias de <i>coping</i> que as mulheres utilizam para lidar com a situação de crise. 3. A necessidade de reforços, como as distrações, o suporte da família, dos amigos e da equipa de enfermagem, e as crenças relativas às orações e ao destino.	
Conclusão	Os autores do estudo concluem que as mulheres que vivem uma gravidez com complicações vivenciam diferentes emoções e stresse durante o repouso no leito. A compreensão dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetria é essencial para promover o cuidado adequado e as estratégias de <i>coping</i> essenciais para a mulher lidar com esta nova condição. Concluem e sugerem várias intervenções que diminuem o stresse e ansiedade e promovem a esperança.	

ESTUDO 5	<i>Feelings of women who experienced a high risk pregnancy: a descriptive study</i>	N.E.
Autores	Laís Antunes Wilhelm; Camila Naumaier Alves; Carolina Carbonell Demori; Silvana Cruz da Silva; Sônia Könzgen Meincke; Lúscia Beatriz Ressel.	IV
Ano de publicação	2015	
Base de dados	CINAHL <i>Plus with Full Text</i>	
Objetivo(s)	Conhecer os sentimentos experienciados pelas mulheres com diagnóstico de alto risco na gravidez.	
Metodologia	Estudo qualitativo e descritivo Foram entrevistadas 10 mulheres com o diagnóstico de gravidez de alto risco no <i>University Hospital of Santa Maria</i> , no sul do Brasil. Foram incluídas mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 37 anos, não estando grávidas no momento, mas que já tenham vivido a gravidez com complicações previamente e o parto tenha ocorrido nos últimos dois anos. Os diagnósticos das participantes prenderam-se com: diabetes e DG, HTA e obesidade, pielonefrite, pré-eclampsia, descolamento da placenta, placenta marginal, APPT e abortamento. Oito das mulheres tiveram RNs saudáveis, uma delas teve um bebê prematuro que acabou por morrer com 20 dias, após internamento na unidade neonatal devido a uma pneumonia e sépsis, e outra das mulheres teve um nado-morto às 37 semanas de gestação.	
Resultados	Os resultados deste artigo demonstram que as mulheres que vivenciam a gravidez com complicações apresentam uma ambivalência de sentimentos, expressando medo, ansiedade, tristeza e felicidade. As mulheres referiram medo relativamente ao diagnóstico, medo de não conseguirem levar a gravidez até ao fim e medo da morte. O grau de ansiedade, demonstrou-se estar dependente das características da mulher e da sua facilidade ou dificuldade em se adaptar a contextos adversos, no entanto, as mulheres deste estudo referiram ansiedade relativamente à reorganização da vida, da adaptação à sua nova condição e em relação ao futuro. A tristeza foi outro sentimento percecionado pelas participantes, uma vez que vêm as suas expectativas defraudadas. A felicidade também foi um sentimento evidente entre as mulheres, uma vez que se sentiram apoiadas, aprenderam novas lições de vida e tiveram momentos felizes, como a descoberta do sexo do bebê.	
Conclusão	Face ao diagnóstico da gravidez com complicações, a mulher vivencia uma ambivalência de sentimentos, que se traduzem no medo, na ansiedade, na tristeza e, ao mesmo tempo, na felicidade. Todos os sentimentos negativos interferem na tranquilidade e bem-estar da mulher. Desta forma, o cuidado a estas mulheres não deve ser apenas restrito à monitorização materno-fetal, mas sim, também relativo à vigilância emocional, permitindo conhecer os sentimentos e expectativas vivências, de forma a ajuda-las a lidar e a viver de forma mais plena a gravidez com complicações.	

Após a análise dos estudos encontrados, é possível depreender que a mulher no contexto da gravidez com complicações, associado à necessidade de internamento vivencia uma ambivalência de sentimentos. Por um lado, experiencia emoções negativas como o medo, a ansiedade, a angústia, a frustração, a tristeza; e vê as suas expectativas defraudadas, resultando num comprometimento da esperança. Por outro lado, alguns estudos demonstram que mesmo num contexto adverso e perante cenários assustadores, é possível viver com alegria e satisfação, mantendo a esperança em resultados positivos e satisfatórios, contribuintes do equilíbrio, que facilitam a vivência das adversidades e a ultrapassagem das dificuldades presentes.

Os resultados obtidos permitem concluir que as complicações durante a gravidez podem ser extremamente stressantes, tornando as mulheres profundamente vulneráveis durante este período. O EESMO, para além da família e das pessoas significativas, desempenha um papel de suporte fundamental e de ajuda no processo de *coping* destas mulheres que vivenciam a gravidez marcada pela patologia e pela incerteza. Deve oferecer cuidados individualizados, o suporte, a informação e as ferramentas necessárias para que a mulher/família possa viver esta situação com maior auto-controlo e mais esperança em relação ao futuro.

Os resultados dos estudos encontrados permitem dizer que as mulheres que vivenciaram a gravidez de alto risco sentiram-se angustiadas e ofuscadas pelo diagnóstico, vendo as suas expectativas comprometidas pela possibilidade de um desfecho menos favorável e pela necessidade de internamento (Currie e Barber, 2016). Nesse contexto, as participantes referiram a perda de controlo e a sensação de impotência, tal como referidos em alguns estudos, respetivamente, são características da mulher internada, uma vez que se encontram separadas das suas famílias, vivendo o isolamento e sensação de desconexão social. Na maior parte dos casos, a família tem de retomar a sua atividade laboral, assumir o cuidado dos outros filhos e as tarefas domésticas, o que aumenta ainda mais o tempo que a grávida permanece sozinha (Kent, MCur, Yazbek et al., 2015; Rubarth, Schoening, Cosmano et al., 2012; Wilhelm, Alves, Demoni et al., 2015). Para além da solidão, a sensação da perda de controlo e a imprevisibilidade estão também presentes. No estudo 1, das 12 mulheres entrevistadas todas referiram perda de controlo e sensação de impotência. Sentiram-se desamparadas e a sensação de “fora do controlo” potencializou ainda mais o stresse que viviam, deixando-as mais vulneráveis. Referiram ainda, que o inesperado e os tratamentos médicos potenciaram os níveis de ansiedade e stresse. A par da solidão e da sensação de impotência, as participantes dos vários estudos vivenciaram outros sentimentos, como a tristeza, o medo, a frustração, a angústia e a ansiedade. A tristeza foi entendida como um sentimento que perturba as mulheres, relacionada, maioritariamente, com a perda das expectativas sobre aquela gravidez e sobre o projeto de ser mãe (Wilhelm, Alves, Demoni et al., 2015). Num outro estudo, realizado por Kent, MCur, Yazbek et al. (2015), é referido que todas as grávidas entrevistadas admitiram sentir-se deprimidas, o que resultou em tristeza, desamparo e falta de esperança. Segundo elas, os sentimentos de tristeza e desamparo causaram ainda mais insegurança, ansiedade e a experiência de emoções negativas. Referiram que não podiam tomar conta de si próprias e que nada poderia ser feito para resolver os seus problemas. O medo parece desencadear outras sensações como a insegurança e o desamparo, uma vez que as mulheres referiram não saber ao certo o que esperar, podendo assim intensificar o medo sentido (Wilhelm, Alves, Demori et al., 2015). Os resultados encontrados nos estudos 2 e 4 revelaram que as mulheres sentem também o medo relativamente à perda do seu filho, com o avançar do tempo em internamento, para além da perda do bebé, temem pelo parto pré-termo e as consequências da prematuridade. A frustração, a angústia e a ansiedade foram descritas por alguns autores (Rubarth, Schoening, Cosimano et al., 2012; Wilhelm, Alves, Demori et al., 2015) como sendo dos sentimentos mais negativos vivenciados, e que comprometem o bem-estar e a possibilidade de viverem de forma esperançosa. Uma das participantes refere “*If my water breaks now, there is no hope...*”. De acordo com Wilhelm, Alves, Demori et al. (2015), a ansiedade foi atribuída à mistura de sentimentos presentes neste período, pela necessidade de aceitação da nova condição e pela espera dos cuidados necessários. Percebe-se,

assim, que o grau de ansiedade das mulheres depende da personalidade de cada uma e da sua capacidade de se adaptarem a situações adversas. Neste estudo evidencia-se a importância da resiliência na vivência da gravidez com complicações.

De facto, torna-se claro a ambivalência de sentimentos vividos por estas mulheres. Se por um lado sentem emoções negativas como as descritas anteriormente, por outro lado, como se evidencia no estudo 5, a felicidade também foi um sentimento presente entre as mulheres, o que traduz a ambivalência de sentimentos por elas vivida. Independentemente da fragilidade emocional e da mistura de sentimentos ocorrida durante a gravidez de alto risco, as mulheres revelaram sentir-se felizes, uma vez que os sentimentos de medo e de ansiedade foram amenizados pelo suporte adequado recebido. Além disso, mesmo com adversidades, algumas das mulheres revelaram terem tido momentos felizes como a descoberta do sexo do bebé. As participantes manifestaram, no estudo 4, que a ambivalência de sentimentos e a instabilidade emocional era comparada a uma “montanha russa”, uma vez que se sentiam tristes, frustradas, chateadas, impacientes, ansiosas, mas ao mesmo tempo esperançosas. No entanto, os resultados entre os vários estudos são por vezes um pouco contraditórios, dado que algumas participantes referiram sentir-se perdidas e sem esperança na gravidez. Revelaram ainda passividade e raiva por não conseguirem fazer nada para melhorar o prognóstico (Kent, MCur, Yazbek et al., 2015).

O repouso no leito associado ao tratamento desencadeia elevados níveis de ansiedade, stresse, preocupação e medo em relação à perda fetal e à saúde perinatal, assim como a tristeza, a labilidade emocional e a incerteza sobre a experiência vivida (Dominguez-Luna, Fernandez-Miguez e Dominguez-Luna, 2012). As mulheres revelaram perda da capacidade funcional, dependência dos outros e perda do controlo da sua vida, acrescentando sentimentos de inutilidade e diminuição da auto-estima, assim como um forte sentimento de culpabilidade constante e falta de esperança. As mulheres grávidas referiram solidão e sensação de perda de contacto com o mundo exterior, permitindo concluir que o repouso no leito, em contexto de internamento, intensifica ainda mais os sentimentos negativos que a mulher experiencia face à gravidez com complicações associadas (Dominguez-Luna, Fernandez-Miguez e Dominguez-Luna, 2012).

Comunicação e informação recebida

São vários os estudos cujos resultados salientam a importância da informação recebida, ou a falta dela. Segundo Currie e Barber (2016), algumas mulheres entrevistadas discutiram as suas experiências sobre a forma como foram cuidadas e ouvidas. Enquanto algumas falaram das parteiras de forma positiva, outras referiram que tiveram experiências decepcionantes, uma vez que não foi estabelecida entre elas uma relação empática. Relativamente às parteiras que conseguiram estabelecer esse tipo de relação, as participantes descreveram-nas como o pilar de apoio e confiança. Além disso, ofereceram a es-

cuta ativa, ajudaram as mulheres sempre que foi necessário, prepararam-nas para o internamento e ofereceram informação sobre o papel parental necessário após o nascimento. No entanto, no estudo 2 os resultados demonstram que as mulheres identificaram certas necessidades que não foram atendidas durante o seu internamento, como a preparação para a parentalidade, principalmente orientada para o cuidado geral do RN prematuro e para a preparação para a amamentação. Relativamente à interação com outros profissionais de saúde, as mulheres grávidas internadas consideraram o seu relacionamento com os médicos stressante e promotor de maior angústia, uma vez que, por vezes, era escassa a informação sobre os procedimentos hospitalares e sobre o tratamento necessário e, ainda referiram o uso de muitos termos técnicos que dificultou a compreensão clara da informação fornecida. As participantes do estudo 5 partilham desta opinião acrescentando que a informação recebida era escassa e incompleta, dificultando o planeamento realista e sua preparação e do companheiro para possíveis sucessos/insucessos futuros. Quanto à comunicação dos diferentes profissionais de saúde, algumas mulheres (Currie e Barber, 2016) referiram que tiveram tendência a focarem-se mais na possibilidade de prognósticos positivos, enquanto os profissionais de saúde se focaram mais na possibilidade de complicações. Tudo isto pode criar ainda mais ansiedade, stresse e angústia na mulher grávida/casal. As participantes deste estudo revelaram que sentiram a “dramatização” por parte da equipa médica o que exacerbou ainda mais os sentimentos negativos. Por outro lado, as parteiras demonstraram ser capazes de as fazer sentirem-se cuidadas, mediante intervenções mais personalizadas. As parteiras oferecem um suporte adequado e informação sobre o estado de saúde materno-fetal. Além disso, são as pessoas que podem estabelecer uma relação de maior proximidade, o que facilita na diminuição da ansiedade e stresse, bem como podem ser facilitadoras no envolvimento da família (Currie e Barber, 2016).

Importância do ambiente hospitalar

O ambiente hospitalar, nomeadamente a privacidade e o conforto, reveste-se de enorme importância (Kent, Mcur, Yazbek et al., 2015). De facto, as mulheres, em contexto de internamento hospitalar, encontram-se num ambiente novo e desconhecido, perdem o contacto íntimo com familiares e, na maioria das vezes, a sua privacidade pode estar comprometida, pela necessidade de partilha do quarto com outra(s) senhora(s). Os resultados encontrados (Kent, Mcur, Yazbek et al., 2015) permite-nos salientar a importância que o ambiente hospitalar tem, especialmente na forma como influencia a própria experiência do internamento. Muitas participantes enfatizam que os espaços eram restritos e tinham pouca privacidade. Os autores argumentam que as características do ambiente devem ser tidas em conta, uma vez que o ambiente influencia a forma como as mulheres vivenciam a gravidez com complicações, associada à necessidade de internamento. As mulheres, nesta situação, vêem-se obrigadas a abandonar o conforto do domicílio e pas-

sam a estar num ambiente pouco familiar, estranho e restritivo. Os quartos com várias camas podem ser ambientes confortáveis para algumas mulheres, no entanto, desconfortáveis para outras. A falta de privacidade é identificada como uma lacuna nas instituições e dificulta a adaptação ao internamento (Kent, Mcur, Yazbek et al., 2015). As cortinas nas enfermarias foram mencionadas pelas mulheres como barreiras visuais e não como barreiras auditivas, não estando a privacidade garantida. Além disso, as mulheres também enfatizaram a falta de espaço e de privacidade para estarem com as visitas como um entrave à interação social com as pessoas significativas (Kent, Mcur, Yazbek et al., 2015).

Suporte emocional adequado

Em todos os estudos foi verificada uma homogeneidade de opinião sobre o suporte necessário, sendo a família e os enfermeiros os eleitos no suporte emocional oferecido a estas mulheres. No estudo 4, relativamente ao suporte emocional adequado, o companheirismo e o suporte foram referidos como essenciais para as mulheres que vivenciaram a gravidez com complicações em contexto de internamento. Segundo as suas opiniões, para além do suporte familiar, o suporte do enfermeiro tornou-se fulcral: *“I really believe I need people to support, I need my family and I need the staff to get me through this... I know the nurses are busy, but would be nice to have some of their attention (...)”*. Este estudo (Rubarth, Schoening, Cosimano et al., 2012) conclui que a importância da família e de outras pessoas significativas é fundamental na transição da mulher para a vivência da gravidez de alto risco, no entanto, as parteiras desempenham um papel fundamental no suporte fornecido, promotor da esperança. Três das mulheres, nos seus diários, escreveram o nome das parteiras que lhes prestaram cuidados. É sugerido pelos autores que ações como estas enfatizam a importância do EESMO. As mulheres revelaram ainda que as parteiras, durante o internamento, foram essenciais, na medida em que praticavam a escuta ativa e incentivavam a expressão dos seus medos, falavam acerca dos diagnósticos médicos e usavam o sentido de humor para manter a boa disposição e um ambiente alegre. No estudo 3, por outro lado, para além de ser evidente a importância do suporte emocional do enfermeiro, a família e as pessoas significativas também desempenharam um papel preponderante na amenização dos sentimentos mais negativos. Todas as mulheres referiram a família e os amigos como o melhor suporte. Uma delas referiu que uma amiga foi extremamente importante durante o internamento *“I know every baby/situation is diferente, but she gives me hope”*. Outra descreve que se inscreveu num grupo de voluntariado, como forma de conseguir suporte emocional: *“My penpal is great. Her insight into my situation has really helped me get through this some hope”*. A importância do suporte emocional foi igualmente revelada como essencial por outros autores (Currie e Barber, 2016) e perante a questão: “qual o conselho que dá à mulher com uma gravidez de risco?” colocada às várias participantes, todas elas direcionaram a resposta para a rede de suporte. Referiram a importância da família, mas também do papel da parteira na forma de

cuidar e na compreensão da vivência desta crise. Muitas das mulheres admitiram subestimar o papel da parteira, no entanto, após a vivência da gravidez com complicações consideraram-nas essenciais no acompanhamento da gravidez, durante o parto e no puerpério. Consideraram ainda, que as parteiras são essenciais no aconselhamento parental e no cuidado específico face às necessidades psicossociais. Os resultados de outros estudos (Wilhelm, Alves, Demori et al., 2015) vêm reforçar a importância do suporte emocional fornecido a estas mulheres, evidenciando o papel do enfermeiro. Perante a realidade da gravidez associada a complicações e a um internamento, as mulheres salientam a importância dos profissionais de saúde, uma vez que a proximidade e os cuidados prestados promoveram a tranquilidade e forneceram o suporte adequado. Os enfermeiros, muito especialmente, contribuíram para o conforto, o bem-estar e o equilíbrio destas mulheres, sendo o seu papel fundamental na vida delas e das suas famílias. O estudo revela que os enfermeiros possuem competências para dialogar com estas mulheres, para esclarecerem as suas dúvidas e ajudarem a superar os seus medos. Eles devem criar momentos de partilha com a cliente, promovendo a compreensão e o suporte emocional adequado, não centralizando os cuidados apenas na monitorização do bem-estar materno-fetal, mas também na necessidade de estar alerta para questões emocionais, de forma a intervirem precocemente nesse sentido (Wilhelm, Alves, Demori et al., 2015).

De facto, torna-se evidente que todas as mulheres, independentemente do suporte emocional recebido, procuraram também encontrar as suas próprias estratégias de *coping*. Em alguns estudos (Kent, MCur, Yazbek et al., 2015; Rubarth, Schoening, Cosimano et al., 2012), as participantes revelaram a importância da adoção de estratégias *de coping*, especialmente na hospitalização por um longo período, facilitando a vivência desta transição. Observam-se outras formas de encontrar o equilíbrio e a manutenção de esperança, uma vez que algumas participantes consideraram as crenças nas orações e no destino como um “reforço” para ajudar na vivência desta situação de crise (Rubarth, Schoening, Cosimano et al., 2012).

Deve-se salientar a importância do respeito pelos aspetos culturais, já que algumas participantes em alguns estudos (Kent, MCur, Yazbek et al., 2015) revelaram que a equipa de profissionais de saúde não adotou rotinas e práticas adequadas às preferências/cultura das mulheres, pelo que algumas revelaram a falta de alguns costumes e sentiam-se sozinhas por não poderem partilhar as suas experiências e desejos.

Outras intervenções sugeridas

Para além do suporte emocional fornecido e a escuta ativa e o impacto que isso tem na vivência da gravidez com elevado risco associado, alguns dos artigos encontrados sugerem ainda que sejam implementadas determinadas intervenções que facilitem a transição saudável e a promoção da esperança.

Alguns autores (Dominguez-Luna, Fernandez-Miguez e Dominguez-Luna, 2012) concluem que é essencial compreender as necessidades destas mulheres, por parte dos profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a diminuição dos níveis de stresse neste período tão vulnerável, assim como, permite enfrentar as adversidades da gravidez. O papel dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres durante este “caminho” consiste em tornar esta experiência o menos traumática possível. Desta forma, os autores sugerem a implementação de programas e políticas que promovam a saúde em mulheres internadas com o diagnóstico de gravidez de alto risco. São ainda sugeridas intervenções direcionadas para a preparação para a parentalidade, orientada para o cuidado ao RN prematuro e para a amamentação.

Recomendam que os profissionais de saúde adotem um horário de visitas mais flexível e menos restrito, devendo ser promovida a presença da família e dos amigos (Kent, MCur, Yazbek et al., 2015). Os autores sugerem ainda a presença de uma pessoa significativa durante a noite e aos fins-de-semana se o serviço estiver calmo e tranquilo. Com esta intervenção pretende-se que a mulher possa estar com o companheiro também durante a noite, promovendo o seu conforto e a sua segurança. Visitas aos serviços neonatais podem ser stressantes, no entanto, constituem uma fonte de distração e informação útil. Sugere-se que os profissionais de saúde evitem procedimentos de rotina que comprometam o sono e repouso das mulheres internadas. Aconselha-se a manutenção da utilização de cortinas, pelo menos como método de barreira visual na impossibilidade de existirem quartos individuais, e ainda a existência de quartos individuais e a presença de um espaço próprio direcionado para a socialização e para o relaxamento com a família. Kent, MCur, Yazbek et al. (2015) sugerem ainda que os profissionais de saúde promovam oportunidades de discussão em grupo entre as mulheres internadas, facilitando a partilha de informações e de experiências pessoais. Além disso, uma recomendação importante prende-se com a promoção do contacto entre mulheres admitidas recentemente com clientes já internadas. Isto permite esclarecimento de algumas dúvidas e partilha de sentimentos e emoções.

Para Rubarth, Schoening, Cosimano et al. (2012), para além da promoção do suporte adequado, devem ser implementadas outras estratégias de distração. No entanto, essas estratégias, por vezes, poderão provocar ainda mais stresse. Algumas visitas de familiares e certas informações médicas podem ser stressantes para a mulher internada. No estudo 4, realizado pelos mesmos autores, são sugeridas intervenções que o EESMO deve implementar de forma a ajudar a mulher a suportar melhor o internamento, especialmente quando existe necessidade de repouso no leito. São então sugeridas intervenções como a implementação de políticas de visitas sem restrições, tal como sugerido no estudo 3; permissão para as clientes controlarem o volume da monitorização fetal; celebração de marcos gestacionais; fornecimento de calendários para assinalar a passagem do tempo, e.g. “28ª semana, 32ª semanas de gestação”; promoção de distrações como puzzles, jogos didáticos, livros, entre outros; navegação em computadores portáteis; prestação de cuida-

dos assegurando a privacidade das mulheres, tal como é referido também no estudo 3; e evitar que as mulheres ouçam ruídos de sugestivos trabalhos de parto.

2.2.5. Reflexão final

Os cinco artigos analisados convergem na maioria das conclusões e demonstram que a mulher perante uma gravidez de alto risco vive uma ambivalência de sentimentos, marcada pela alegria de ser mãe, mas ao mesmo tempo marcada pela ansiedade, pela angústia, pelo stresse e pela incerteza do futuro. A mulher quer acreditar num futuro promissor para ela e para o seu filho, no entanto, por vezes, vê a sua esperança comprometida.

O contexto do internamento, tal como se pode verificar pelos resultados dos vários estudos consultados, favorece os sentimentos negativos, acentuando ainda mais a angústia, o medo e a ansiedade. A espera de certos resultados, o repouso no leito, a partilha do quarto com outras clientes, a falta de privacidade, a distância dos familiares, os tratamentos a que estão sujeitas e as rotinas do serviço podem comprometer o seu bem-estar, além de desencadear sentimentos, como a solidão e a tristeza.

Em todos os artigos foi evidente a importância do suporte emocional que estas mulheres necessitam. Por um lado, a presença do companheiro e das pessoas significativas, para além das suas visitas constituírem uma fonte de distração, permitem que a mulher partilhe os seus sentimentos e encontre neles um pilar de suporte. Por outro lado, salienta-se em todos os artigos o papel do enfermeiro como sendo de extrema importância, uma vez que este tem conhecimentos e capacidades para ajudar a mulher a superar esta situação de crise, permitindo que esta viva de forma menos penosa a gravidez com complicações. As suas intervenções não devem estar centradas apenas na monitorização materno-fetal, mas devem centrar-se, também, no bem-estar emocional da mulher. Por esse motivo, o enfermeiro deve promover momentos de escuta ativa, com o intuito de conhecer os seus sentimentos e as suas expectativas.

As intervenções do enfermeiro devem ir ao encontro da necessidade das mulheres internadas e do tratamento instituído, e.g. repouso absoluto no leito. Dois dos artigos analisados demonstram que as mulheres que vivenciaram o repouso no leito em contexto hospitalar, para além da falta de privacidade que sentiram, revelaram perda do controlo de si mesmas, encontrando-se dependentes de terceiros para o autocuidado e para a realização de certas atividades. Tudo isto potencia ainda mais os sentimentos negativos, pelo que a mulher deve ter o suporte adequado e as distrações necessárias para que possa viver este período de forma menos angustiante.

Em todos os artigos foram encontradas intervenções que o enfermeiro deve implementar, independentemente da condição da mulher, proporcionando uma vivência mais harmoniosa, diminuindo sentimentos negativos como o medo, a ansiedade, a angústia e o

stresse. Ao diminuir esses sentimentos a mulher passa a ter mais esperança no futuro. Essas intervenções são sugeridas pelos vários autores de forma similar salientando-se a importância do suporte emocional adequado.

As mulheres, neste contexto, devem ser apoiadas e ouvidas para que possam falar abertamente dos seus medos e preocupações. Momentos com as pessoas significativas devem ser promovidos, assim como, devem existir momentos de partilha entre o EESMO e a mulher, de modo a que este possa esclarecer as suas dúvidas e diminuir as suas angústias. Estas intervenções tão singelas, e na sua maioria fáceis de implementar, são significativas na promoção do bem-estar da mulher, facilitando a diminuição de sentimentos negativos, originando, conseqüentemente, um aumento das suas expectativas face à gravidez, tal como a esperança.

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Ambrosi et al., 2004), várias intervenções podem ser implementadas para a promoção da esperança. Analisando-as em conjunto com a sugestão de intervenções dos autores dos artigos analisados, pode-se concluir que a maioria delas convergem. No entanto, as intervenções sugeridas e emergidas da análise dos estudos, na minha opinião, baseiam-se nas necessidades identificadas pelas mulheres que neles participaram, pelo que não devem ser consideradas como menos importantes. No Quadro 6 apresento uma síntese resultante das intervenções sugeridas pela NIC e aquelas propostas pelos autores, resultando em intervenções possíveis que o EESMO pode implementar juntas das mulheres/família.

Intervenções Promotoras de Esperança

- Promover a escuta ativa e ajudar na identificação de razões de esperança;
- Fornecer informação clínica disponível de forma clara e perceptível;
- Promover horário de visitas mais flexível e menos restrito;
- Promover a presença do companheiro/pessoas significativas;
- Permitir a presença de uma pessoa significativa durante a noite e aos fins-de-semana se o serviço estiver calmo e tranquilo;
- Informar a mulher/casal sobre o facto de a situação atual ser algo temporário ou não;
- Demonstrar esperança tendo em conta as características da pessoa, salientando as suas qualidades e a capacidade de resiliência e encarando a gravidez com complicações como parte integrante do processo gravídico;
- Disponibilizar dados ecográficos e resultados clínicos;
- Ampliar e reportório de mecanismos de enfrentamento do cliente;
- Conversar com a mulher/casal sobre os resultados clínicos e possíveis prognósticos;
- Conversar com a mulher/casal sobre possíveis metas a atingir, e.g. altura da provável data do parto do RN pré-termo;
- Escutar a mulher/casal e atender às suas necessidades sem esconder possíveis desfechos menos favoráveis;
- Permitir visitas ao serviço de neonatologia;
- Celebrar marcos gestacionais com a mulher/casal;
- Fornecer calendários para assinalar a passagem do tempo, e.g. “28ª semana, 32ª semanas de gestação”;
- Auxiliar a mulher/casal a estabelecer e a revisar metas relacionadas ao objeto da sua esperança;
- Incentivar o autocuidado da mulher, permitir a deambulação e a ida a salas próprias para relaxar com a família. No caso de repouso no leito, promover a autonomia da cliente dentro das suas possibilidades;
- Ensinar aspetos relativos à parentalidade, como os cuidados ao RN prematuro e a amamentação;
- Facilitar à mulher/casal a lembrança e apreciação de conquistas e experiências passadas;
- Ensinar à família os aspetos positivos de esperança (e.g. desenvolver temas significativos em conversas que reflitam amor e interesse pelo cliente);
- Promover oportunidades de discussão em grupo entre as mulheres internadas e o contacto entre mulheres admitidas recentemente com clientes já internadas;
- Promover espaços de privacidade e relaxamento;
- Criar um ambiente que facilite a prática religiosa, quando apropriado.

Quadro 6 - Sugestão de intervenções promotoras de esperança

De acordo com a evidência científica encontrada, durante a gravidez com complicações a mulher vivência um conjunto de sentimentos que comprometem as suas expectativas. A esperança, sendo a expectativa maior e que move o indivíduo, está sempre comprometida em situações de crise como esta. A gravidez é um período de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade, e é também um período de envolvimento da mulher com a sua gravidez, pelo que se torna um momento ideal para a aquisição de

competências e de novas aprendizagens. Além disso, face à extrema vulnerabilidade que ela apresenta, a mulher tem tendência a procurar nos outros uma rede de suporte essencial que a ajude a ultrapassar momentos mais difíceis. Perante a gravidez com complicações, a mulher vê-se obrigada a reunir um conjunto de estratégias de *coping* que permitam viver com mais tranquilidade, bem-estar e de forma mais positiva esta transição.

Os estudos encontrados são escassos, pelo se afigura como importante o desenvolvimento de mais estudos que permitam aprofundar sobre quais as melhores intervenções do EESMO para atenuar a vivência da gravidez nestas condições. O nível de evidência científica dos artigos pode ser questionado, uma vez que não foram encontradas outras fontes como revisões sistemáticas, ou *guidelines*, que viriam enriquecer esta revisão integrativa. Além disso, os artigos analisados constituem amostras pequenas e são, na maioria, estudos retrospectivos. Estes, geralmente, baseiam-se em levantamentos de dados sobre o que ocorreu e, falando de sentimentos e expectativas, pode-se depreender que essas memórias podem já estar desvanecidas no momento das entrevistas, o que poderá questionar a veracidade dos sentimentos e expectativas descritos.

No entanto, esta revisão integrativa permitiu salientar a importância do papel do EESMO junto destas mulheres, uma vez que ele deve proporcionar o apoio necessário para que esta transição seja vivida de forma mais esperançosa. Foram encontradas várias intervenções que permitiram responder à pergunta PICO e que têm como objetivo melhorar a prática da enfermagem de saúde materna e obstetrícia no contexto da gravidez com complicações.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O desenvolvimento das atividades de estágio, no âmbito da vigilância do TP e parto, fez-se sob a orientação/supervisão de uma EESMO e decorreu entre o dia 1 de março e o dia 27 de julho de 2016.

A minha experiência enquanto formanda decorreu no HPH, um hospital considerado Hospital Amigo dos Bebés e que privilegia as opções da mulher/casal, assim como implementa medidas que suportam o parto normal, permitem uma melhor adaptação do RN ao meio extra-uterino e promovem a vinculação entre mãe e filho. De forma a contribuir para a satisfação da mulher/casal, privilegiando o bem-estar e a individualidade dos cuidados, o BP é composto por seis quartos individuais, por um bloco operatório e uma sala para o respetivo recobro, englobando ainda o serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia e a unidade de grávidas de risco.

Durante a prática clínica tive oportunidade de acompanhar mulheres em TP, colaborar em partos distócicos e executar um total de 40 partos eutócicos, conforme se apresenta no Quadro 7.

Parturientes assistidas		Partos Executados		Partos Participados	
Baixo risco	Com moderado/elevado risco	Sem episiotomia	Com episiotomia	Simulação de parto pélvico	Cefálicos
82	3	14	26	1	13
Total: 85		Total: 40		Total: 14	

Quadro 7 - Número de experiências realizadas no serviço de bloco de partos

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2010), o EESMO “*deve estar habilitado (...) a assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in-útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados; deve fazer o parto normal em caso de apresentação cefálica, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência (...)*”. Além disso, a OMS (2015) define

que o objetivo do cuidar, no parto normal, na perspectiva do cuidador, consiste na saúde e bem-estar materno e infantil, com a menor intervenção possível e compatível, simultaneamente, com a segurança de todos os intervenientes.

O TP e parto representam o fim da gravidez, processo que a mulher/casal, numa situação normal, vivenciam durante nove meses. Neste momento, o corpo da mulher encontra-se sujeito a uma nova adaptação fisiológica que a prepara para o TP e parto. Este momento encontra-se dependente de vários fatores, como o tamanho do feto, as condições da placenta, as contrações uterinas, a posição materna, as reações psicológicas, o local do nascimento, a preparação prévia para o parto, as características do profissional que acompanha o processo e os procedimentos executados (Lowdermilk e Perry, 2012).

Por TP entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez em progressão, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior - o parto. De acordo com Machado (2005), o TP e parto são divididos em três diferentes estadios. O primeiro estadio corresponde ao período de dilatação e extinção, o segundo estadio corresponde ao período expulsivo e o terceiro estadio corresponde à dequitação; sendo que cada um deles tem características e tempos bem definidos.

Para melhor compreensão das atividades desenvolvidas neste estágio, irei descrevê-las como atividades de diagnóstico/vigilância, bem como as intervenções implementadas, com base na evidência científica, desde o momento da admissão da parturiente/casal no BP até ao momento da sua transferência para o serviço de internamento de obstetria. Irei ainda dividir este capítulo em três subcapítulos, de acordo com os estadios do trabalho de parto.

3.1. Cuidar da mulher/casal no primeiro estadio de trabalho de parto

Após o diagnóstico de TP, a parturiente/casal eram encaminhados para o BP. A grande maioria das mulheres admitidas no BP provinham do serviço de urgência, no entanto, admiti mulheres transferidas da unidade de grávidas de risco, devido ao TP espontâneo ou devido à indução do TP e progressão do mesmo. Regra geral, as mulheres internadas encontravam-se no primeiro estadio de TP que é caracterizado pela dilatação e extinção do colo uterino.

Este período do TP inicia-se com contrações uterinas que provocam um aumento da pressão hidrostática intra-amniótica, que confere ao segmento inferior pressão, enquanto as membranas estiveram intactas; após a rotura das membranas é a apresentação fetal que exerce diretamente pressão sobre estas estruturas, o que contribui para a dilatação e extinção do colo uterino. Devido à contratilidade uterina do miométrico durante as últimas semanas da gravidez e na fase latente do TP, dá-se um encurtamento apreciável

do colo uterino, designado por extinção. A dilatação do colo uterino compreende-se entre um e dez centímetros (cm). Considera-se a dilatação do colo uterino completa quando deixa de ser possível tocar tecido do colo diante da apresentação, o que ocorre quando o diâmetro do canal atingiu os dez centímetros. Numa nulípara, o fenómeno de extinção ocorre primeiro do que a dilatação, sendo que nas múltiparas estes fenómenos ocorrem, regra geral, em simultâneo (Machado, 2005).

Importa referir que o primeiro estadio de TP é dividido em fase latente e em fase ativa. Desta forma, as mulheres em TP na fase latente eram internadas na unidade de grávidas de risco, enquanto que as mulheres em fase ativa eram internadas no BP. Entende-se como fase ativa do TP a presença de contrações uterinas rítmicas: 2-3 contrações em 10 minutos, com duração entre 30 a 90 segundos, e com intensidade moderada a forte, e a constatação de dilatação ≥ 4 cm com extinção do colo uterino $\geq 80\%$. Numa nulípara o colo uterino normalmente dilata de 1 a 1,5cm/h (Campos, Amaral e Faria, 2014; David e Xavier, 2011). Este período pode durar até 12h na nulípara e 9h na múltipara, sendo provável que ocorra a rotura das membranas (David e Xavier, 2011).

Importa referir que no, contexto clínico, algumas mulheres apresentavam dor e dificuldade no controlo da mesma, pelo que, mesmo que apresentassem 2-3cm de dilatação, eram internadas no BP para ser administrada analgesia pela via epidural, uma vez que, após a sua realização, é exigida uma maior vigilância da parturiente e do feto.

Efetua o acolhimento da mulher/casal, que tal como referido no Capítulo 1, é fundamental para a diminuição da ansiedade e do stresse frequentes numa mulher/casal em TP, facilitando a integração no serviço e a colaboração entre clientes e profissionais. Iniciava o acolhimento pela minha apresentação, nome e condição de enfermeira formada da ESMO; falava um pouco sobre o seu quarto de parto e apresentava as restantes instalações, como o corredor comum, os armários e o WC; informava sobre a possibilidade de permanência de uma pessoa significativa durante 24h e sobre as rotinas e as atividades de vigilância que seriam necessárias durante o decorrer do TP. Assim, o acolhimento no BP é essencial para que a mulher se sinta mais à vontade, segura e confiante, já que o internamento por si só compõe um aparato gerador de stresse. Marques (2014) considera que a receção e o acolhimento que se faz à parturiente no momento da admissão no BP torna-se importante, na medida em que irá determinar a relação entre o cliente, a família e os profissionais de saúde. Sabe-se que o TP gera stresse, medo, ansiedade e insegurança, pelo que a apresentação do espaço, do profissional de saúde e das rotinas, diminui esses fatores e facilita a adaptação à nova condição. Desta forma, um ambiente acolhedor, neste contexto, deve constituir características essenciais como um ambiente aquecido, calmo, sem ruídos, com luminosidade e exposição a recursos materiais, privacidade, ambiente agradável, sem necessidade de mudança de lugar. O mesmo autor defende, ainda, que ambientes acolhedores aumentam a satisfação materna, diminuem o medo, a ansiedade e a insegurança, reduzem as taxas de trauma perineal e promovem o possível regresso num próximo nascimento.

Após o acolhimento, era sugerido à puérpera vestir uma roupa confortável, como a camisa de noite e a toma de um duche, se assim o desejasse. Era ainda questionada a vontade de analgesia epidural, com o intuito de conseguir a presença do anestesista atempadamente e tempo para preparar o material para essa intervenção. Importa refletir sobre esta prática, uma vez que ao questionar sobre a analgesia epidural, a mulher pode sentir-se induzida a realizar algo que provavelmente não é seu desejo. Na minha opinião, humanizar os cuidados no contexto do parto normal, implica que a mulher escolha livremente as suas opções para o parto e que não seja induzida, nem lhe sejam impostas determinadas intervenções. Desta forma, considero que se deve ponderar o questionamento da mulher sobre a vontade de analgesia epidural.

Durante o primeiro estadio do TP a dor visceral é o tipo de dor predominante, proveniente da distensão do segmento inferior uterino e da dilatação cervical. Já no segundo estadio do TP, associado ao período expulsivo, a dor tem características somáticas e centra-se mais no períneo, sendo provocada pela distensão das estruturas daquele local anatómico e pela pressão criada pela cabeça do feto. A dor, seja de que origem for, é de carácter subjetivo, pelo que a intensidade da mesma é amplamente variável de mulher para mulher e está sujeita a influências psíquicas, culturais, orgânicas, e aos possíveis desvios da normalidade como o stresse, a ansiedade e o medo. Além disso, a quantidade de endorfinas libertada pode também aumentar ou diminuir a sensação de dor (Nilsen, Sebastino e Lopes, 2010). De acordo com os mesmos autores, a dor, por ser um fenómeno passível de várias influências, é considerada como pessoal e deve ser mensurada para permitir a escolha eficaz de um método de alívio. O comportamento da mulher em TP não é considerado um parâmetro eficaz para avaliar a dor, tendo em conta que muitas mulheres procuram controlar as suas emoções para que não sejam vistas como descontroladas. Assim, deve-se respeitar a escolha da mulher e oferecer os recursos disponíveis para a ajudar no alívio da dor e promover o conforto (Nilsen, Sebastino e Lopes, 2010).

O alívio da dor durante o TP contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ser uma preocupação do EESMO na admissão da mulher/casal no BP. Desta forma, a mulher em TP deve dispor de métodos farmacológicos e de métodos não farmacológicos, que lhe permitam viver de forma positiva a sua experiência do parto. De acordo com a evidência científica, a OE (2012) recomenda que para ajudar a mulher no alívio da dor é necessário que o EESMO compreenda o tipo de dor sentida, o padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente e as suas expectativas; deve proporcionar-lhe, durante o parto, informação sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos; deve informar previamente sobre os seus benefícios e potenciais riscos; deve informar as mulheres sobre a sua capacidade fisiológica de produzir endorfinas durante o parto fisiológico em condições de intimidade; deve oferecer à mulher a possibilidade de eleger um ou vários métodos se o desejar; deve informar sobre a evidência dos métodos alternativos disponíveis, caso a mulher opte por não utilizar nenhum método farmacológico; deve permitir

que a mulher seja acompanhada de forma contínua durante todo o processo. Posteriormente abordarei os métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

A analgesia do neuro-eixo é aceite como a técnica analgésica mais eficaz no TP e com menos efeitos adversos na mãe e no feto. Sabe-se que está associada a um maior alívio da dor quando comparada com outro tipo de analgesia, porém existem algumas preocupações relativamente ao aumento das taxas de cesariana, de partos instrumentados ou do prolongamento do TP (Pereira et al., 2014). No contexto clínico, apercebi-me também de que alguns dos efeitos secundários da analgesia por esta via, como entorpecimento dos membros inferiores e o risco de hipotensão, eram motivo para que a mulher permanecesse em repouso no leito.

Uma revisão sistemática da Cochrane realizada por Anin-Somuah, Smith e Howel (2011), que inclui 38 estudos com um total de 9658 parturientes, não demonstra haver diferenças na taxa de cesarianas, embora a analgesia epidural esteja associada ao aumento da administração de ocitocina e ao prolongamento do segundo estadios do TP. Outros estudos cit. por Pereira et al. (2014) concluem que as taxas de cesariana não se encontram aumentadas nas mulheres submetidas a analgesia epidural, no entanto, verifica-se um aumento de partos instrumentados e o prolongamento do primeiro e segundo estadios do TP.

Durante a prática clínica, constatei que a administração da analgesia epidural é oferecida a todas as mulheres em TP, mesmo que não se encontrem na fase ativa do mesmo. De facto, o *American College of Obstetrician and Gynecologists* (Joy et al., 2015) recomenda a administração de analgesia pela via epidural assim que a parturiente o deseje, independentemente do estadios de TP. Desta forma, sempre que solicitada a analgesia pela via epidural, era contactado o anestesista, preparado o material e posicionada a parturiente. No entanto, tive a oportunidade de realizar dois partos eutócicos sem analgesia epidural.

De acordo com Pasin e Schnath (2007), os fármacos administrados pela via epidural podem causar náuseas e vômitos, retenção urinária, hipotensão arterial e perda ou diminuição da função motora e sensitiva. Estes efeitos secundários foram constatados em algumas mulheres.

Após a mulher/casal instalados e logo que a mulher se encontrasse confortável, tendo a dor de TP controlada quer sob analgesia epidural, quer através de técnicas não farmacológicas, procedia à colheita de dados inicial. Tal como descrito no Capítulo 1, a colheita de dados inicial é essencial para melhor conhecer a cliente, assim como, para formular diagnósticos e avaliar a evolução do TP. Da colheita de dados inicial no BP, faziam parte outros parâmetros, para além dos descritos anteriormente. Desta forma, era importante conhecer e registar as características do colo uterino, a idade gestacional (IG), a história obstétrica, o contacto da pessoa significativa, sobre presença, ou não, de infeção por *Streptococcus* do grupo B (SBG) e sobre o estado da bolsa amniótica (se rotura: data e hora da rotura e características do líquido amniótico (LA)).

Importa conhecer a IG uma vez que perante um TP pré-termo, é essencial reunir todo o material indispensável para a assistência ao RN após o nascimento, inclusive avisar o neonatologista. O número de gestações anteriores condiciona também a evolução do TP, pois, sabe-se que as múltiparas, na maior parte dos casos, têm trabalhos de parto menos demorados, o que me deixava alerta para certos sintomas que referissem e que pudessem indicar o período expulsivo com mais rapidez. As características do colo uterino, na admissão da parturiente são fundamentais para avaliar a evolução do TP. Caso a mulher apresentasse infecção por SGB, procedia à administração de antibiótico, de acordo com o protocolo do serviço. Este recomenda a administração de penicilina IV de 4/4h. Caso a mulher apresentasse rotura de membranas superior a 12h horas, segundo o protocolo da instituição, era administrada ampicilina IV de 6/6h. Se a cliente fosse alérgica a algum destes fármacos, era iniciado um protocolo com outros fármacos, como a clindamicina, embora não se tenham verificado alergias durante a minha prática.

De acordo com as estatísticas, nos Estados Unidos, 10 a 30% das mulheres adultas são portadoras do SGB e 20% das grávidas encontram-se colonizadas por este agente. Esta colonização pode ser transitória, crónica ou intermitente. Segundo a SPP (2013, p.1), *“na mulher grávida e na puérpera, o SGB é a causa frequente de bacteriúria assintomática, infecção do trato urinário, corioamnionite, endometrite pós-parto e bacteriémia. No RN, é responsável por infecção neonatal precoce (até aos seis dias de vida) e, mais raramente, por infecção tardia”*. A transmissão vertical mãe-filho ocorre após o início de TP ou rotura das membranas, sendo que a transmissão para o RN ocorre *in-útero* ou durante a passagem pelo canal de parto (SPP, 2013). Desta forma, de acordo com a SPP (2013), deve ser administrado intraparto penicilina, ou ampicilina, endovenosa a grávidas colonizadas por SGB, protegendo os seus recém-nascidos de desenvolverem doença precoce, não modificando a incidência de infecção tardia. De acordo com a mesma entidade, a administração dos antibióticos recomendados deve ser mantida até ao período expulsivo, pela via endovenosa uma vez que permite concentrações elevadas no LA e no soro materno, com consequente transferência placentária para a circulação sistémica fetal.

Todas as informações eram registadas no sistema informático (SClínico), e no partograma, conforme a sua natureza. Segundo a OMS (2015), durante a vigilância do TP, o registo no partograma melhora o acompanhamento do TP, permite a deteção precoce de problemas, elimina o carácter subjetivo do diagnóstico e facilita a tomada de decisões apropriadas, evitando intervenções desnecessárias.

O modelo em uso no serviço em questão preconiza que se ofereça à parturiente dois microclisteres para auto-administração. A limpeza da ampola retal é a justificação dos enfermeiros da instituição para esta prática. No entanto, a evidência científica mais atual não demonstra haver benefícios na aplicação de Microlax®. Um estudo da Cochrane realizado por Reveiz, Gáitan e Cuervo (2013) considera que a utilização, por rotina, de Microlax® deve ser uma prática eliminada. Deve ser apenas utilizada quando a grávida o solicita. O uso de enemas de limpeza não tem efeitos significativos nas taxas de infeções

(infecção do períneo e infecções neonatais) nem no conforto e na satisfação da mulher. A OMS (2015) recomenda ainda que o uso rotineiro de enemas não provou reduzir a duração do TP ou conferir qualquer outro benefício clínico. Aliás, é considerado invasivo e desconfortável, pelo que deve ser uma prática a evitar. No entanto, constituiu uma prática que efetuei, dada a minha situação de estudante supervisionada.

A algumas mulheres foi proposta a tricotomia da região perineal, sendo que muitos dos profissionais de saúde da instituição utilizavam a tricotomia como uma prática de rotina. De facto, a OE (2011) recomenda evitar o uso de tricotomia pelo risco de contaminação do local cirúrgico, numa situação em que é realizada a episiotomia. Além disso, o crescimento do pelo pode causar desconforto e prurido, interferindo no processo de cicatrização.

A cateterização de uma veia e a soroterapia demonstrou ser também uma prática por rotina, durante este período do TP. Por este motivo, sempre que a mulher era admitida no BP procedia à cateterização de uma veia com agulha 18G ou 20G. É essencial em mulheres a realizar antibioterapia IV, ocitocina em perfusão, ou submetidas a analgesia epidural. No entanto, a prática por rotina e a soroterapia pareceu-me ser, em alguns contextos, desadequada. Segundo Campos, Amaral e Faria (2014) a soroterapia deve ser utilizada apenas quando a mulher se encontra na fase ativa do TP, administrando 1000ml de soro fisiológico com glicose, IV ao ritmo de 100ml/h (caso a parturiente não tenha recusado a administração de soros). A OMS (2015) recomenda ainda que a administração de fluidoterapia IV, durante o TP, deve ser ponderada, pois o seu uso rotineiro, para além da sobrecarga de fluídos, tem impacto na mobilidade da mulher e apresenta custos desnecessários.

A administração de soros era justificada pela necessidade da mulher cumprir jejum. Durante o TP era prescrito o jejum com a justificação de que no caso de cesariana emergente se evitava o risco de bronco aspiração. No entanto, a restrição da ingestão oral pode ser desagradável para certas mulheres e pode influenciar negativamente a experiência do nascimento (Singata, Tranmer e Gyte, 2013). Além disso, a ACOG (2009) defende que o risco de bronco aspiração, hoje em dia, pode ser diminuído pela administração adequada de antiácidos, antagonistas recetores de H₂ e/ou metoclopramida como profilaxia. Uma revisão sistemática da literatura da Cochrane, realizada por Singata, Tranmer e Gyte (2013), conclui que pode ser oferecido à parturiente de baixo risco e sem complicações, a ingestão de alimentos e líquidos, uma vez que não existe nenhum malefício na ingestão de alimentos e a hidratação oral. A OMS (2015) preconiza o consumo oral de líquidos e alimentos durante o TP, respeitando as escolhas e desejos da mulher. Além disso, a restrição do consumo oral de líquidos e alimentos, não tem qualquer efeito benéfico sobre resultados clínicos importantes, incluindo o aumento da duração do TP e a taxa de cesarianas. Na fase latente do TP deve ser permitido à mulher ingerir uma dieta ligeira, como saladas, sopas, frutas, gelatinas, bolachas e líquidos (Marques, 2014). No entanto, Campos, Amaral e Faria (2014) aconselham neste estadio do TP, apenas a ingestão de líquidos claros, como

chá, gelo e/ou chá com açúcar. Na fase ativa do TP os autores anteriormente citados concordam com o jejum, embora Marques (2014) considere que a mulher pode ingerir líquidos como chá, sumos, água e bebidas isotônicas. De facto, não existe consenso relativamente ao jejum durante o TP, no entanto a maioria dos autores defende que podem ser ingeridos líquidos. A ACOG (2009) recomenda que durante o TP a mulher de baixo risco pode ingerir líquidos claros pela via oral, como chá, água e sumos de frutas sem polpa. No entanto, a ingestão de alimentos sólidos durante o TP não é de todo consensual e a evidência científica é ainda escassa.

Para a avaliação do bem-estar materno eram avaliados os sinais vitais uma vez por turno, de acordo com o protocolo do serviço. Algumas situações de exceção requeriam uma monitorização mais frequente, como por exemplo: no momento de colocação do cateter epidural, na execução do levante após muitas horas em repouso no leito, em presença de analgesia epidural, em casos de pré-eclampsia ou com história de HTA na gravidez, ou febre intraparto. Durante a minha prática clínica, não vigiei nenhum TP com patologia associada, como a pré-eclampsia ou hipertensão gravídica. Segundo Campos, Amaral e Faria (2014), a monitorização dos sinais vitais, na fase latente e na fase ativa do TP, deve ser realizada de 4/4h.

Constatou-se a presença de várias mulheres com febre intraparto durante o estágio clínico. Define-se como febre as alterações do termostato corporal a nível do centro regulador do hipotálamo, devido à ação de citocinas pirogênicas produzidas em resposta à infeção, inflamação, lesões, alteração imunológica ou outras, que levam ao aumento da temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$. A variação normal da temperatura corporal em parturientes de baixo risco obstétrico e sem intercorrências de relevo, desde a admissão até ao período expulsivo, varia de $34,6$ a $37,6^{\circ}\text{C}$. A febre intraparto pode ter origem infecciosa ou não infecciosa, sendo a etiologia não infecciosa a mais frequente (Diz, 2014). Alguns estudos revelam que a febre intraparto é mais frequente devido à analgesia epidural, uma vez que esta pode levar à diminuição da sudorese por bloqueio simpático, anulando também a hiperventilação provocada pela algia das contrações uterinas, reduzindo assim a perda de calor por evaporação. A sua prevalência varia de $6,9$ a $33,2\%$ nas parturientes submetidas a analgesia epidural e os mecanismos envolvidos continuam incertos. Esses estudos ainda sugerem que associado à analgesia epidural existem outros fatores de risco, como a nuliparidade, TP prolongado ($>12\text{h}$) e RN de peso elevado (Diz, 2014). Um outro estudo, referido por este autor, refere que a frequência de febre aumentou 7% em trabalhos de parto com duração $<6\text{h}$, e 36% em trabalhos de parto com duração $>18\text{h}$. Além dos fatores de risco associados à analgesia epidural existem fatores mecânicos como a produção de calor endógeno resultante das contrações uterinas e dos esforços expulsivos, assim como fatores homeostáticos, como o estado de hidratação da parturiente (Diz, 2014).

Relativamente à relação entre a febre materna e as repercussões neonatais, Diz (2014, p.14) refere que *“o aumento da temperatura materna intraparto, mesmo que seja moderado, é um preditor independente de mau prognóstico para o recém-nascido. Contu-*

do, existem estudos em que não ficou demonstrada correlação entre a analgesia epidural e as consequências neonatais”. No entanto, Diz (2014) conclui no seu estudo de investigação que no caso do RN são referidos, embora não consensualmente, um aumento da hipotonia, baixos índices de Apgar ao 1º e 5º minuto, convulsões e encefalopatia. Quanto às repercussões maternas, a febre intraparto interfere na dinâmica das contrações uterinas, o que desencadeia TP mais prolongados, aumento dos partos instrumentados e a taxa de cesarianas (Diz, 2014).

Para a avaliação do bem-estar fetal, a monitorização através da CTG era obrigatória no HPH, sendo realizada de forma contínua a todas as mulheres que eram internadas no BP. Segundo o ACOG (2009), a monitorização CTG é recomendada para avaliação da vitalidade fetal intraparto, embora outras sociedades e outros estudos revelem o contrário. A mais recente revisão sistemática da literatura da Cochrane, realizada por Alfirevic, Devane e Gyte (2013), conclui que o uso de CTG intraparto não reduz as taxas de mortalidade perinatal, os baixos scores de Apgar, a admissão em unidades de neonatologia, a acidose metabólica, a encefalopatia hipóxico-iscémica ou na paralisia cerebral, mas pelo contrário, aumenta o risco de cesarianas e de partos instrumentados. De acordo com Harvey (2004), a diretriz para a realização de CTG, segundo o *National Institute of Clinical Excellence*, recomenda que seja efetuada de forma intermitente nas grávidas de baixo risco. A monitorização intermitente da frequência cardíaca fetal (FCF), nos casos de gravidez de baixo risco demonstra, ser mais eficaz do que a CTG contínua (*The Royal College of Midwives*, 2008). Campos, Amaral e Faria (2014) recomendam na fase latente a monitorização durante 30 minutos em cada 2h, se não tiver sido utilizada recentemente ocitocina e/ou prostaglandinas, embora na fase ativa deve ser utilizada a monitorização CTG contínua externa.

Independentemente das diretrizes e dos estudos realizados, no HPH optava-se pela CTG contínua, o que dificultava a deambulação da mulher. Tal como referido anteriormente, no caso da analgesia epidural a mulher pode apresentar efeitos adversos que dificultam a deambulação, embora a CTG contínua e a soroterapia sejam também fatores concorrentes.

Sempre que possível incentivava a mulher a deambular, a utilizar a técnica de respiração lenta e profunda durante a CU, a utilizar a bola de pilates, a musicoterapia, a massagem, o duche ou a dança, que embora sejam recomendados como métodos não farmacológicos para o alívio da dor, também favorecem o relaxamento das fibras nervosas e musculares e consequentemente permitem o aumento da progressão do TP. Pude ter oportunidade de implementar estas medidas não farmacológicas com duas parturientes que optaram por um parto sem pela analgesia epidural e, assim, observar os seus efeitos no alívio sintomático da dor. Por outro lado, as mulheres que utilizaram estes métodos, mesmo com analgesia epidural, demonstraram benefícios no posicionamento e encravamento do pólo fetal.

Importa referir que o mecanismo do parto implica acomodação do pólo fetal às estruturas ósseas através das quais tem de passar, pelo que é importante a mãe adotar posições durante o TP que facilitam a acomodação do feto à pelve materna.

A deambulação ou a adoção de outras posições verticais, como o sentar-se na bola de pilates, ou mesmo na cama, facilitam a descida do feto e o encravamento. Segundo as *guidelines* do *The Royal College of Midwives* (2012), são várias as vantagens das posições verticais, tais como: permite a descida do feto com a ajuda da gravidade, diminui o risco de compressão da veia cava inferior, melhora o alinhamento do feto e promove contrações uterinas mais eficazes. Uma revisão da literatura publicada pela Cochrane (2009, cit. por *The Royal College of Midwives*, 2012), conclui que as posições verticais e a deambulação durante o primeiro estadio de TP, reduzem a sua duração e o uso de analgesia epidural, além disso promovem maior controlo da dor e o encontro da posição mais confortável para a mulher. A OMS (2015) recomenda que deve ser incentivada a deambulação e a adoção de uma posição vertical durante o TP em mulheres de baixo risco porque encurta a primeira fase de TP, em nulíparas, e reduz a taxa de cesarianas. Não se verifica o aumento do risco da mortalidade perinatal, nem o sofrimento fetal, constituindo uma intervenção acessível, barata e fácil de implementar.

Os exercícios respiratórios permitem reduzir a sensação dolorosa do TP, melhoram os níveis de oxigenação materna e conseqüentemente a oxigenação fetal, proporcionam relaxamento e diminuem a ansiedade (Gallo, 2014). Desta forma, incentivava a mulher a realizar este tipo de respiração sempre que sentia uma CU, pois, para além do alívio da dor, através da perceção psicoemocional, permite uma melhor oxigenação do feto.

A bola de pilates permite que a mulher consiga sentar-se com a coluna bem alinhada, sem desconforto. Ao contrário da cadeira, a bola permite uma moldagem do corpo. A parturiente pode ficar simplesmente parada ou realizar movimentos. Os movimentos circulares, com a bacia, demonstram-se eficazes na ajuda do encravamento do pólo cefálico fetal. Esta medida, além de ajudar na descida do feto, também alivia a dor (Gallo, 2014). Este método, para além de ter sido o método não farmacológico de eleição das duas parturientes que optaram por um parto sem fármacos, foi também o método utilizado por parturientes, submetidas a analgesia epidural e demonstrou ter efeitos no que diz respeito ao alívio da pressão perineal e na descida e acomodação do pólo cefálico às estruturas maternas. Nos casos de variedade posterior, a bola de pilates facilitou a rotação cefálica de forma mais eficaz.

Segundo a OE (2012), existem outros métodos não farmacológicos para o alívio da dor como o banho de imersão, o relaxamento, a massagem, a acupuntura e a acupressão, a estimulação nervosa elétrica transcutânea, a injeção de água estéril, a aromaterapia, a hipnose, a musicoterapia ou a audioanalgesia. De acordo com uma revisão sistemática da literatura, realizada por Gayeski e Brüggemann (2010), que procurou estudar o efeito do banho de imersão, da massagem e da aromaterapia, o banho de imersão deve ser incentivado pois resulta num relaxamento das fibras nervosas, permitindo maior alívio da dor. A

massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e stresse, sendo mais eficaz para reduzir a dor, quando utilizada no começo da fase latente (Gayeski e Brüggemann, 2010). Tive a oportunidade de implementar esta técnica, recorrendo ao companheiro para a realização da massagem, muitas vezes até a pedido da parturiente, com efeitos significativos no relaxamento das fibras nervosas, especialmente, na região lombar. Segundo Gayeski e Brüggemann (2010), a aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. Desta forma, posso concluir que os métodos não farmacológicos, devem ser utilizados, de forma a ajudar a mulher no alívio da dor, bem como facilitam o encravamento do pólo cefálico fetal com efeitos positivos durante o TP e parto. Estes deverão ser oferecidos à mulher/casal durante o TP, tendo em conta as suas preferências.

Durante o TP, oferecer apoio à mulher era uma das minhas intervenções primordiais. No contexto clínico não observei nenhuma situação em que a mulher estivesse sozinha durante o TP e parto, todas as mulheres estiveram acompanhadas por uma pessoa significativa. Segundo a OMS (2015), a companhia contínua é recomendada para melhorar os resultados relativos ao TP, uma vez que isso parece melhorar vários resultados, incluindo a diminuição da duração de TP, o aumento da confiança e satisfação materna, e o aumento de partos por via vaginal.

O parto, especialmente nas primíparas, não é um evento neutro, pelo contrário, mobiliza sentimentos como a ansiedade, o medo, a excitação e a expectativa e, pela sua intensidade pode ajudar a reformular a identidade da mulher (Peterson, 1996 cit. por Silva, 2011). Geralmente, a mulher experiencia sentimentos contraditórios neste período, uma vez que vive a alegria do nascimento e o encontro com o bebé real, mas, por outro lado, é um período de encerramento da gravidez, trazendo níveis elevados de ansiedade e medo pelo que vai suceder. A ansiedade e o medo pelas intervenções que podem ocorrer durante o parto, a ansiedade pelo contacto com o bebé real e pelo confronto com o seu papel enquanto mãe, medo face à dor que pode experienciar durante o TP e parto. A literatura defende que as figuras de apoio durante a gestação, o puerpério, mas especialmente durante o parto são de extrema importância, uma vez que estas devem ter a função de auxiliar a mulher a lidar com os diversos sentimentos devido às intensas e complexas mudanças que são vividas nesta nova fase. Uma revisão da literatura realizada por Parke (1996, cit. por Silva, 2011) revela que mulheres que estiveram na presença do companheiro durante o TP e parto relataram menos dor, foram menos intervencionadas ao nível farmacológico e tiveram uma experiência mais positiva do nascimento. A presença de uma pessoa significativa para a grávida, durante o TP e parto é considerada pelas mulheres como uma fonte de encorajamento e apoio, muitas vezes apenas através da presença. Essa presença é percebida como um suporte emocional fundamental, que se concretiza em pequenos gestos de apoio como dar a mão. São as necessidades das mulheres a principal preocupação durante o acompanhamento (Guerra, 2010).

Já o papel do EESMO, embora transversal, é ligeiramente diferente durante o TP. Em contexto hospitalar as mulheres encontram-se afastadas do seu meio de conforto. Isso

contribui para a sua ansiedade e fragilidade, no entanto, o EESMO, através da sua presença e apoio, tem um papel relevante na percepção das mulheres em relação à experiência do parto (Tereso, 2005, cit. por Guerra, 2010). É de esperar que, durante o TP e parto o EESMO tenha em atenção as necessidades fisiológicas e emocionais da parturiente, respeitando as opções do casal, considerando o acolhimento e a necessidade de segurança aspetos essenciais. A monitorização da evolução do TP, que pressupõe a vigilância da mulher e do bem-estar fetal, a presença constante do EESMO, a continuidade de cuidados pelo mesmo profissional e a informação sobre a própria evolução do TP e parto são aspetos referidos como essenciais e desejáveis no acompanhamento e apoio durante o TP (Gibbins e Thomson, 2001 cit. por Guerra, 2010)

Para conhecer a progressão do TP e o posicionamento do feto procedia ao toque vaginal. Desta forma era possível conhecer as condições da bacia materna, nomeadamente as características e a compatibilidade com o pólo fetal, a descida da apresentação cefálica (planos de *Hodge*), a variedade e a posição cefálica, as características do colo uterino quanto à dilatação, extinção e consistência, e o estado da bolsa amniótica, bem como as características das perdas vaginais (presença de sangue ou LA, a sua coloração e cheiro).

O toque vaginal era realizado quando a mulher era internada no BP, antes da execução de algum procedimento, como a amniotomia, ou a colocação de cateter epidural, sempre que existiam alterações do traçado CTG, ou a mulher referia dor ou desconforto diferente do habitual. De acordo com a OMS (2015), o exame vaginal deve ser realizado em intervalos de 4/4h, recomendados para a avaliação de rotina e identificação da evolução do TP. No entanto Campos, Amaral e Faria (2014) defendem que na fase latente, o toque vaginal deve ser realizado de 2/2h se ocorrerem contrações uterinas, após a rotura de membranas. Na fase ativa deve ser realizado de 1/1h, sem nada que justifique exame imediato. De acordo com Caldeira et al. (2011) o número de toques vaginais varia de acordo com a evolução do TP, devendo evitar-se toques repetidos. De facto, não existe consenso relativamente aos intervalos para o toque vaginal, pelo que no HPH estes eram efetuados de acordo com as necessidades e evolução do TP.

Após o exame vaginal procedia sempre aos cuidados de higiene da região perineal. Caso a mulher apresentasse rotura de membranas, após a higiene perineal, trocava o penso, que segundo o protocolo do HPH, deve ser sempre esterilizado. Importa referir que o conforto da mulher não diz respeito apenas ao alívio da dor, mas sim a todo o cuidar que está implícito, considerando a mulher como ser integral e singular. Desta forma, tinha sempre em atenção o conforto da mulher, pelo que sugeria também um duche durante o decorrer do TP, não só como método farmacológico para alívio da dor, mas também como meio de promover a sua higiene de forma mais individual. Importa referir que devido à analgesia epidural algumas mulheres apresentavam entorpecimento dos membros inferiores, o que limitava a sua deambulação, assim como a ida ao WC, pelo que os cuidados perineais eram na maior parte das vezes prestados por mim no leito.

Devido à analgesia epidural, muitas mulheres apresentavam retenção urinária. Por esse motivo, justificava-se o recurso à algaliação, e conseqüentemente aos cuidados perineais. Importa referir que a algaliação permanente durante todo o TP, até ao momento expulsivo, contribuía para a dificuldade de deambulação da mulher.

Quanto à avaliação da pelve feminina, Zugaib (2007) considera-a essencial para a elaboração de um prognóstico real do parto. O exame da bacia engloba a avaliação dos diâmetros e da morfologia pélvica, tendo em conta o estreito superior, o estreito médio e o estreito inferior. Existem vários tipos de bacias, salientando-se a ginecóide, a antropóide, a andróide e a platipelóide que constituem o tipo de bacias mais comuns. A raça, as condições socioeconómicas, a atividade física, as características nutricionais na infância e adolescência e o meio ambiente interferem no desenvolvimento do corpo e, conseqüentemente, na formação da bacia. As bacias das mulheres de raça negra tendem para o tipo antropóide, sendo este tipo de bacia mais favorável ao parto devido à maior amplitude da hemipelve posterior. A mulher urbana tem tendência para apresentar uma bacia mais ovalada, ao passo que as mulheres com atividade laboral rural têm tendência para bacias mais arredondadas. Nos meios urbanos, a criança, no período de osteogénese, fica sentada, acentuando-se mais a curvatura dos ossos pélvicos, tornando-os mais frágeis, enquanto que no campo a posição de cócoras é mais frequente. Essa posição permite uma maior amplitude da bacia. Desta forma, conhecer a história da mulher e as características da sua pelve permitem fazer um prognóstico do parto (Zugaib, 2007).

Além das características da bacia materna, importa conhecer o comportamento do feto e a forma como ele se ajusta às estruturas ósseas maternas. Sabe-se que a bacia é móvel e pode ajudar o feto a acomodar-se, no entanto, fetos mal posicionados podem contribuir para um TP mais prolongado, partos instrumentados ou cesarianas (Machado, 2005). A passagem do maior diâmetro transversal do polo cefálico do feto através do estreito superior da bacia, designa-se por encravamento. O encravamento pode ocorrer nas últimas semanas da gravidez, sobretudo nas nulíparas, mas também pode dar-se durante o TP. No momento do encravamento a sutura sagital do polo cefálico do feto está geralmente, fletida: posteriormente, no sentido do promontório, ou anteriormente no sentido da sínfise púbica - sinclitismo. No TP, graus moderados de assinclitismo são considerados achados normais, no entanto, demasiadamente acentuados, podem ser causa de incompatibilidade feto-pélvica (Machado, 2005).

Relativamente à estática fetal, é importante conhecer as relações do feto com os eixos uterinos e os pontos de referência do canal de parto. Desta forma, segundo Machado (2015) é importante ter em conta a atitude, a situação, a apresentação, a posição e a variedade do feto.

- *Atitude: corresponde à postura assumida pelo feto no final da gravidez que se caracteriza pela flexão generalizada de todo o corpo, adotando uma forma ovoide, que se adapta à configuração uterina;*
- *Situação: relação entre os maiores eixos maternos e fetal;*
- *Apresentação: parte fetal palpável ao toque vaginal através do colo uterino (apresentação cefálica, pélvica ou de espádua);*

- *Posição: relação do ponto de referência da apresentação com os lados esquerdo ou direito do canal de parto (posição esquerda ou direita);*
- *Variedade: relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversal do canal do parto (variedade anterior, posterior e transversa) (p. 276).*

Em todas as mulheres que examinei durante o estágio clínico, os fetos encontravam-se em apresentação cefálica, embora a posição e a variedade fossem variáveis. A apresentação fetal pode ser em vértice, occipito-posterior (bregmática), de frente ou de face. Durante a minha prática clínica, os tipos de apresentação fetal mais observados foram em vértice e bregmática. Durante o TP a cabeça do feto deve rodar no sentido da sínfise púbica, de forma a conseguir, entre as estruturas da bacia materna e as do pólo cefálico, o menor diâmetro possível para facilitar a sua passagem pelo canal de parto. De facto, variedades anteriores eram mais facilitadoras para a progressão do feto ao longo do canal de parto, enquanto que variedades posteriores, por norma, prediziam partos mais prolongados. A alteração dos decúbitos maternos e a deambulação demonstraram-se eficazes na rotação do pólo cefálico, nestas situações.

O colo uterino, durante o TP, em situações normais, extingue, dilata, amolece e varia na sua posição anatómica. Para a avaliação destes parâmetros recorre-se ao índice de Bishop, que se apresenta no Quadro 8, e que é considerado, hoje em dia, a melhor forma de avaliar as características do colo uterino, no que diz respeito à progressão do TP, ou prever a probabilidade da necessidade de maturação cervical ou indução do TP.

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

Quadro 8 - Índice de Bishop

Fonte: Machado (2005)

Durante a prática clínica constatei que muitas mulheres, nomeadamente, as nulíparas, apresentavam trabalhos de parto prolongados, em que muitas vezes se recorria a outros métodos para facilitar a maturação cervical, de acordo com a prescrição médica. Para isso era importante ter em conta o índice de Bishop e a duração de TP.

Situações anómalas podem ocorrer tanto em nulíparas como em múltíparas e em qualquer estadio do TP. Segundo Friedman (1978, cit. por Machado, 2005), a tradução do decurso do TP sob forma gráfica - partograma - permite identificar anomalias da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal no canal de parto. Desta forma, esse espectro

de anomalias pode agrupar-se em seis principais padrões anómalos do TP, descritos no Quadro 9.

Padrão do TP	Critérios de Diagnóstico	
	Nulíparas	Múltiparas
Fase latente prolongada	>20h	>14h
Fase ativa prolongada	<1,2cm/h	<1,5cm/h
Fase desaceleração prolongada	>3h	>1h
Paragem secundária da dilatação	>2h	>2h
Progressão da apresentação prolongada	<1cm/h	<2cm/h
Ausência de progressão	Ausência da descida da apresentação fetal no 2º estadio de TP	

Quadro 9 - Padrões anómalos do trabalho de parto.

Fonte: Machado (2005)

Perante um TP prolongado torna-se relevante intervir de acordo com o índice de Bishop e os padrões anómalos definidos por Friedman. A maturação cervical e a indução do TP são intervenções obstétricas, que têm como objetivo preparar o colo uterino e iniciar ou intensificar as contrações uterinas que favorecem a dilatação e a extinção progressivas do colo (Coutinho et al., 2014).

A OMS (2015) define que o TP prolongado é caracterizado pelo progresso lento e anormal do TP, decorrente de contrações uterinas ineficazes, apresentação ou posição anormal do feto, pelve óssea inadequada ou anormalidade dos tecidos moles pélvicos maternos. Este problema é mais frequente em nulíparas, podendo ocorrer também em múltiparas, e está associado a maior morbidade e mortalidade materna e perinatal em decorrência de infeções, rotura uterina e cirurgias obstétricas.

Segundo Coutinho et al. (2014), perante o diagnóstico de TP prolongado as intervenções devem ser de acordo com o índice de Bishop. Nas situações com índice de Bishop <7cm deve ser realizada previamente a maturação cervical com prostaglandinas ou dilatação mecânica do colo. Quando o índice de Bishop é ≥ 7 cm está indicada a indução do TP com ocitocina.

No contexto clínico observei apenas um caso em que foi adotado o método mecânico, tendo o obstetra introduzido uma sonda de *Foley* no cérvix da mulher, com instilação de 30 a 50ml de SF no balão da sonda, permitindo a dilatação e a extinção mecânica do colo uterino. Importa referir que esta parturiente tinha história de cesariana anterior e desejava muito um parto por via vaginal.

Não é consensual a utilização deste método e nem todos os médicos obstetras do HPH o utilizam, no entanto, um estudo prospetivo e randomizado realizado por Oliveira (2003) que incluiu 127 parturientes, concluiu que a utilização da sonda de *Foley* intracrer-

vical aumentou significativamente o índice de Bishop de 3 para 6 em 95,2% dos casos, onde se registou um aumento da dilatação do colo uterino de 1cm para 3cm. Desta forma, a sonda de Foley é considerada uma alternativa eficaz para a indução do TP, aumentando 19,3% o desfecho favorável de um parto por via vaginal.

Enquanto formanda, e tendo em conta que a minha prática foi uma prática supervisionada, era frequente administrar ocitocina IV e executar a amniotomia precoce, de acordo com a prescrição médica e com o intuito de diminuir o tempo de TP, independentemente do índice de Bishop e do diagnóstico de TP prolongado.

Após todos os procedimentos descritos anteriormente e, existindo condições maternas e fetais favoráveis, administrava-se 10 UI de ocitocina diluídas em 1000ml de soro, em perfusão contínua, através de máquina perfusora. Iniciava a perfusão de acordo com o protocolo instituído - 15ml/h. Se não fossem registadas intercorrências, após 30min., aumentava-se o débito em 15ml/h, de 20 em 20 minutos, de acordo com a dinâmica uterina.

Tal como se sabe, a administração de ocitocina IV permite que as contrações uterinas sejam mais frequentes e rítmicas, de forma a contribuir para a dilatação e extinção do colo uterino mais eficazmente. Segundo a OMS (2015), embora a ocitocina sintética possa ser benéfica na prevenção do TP prolongado, o seu uso inadequado pode causar danos como a hiperestimulação uterina, que por sua vez causam efeitos adversos, tais como a hipóxia fetal e a rutura uterina, aumentando o risco de intervenções durante o TP. Além disso, a OMS (2015) defende ainda que esta intervenção clínica, injustificada, priva as mulheres da sua autonomia e dignidade durante o TP, causando um impacto negativo na sua experiência. Além disso, a administração de ocitocina pressupõe uma monitorização mais rigorosa, pelo que a monitorização através do CTG contínua era imperativa nestes casos, o que dificultava ainda mais a deambulação da mulher.

Decorrente desta intervenção foram verificados dois casos de taquissistolia uterina com repercussões na FCF, visíveis através do traçado CTG. Em ambos os casos suspendi de imediato a perfusão ocitócica, mantive a monitorização CTG e posicionei as mulheres em decúbito lateral esquerdo, de forma a melhorar o fluxo útero-placentário.

Segundo Machado (2005, p. 284), *“a hipertonia uterina é definida como o aumento patológico da atividade miométrial, incluindo um ou mais parâmetros da contratilidade uterina, como maior amplitude, maior duração e frequência das contrações uterinas e aumento do tônus basal”*. Na maior parte das vezes, a hipertonia uterina é de causa iatrogénica provocada pelo uso desadequado de ocitócicos, embora possa também ser devida ao DPPNI. Nestes casos a perfusão útero-placentária encontra-se diminuída, associando-se a hipóxia fetal (Machado, 2010).

A taquissistolia uterina corresponde ao aparecimento de cinco ou mais contrações, de características normais num período de dez minutos, sem elevação significativa do tônus basal. O aumento marcado da frequência das contrações uterinas, além de resultar numa deficiente progressão do TP, pode conduzir à hipóxia fetal devido à contratilidade excessiva que impede a normal troca de gases que se dá nos intervalos das contrações (Machado,

2005). Face a estas duas situações descritas anteriormente, torna-se imperativo as seguintes intervenções, de acordo com Machado (2005):

“abolição imediata da terapêutica útero-estimulante em curso, a administração de fluidos, o posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo com o intuito de melhorar a perfusão útero-placentária. Muita das vezes é necessário recorrer à administração de fármacos com ação tocolítica em perfusão, se a situação surge na ausência de estimulação ocitócica ou não melhora após a sua suspensão. Entre os agentes útero-relaxantes mais utilizados em obstetrícia constam: β -miméticos (Ritodrine Terbutalina, Salbutamol), que promovem a saída de cálcio das células do miométrio; sais de magnésio (Sulfato de Magnésio) que provocam a deslocação do cálcio intracelular; antagonistas competitivos da ocitocina (Atosiban)”(p. 285).

Num dos casos onde se verificou a taquissistolia uterina foi necessário administrar salbutamol IV, de acordo com o protocolo instituído no HPH, tendo-se verificado resultados positivos na FCF e na contratilidade uterina. De facto, verificou-se que o uso de ocitocina durante a fase latente ou ativa do TP é utilizada de forma rotineira, sem confirmação de TP prolongado. A OMS (2015) recomenda que se deve evitar a ocitocina IV, a menos que o atraso do TP tenha sido diagnosticado. Quando a intervenção precoce com ocitocina é utilizada antes da confirmação do atraso do TP pode haver um risco aumentado de hiperestimulação uterina, alterações na FCF e resultados maternos e neonatais negativos.

Outra intervenção utilizada com frequência no HPH para facilitar a progressão do TP era a amniotomia. Segundo a OMS (2015), a amniotomia e a perfusão de ocitocina são recomendados para o tratamento confirmado de TP prolongado. No entanto, verifiquei que esta prática também é utilizada independentemente desse diagnóstico presente. O procedimento era realizado quando eram observadas situações clínicas que o permitissem, ou seja, a insinuação da cabeça do feto no colo uterino, o traçado CTG tranquilizador e a inexistência de contra-indicações maternas e fetais, uma vez que este procedimento está contra-indicado em gravidezes de alto risco, como é o caso de parto prematuro, gravidez múltipla, HTA e DG ou HIV positivo (OMS, 2015).

O procedimento era realizado após ter sido explicado à parturiente/casal a importância do mesmo e obtido o seu consentimento informado. Procedia ao exame vaginal utilizando técnica asséptica, rompendo as membranas com o auxílio da pinça de Herff. Para evitar o prolapso do cordão umbilical segurava a apresentação, e fazia uma ligeira pressão no fundo uterino, permitindo a saída de LA. Verificava a hora da rotura de membranas e as características do LA, como a cor, o cheiro e a quantidade. Após o procedimento, era mantida a monitorização CTG, uma vez que a amniotomia pode favorecer o prolapso do cordão umbilical ou permitir a sua compressão, bem como o aumento da intensidade e frequência das contrações uterinas pela libertação de prostaglandinas, ou infeções, podendo verificar-se nestes casos traçados suspeitos ou patológicos (OMS, 2015).

Durante a prática clínica verifiquei um caso de prolapso do cordão umbilical, em que após a amniotomia realizada pelo médico, o feto apresentou diminuição da linha de base e desacelerações, tendo sido necessário realizar uma cesariana emergente.

De acordo com estudos realizados recentemente, a amniotomia reduz o tempo do TP, não aumenta as taxas de cesariana, não altera o índice de Apgar, nem interfere na morbidade infantil. No entanto, pode trazer complicações como o prolapso do cordão umbilical. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Macones et al. (2012) apenas foram documentados dois casos de prolapso do cordão umbilical, num total de 292 parturientes, quando utilizada a amniotomia antes dos 4 cm de dilatação. Um estudo realizado por Majeed e Tariq (2013) conclui que há uma diferença estatisticamente relevante entre a realização ou não da amniotomia, uma vez que esta reduz o tempo de TP.

Durante o TP foram verificados alguns casos em que a dilatação e a extinção do colo uterino, sobretudo em nulíparas, era mais lenta que o habitual e, em alguns casos, o colo passava de um colo amolecido para um colo mais tenso. Desta forma, recorria à administração de antiespasmódicos, por prescrição médica. De facto, verifiquei sempre efeitos positivos após a administração desses fármacos, embora me tenha apercebido que alguns profissionais recorrem aos antiespasmódicos com frequência e, tendo em conta que a minha prática era supervisionada por uma EESMO, foram poucas as vezes que recorri à administração de fármacos antiespasmódicos. Segundo a OMS (2015), o uso de agentes antiespasmódicos para prevenção do atraso no TP não é recomendado. Os dados disponíveis que abordam a sua utilização concluem que existe um encurtamento clinicamente inconsequente do primeiro estadió de TP e que não há qualquer melhoria de resultados críticos, maternos e neonatais.

Após estes procedimentos e a tentativa de acelerar o TP em caso de TP demorado, se não se observasse efeitos na dilatação/extinção do colo uterino, ou na descida da apresentação fetal, podia-se considerar um TP estacionário. Entende-se como TP estacionário aquele que não progride durante um dado intervalo de tempo, variável de acordo com a fase em que se encontra. Na fase latente quando se verifica uma duração >20h em nulíparas, e >14h nas múltiparas. Na fase ativa quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, 4h antes dos 6cm de dilatação ou 2h depois dos 6cm de dilatação. No período expulsivo diz-se prolongado se a duração for >2h em nulíparas, e >1h em múltiparas, caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora (DGS, 2015).

Os mesmos autores consideram que as causas do TP estacionário podem ser de natureza mecânica: condições fetais ou canal de parto que impedem a normal descida da apresentação, apesar da dinâmica uterina. Ou de natureza dinâmica: disfunção contrátil uterina. Uns e outros coexistem frequentemente, pelo que deverá ser identificada a causa principal. Quando uma destas causas era identificada, e estabelecido o diagnóstico de TP estacionário a parturiente era preparada para cesariana.

3.2. Cuidar da mulher/casal no segundo estadio do trabalho de parto

Considera-se o segundo estadio de TP quando a mulher apresenta a dilatação completa correspondendo, desta forma, ao início do período expulsivo. Este período é compreendido entre o momento em que se verifica a dilatação completa e a extinção total do colo e o momento da expulsão fetal.

Em nulíparas sem analgesia epidural, este período pode demorar até duas horas, e com analgesia epidural pode durar até três horas. Em múltiparas, sem analgesia epidural, este período pode durar até uma hora, e com analgesia epidural, pode durar até duas horas (Joy, 2015). É comumente aceite que um atraso no segundo estadio de TP não é prejudicial para a mãe nem para o feto desde que o traçado CTG seja tranquilizador, a parturiente esteja adequadamente hidratada e confortável (ACOG, 2009). A mesma entidade considera que, existindo uma evolução do TP, a duração do mesmo, isoladamente, não é mandatária de intervenção.

Durante todo o TP é expectável que exista uma acomodação da apresentação fetal às estruturas maternas, sendo que da dinâmica da apresentação fetal fazem parte seis movimentos cruciais que facilitam a passagem do feto pelo canal vaginal: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça, a rotação externa e, por fim, a expulsão fetal. Na maioria dos casos observados durante o estágio clínico, no início do segundo estadio do TP o pólo cefálico já se encontrava encravado, face às estruturas da bacia materna, traduzindo-se assim a *“passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal (diâmetro biparietal nas apresentações de vértice) através do estreito superior”* (Machado, 2005, p. 278).

Importa referir que para a acomodação do pólo fetal e a correta posição, é relevante o posicionamento materno. No HPH é frequente a adoção de posições verticais durante este período, embora ligeiramente limitadas pela CTG contínua e pela soroterapia em curso. Neste período, as posições verticais, nomeadamente a de cócoras, era a mais incentivada. Um estudo realizado por Pridis et al. (2011) concluiu que mulheres que utilizam posições verticais durante o TP apresentavam menor durabilidade do primeiro e segundo estadios, apresentavam menos intervenções médicas e relataram menos dor e maior satisfação materna. Numa revisão da literatura da Cochrane (Gupta et al., 2004, cit. por *The Royal College of Midwives*, 2012) que comparou o uso de posições verticais *versus* posições laterais ou de litotímia, no segundo estadio do TP, conclui-se que as mulheres que recorrem às posições verticais apresentam menor duração do período expulsivo, menor número de partos assistidos e menor recurso à episiotomia, embora apresentem mais lacerações de II grau e maior risco de hemorragia com perda sanguínea superior a 500ml. No entanto, Jonge et al. (2004, cit. por *The Royal College of Midwives*, 2012) considera que a perda sanguínea é superior na posição vertical devido à ação da gravidade, pois na posição de litotímia ou de supina existe maior retenção dessa perda na cavidade uterina.

Importa referir que mais do que vantagens e desvantagens entre as diferentes posições adotadas, o EESMO tem um papel preponderante no apoio e no suporte oferecido à mulher durante o TP, permitindo que esta adote diferentes posições, de acordo com a sua preferência e com o conforto.

As diversas posições durante o período expulsivo eram incentivadas, no entanto, quando o feto se encontrava entre o II e o III plano de Hodge, a posição de litotímia era a posição imposta pela instituição para a expulsão fetal. Os planos de Hodge são percebidos através do toque vaginal e permitem identificar a descida do feto ao longo do canal vaginal em relação às espinhas isquiáticas. Acima das espinhas isquiáticas, encontram-se os planos de Hodge negativos, e abaixo os planos positivos, sendo o plano 0 traçado ao nível da linha das espinhas isquiáticas. O I plano corresponde ao bordo superior da sínfise púbica, o II plano corresponde ao bordo inferior da sínfise púbica, o III plano corresponde às espinhas isquiáticas e o IV plano é coincidente com o introito vaginal (Machado, 2005).

A vigilância da progressão do feto ao longo do canal de parto era de extrema importância, uma vez que permitia identificar a variedade e a posição do pólo cefálico relativamente à bacia materna. Para melhor compreender estes aspetos procedia à pesquisa da fontanela posterior, através do toque vaginal, uma vez que em obstetrícia o ponto de referência é o osso occipital. Tal como é referido na bibliografia, constatei que partos em fetos com variedades posteriores têm tendência a ser mais demorados, uma vez que a rotação interna leva à deslocação do occipital no sentido da sínfise púbica, colocando-se o diâmetro sagital da apresentação coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto (Machado, 2005). As contrações uterinas são essenciais para modificar a postura fetal, sobretudo após o encravamento, assim como a posição materna, pois permite uma melhor acomodação fetal.

A OMS (1996, cit. por Scarabotto e Riesco, 2006) recomenda que se deve esperar até que a mulher sinta necessidade de realizar o puxo, permitindo que esta responda aos sinais do seu próprio corpo.

Pressupõe-se que a mulher no período expulsivo sinta involuntariamente vontade de “fazer força”. No entanto, a analgesia epidural dificulta essa perceção, por diminuição da sensibilidade e, conseqüentemente, uma menor compreensão dos sinais que o seu próprio corpo transmite. Nos dois partos, referidos anteriormente, em que não foram administrados quaisquer tipos de analgésicos, as mulheres revelaram vontade de puxar realizando o puxo espontâneo no momento certo e com sucesso. Em contrapartida, foram poucos os casos observados em que as mulheres expressaram essa vontade, nomeadamente em mulheres submetidas a analgesia epidural. Sabe-se que analgesia epidural é um método seguro e eficaz no que diz respeito ao alívio da dor do TP, no entanto, esta técnica parece diminuir ligeiramente a atividade uterina, no período expulsivo, podendo aumentar o número de partos instrumentados. Além disso, a perceção da mulher pode encontrar-se comprometida e esta sentir dificuldade na perceção da vontade de puxar.

Durante a minha prática supervisionada, foi realizado em muitos dos casos o puxo dirigido. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Scarabotto e Riesco (2006) que comparou o puxo dirigido e o puxo espontâneo em mulheres submetidas a analgesia epidural, que englobou 2953 mulheres, concluiu-se que existe um aumento do segundo estadio do TP - aproximadamente de 58 minutos - embora tenha sido registada uma diminuição significativa da taxa de partos instrumentados quando utilizado o puxo dirigido. Relativamente ao índice de Apgar, o número de lacerações perineais e a satisfação materna não se observou qualquer tipo de influência.

Neste estadio do TP era prescrito com frequência ocitocina IV, de modo a facilitar a contratilidade adequada e regular. Além disso, permanecia a monitorização através do CTG, permitindo avaliar, essencialmente, o bem-estar fetal. Foram observados em alguns casos episódios de desacelerações, que mais tarde vieram a ser explicados por circulares apertadas ou nó verdadeiro do cordão.

Segundo o protocolo do BP, procedia à assistência no posicionamento da parturiente na cama de parto, sendo, como referido anteriormente, a posição de litotímia a mais usual. Tive oportunidade de realizar um parto na posição mais vertical possível, obtendo resultados positivos e satisfatórios tanto maternos como profissionais. Após o posicionamento, equipava-me, colocando a touca, a máscara e a proteção dos sapatos. Efetuava a higienização das mãos e vestia o equipamento individual esterilizado (bata e luvas). Preparava a puérpera, respeitando as normas assépticas, colocando perneiras esterilizadas, um campo de parto com funil, estéril, por baixo da região sagrada e um campo de parto sobre o abdómen para receber o RN. Na mesa de apoio dispunha o kit de parto, que incluía duas pinças de Kocher e duas tesouras, de acordo com a ordem de utilização.

A mulher grávida e em TP apresenta-se, por vezes, frágil e vulnerável, evidenciando-se a ansiedade, a insegurança e o medo. Em alguns casos, apercebi-me que estes sentimentos ficaram mais exacerbados no período expulsivo. A parturiente fica mais perspicaz ao tom de voz, à comunicação verbal e não verbal, e o EESMO deve ser cauteloso e profissional na execução das suas intervenções. Para além da importância da promoção do conforto, da comunicação, do autocontrolo e do empoderamento, a promoção da permanência de uma pessoa significativa demonstrou ser essencial. Desta forma, procurou-se facilitar o envolvimento da pessoa presente, promovendo o toque, o contacto verbal e o cumprimento dos desejos da mulher como molhar o rosto com uma compressa com água fresca. Segundo Souza e Gualda (2016), acredita-se que o pai do bebé seja o acompanhante ideal, pois a sua presença contribui para a vinculação. Num estudo realizado pelos mesmos autores, o papel do acompanhante evidencia-se, na medida em que existe maior transmissão de calma e encorajamento, além do apoio físico e emocional. No aspeto físico, segurar na mão, fazer uma massagem ou auxiliar na troca de posição são formas importantes de apoio. No aspeto emocional, o carinho oferecido é enfatizado pelas mulheres.

Na evolução do período expulsivo observava a descida do feto em relação aos planos de Hodge. Era elogiado o comportamento da mulher, bem como incentivados os esfor-

ços expulsivos e o uso da respiração adequada. À medida que se dava o coroamento era aplicada água morna ou vaselina para lubrificar as paredes vaginais e evitar o trauma dessas estruturas. Segundo um estudo realizado por Araújo e Oliveira (2008), que pretendeu conhecer a eficácia da vaselina líquida na prevenção de lacerações do períneo, não existe vantagens no uso desta técnica como forma de prevenção de complicações. Não se encontrou outra bibliografia que permitisse justificar a prática executada. Mendes (2013), num estudo sobre a aplicação da água morna e a prevenção do trauma perineal e consequente vantagem na prevenção da incontinência urinária, conclui que este recurso não diminui o número de lacerações de I e II grau, no entanto reduz significativamente o risco de episiotomia. Importa ainda referir que Herbruck (2008, cit. por Mendes, 2013) considera que mulheres que apresentam ferida cirúrgica perineal têm maior probabilidade de desenvolver incontinência urinária quando comparadas a mulheres com períneos íntegros ou lesões *minor*. A utilização da água morna deve ser então privilegiada, pois além de ser um recurso barato e de fácil aplicação limita a necessidade de episiotomia e aumenta o número de períneos íntegros, condicionando melhores *outcomes* puerperais.

O correto acompanhamento do parto permite controlar a velocidade do desprendimento do pólo fetal e dos acrómios, contribuindo para a prevenção do trauma do períneo. No entanto, a avaliação da necessidade de realização de episiotomia demonstrou ser um desafio. Trata-se de uma incisão realizada no períneo da mulher para ampliar o canal de parto na iminência de lacerações vaginais, ou como forma de abreviar o tempo expulsivo em caso de sofrimento fetal. A OMS (1996) recomenda o uso de episiotomia de forma ponderada e individual, de forma a evitar procedimentos rotineiros, uma vez que esta resulta, muitas vezes, numa prática inadequada e prejudicial à saúde futura da mulher. Aconselha o uso da episiotomia nos seguintes casos: sofrimento fetal, parto instrumentado ou complicado, como distócia de ombros, apresentação pélvica e/ou macrosomia, lesão iminente de laceração perineal grave, ou seja, rigidez perineal e/ou altura do períneo inferior ou igual a 3cm.

Além da episiotomia poder constituir uma medida de prevenção, tem riscos e pode acarretar complicações como a extensão da incisão, hemorragia, dor no pós-parto, disfunção sexual, infeção e deiscência da ferida cirúrgica, incontinência urinária, possível aumento do risco de lacerações perineais e resultado anatómico insatisfatório. A episiotomia pode ser lateral, médio-lateral ou mediana. O local utilizado mais frequentemente é médio-lateral, pois provoca menor lesão das estruturas perineais, no entanto, provoca mais dor e desconforto no pós-parto e maior perda sanguínea. A execução desta técnica deve ser sob efeito de anestesia local, sempre que não se encontram sob efeito de analgesia epidural.

Dos 40 partos eutócicos executados, 26 foram com recurso à episiotomia. No entanto, refletindo sobre as intervenções realizadas, confesso que algumas das episiotomias realizadas foram por insegurança, característica do processo de aprendizagem e aquisição de competências.

Após a observação do períneo e avaliada a necessidade de realização da episiotomia, procedia-se à tração controlada da cabeça do feto. Para isso, executava a manobra de Ritgen modificada, que consiste na proteção do períneo com a mão direita, e segundo a OMS (1996) previne lacerações perineais. A mão esquerda era colocada nos parietais do RN para auxiliar o seu desencravamento, evitando o desprendimento brusco da cabeça. Após a saída da cabeça, pesquisava-se a presença de circulares do cordão umbilical à volta da cervical do RN. Para isso, era importante pedir à parturiente que deixasse de puxar. Caso apresentasse circulares apertadas e sem possibilidade de as desfazer, procedia-se à laqueação do cordão umbilical à vulva. Amparava-se a cabeça do feto auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial. Após a rotação completa era realizada a exteriorização do ombro anterior com uma ligeira tração da apresentação para baixo, com as duas mãos, depois para cima para executar a extração do ombro posterior. Após a exteriorização dos ombros voltava-se a proteger o períneo com a mão direita, e com a mão esquerda procedia à restante exteriorização fetal.

Durante o estágio, foi possível presenciar uma distócia de ombros. Esta compreende uma das emergências obstétricas mais temidas devido às complicações, materna e neonatais, que se lhe associam. Os principais fatores causais prendem-se com a macrosomia fetal, DG, parto instrumentado e gravidez anterior complicada também por distócia de ombros. No entanto, a maioria dos casos ocorre sem fatores de risco associados, pelo que a distócia de ombros é considerada imprevisível (Marques e Reynold, 2011). Deste modo, importa conhecer os sinais de distócia de ombros, que neste caso foram: sinal de tartaruga, caracterizado pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve, logo após a sua exteriorização, e a ausência de rotação interna do diâmetro biacromial (Marques e Reynold, 2011). Face a este diagnóstico é importante a abordagem correta. É necessário alertar outros profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos, realizar a Manobra de McRoberts, que consta na hiperflexão dos membros inferiores maternos, associada ou não à pressão supra-púbica e a realização ou extensão de episiotomia. A Manobra de McRoberts deve ser realizada por dois ajudantes em que cada um deles segura uma perna da parturiente, de modo a fazer a hiperflexão das coxas sobre o abdómen. Com esta manobra pretende-se que os diâmetros pélvicos se mantenham, mas diminua a curvatura lombo-sagrada que permite a rotação cefálica da sínfise púbica que, por sua vez, desliza sobre o ombro fetal. A pressão supra-púbica, ou manobra de Rubin I, é usada habitualmente como complemento da manobra de McRoberts devendo ser efetuada por um dos ajudantes. Alguns autores consideram que a manobra de Gaskin (posição de gatas) deve ser utilizada no algoritmo de atuação da distócia de ombros como uma das manobras de recurso inicial, no entanto no HPH essa prática não é utilizada. Caso a situação não seja resolvida com estas duas manobras, devem ser utilizadas as manobras de rotação interna, que incluem a manobra de rotação de Woods, a Manobra de Rubin II, a combinação de ambas e a Manobra de Woods inversa. Estas manobras têm como objetivo a rotação do diâmetro biacromial fetal para a posição oblíqua, relativamente à pelve mater-

na. A diferença entre elas reside no membro em que é efetuada a pressão, anterior ou posterior, e na direção da força aplicada. Importa referir que a episiotomia está indicada nestes casos para redução de lacerações perineais graves e para permitir o acesso posterior, necessário à realização da manobra de rotação interna (Marques e Reynold, 2011).

As sequelas, maternas e neonatais, da distócia de ombros podem ocorrer mesmo após a execução correta de todas as manobras. A seqüela materna mais comum é a HPP, conseqüente a rotura uterina e às lesões do canal de parto. Num estudo realizado com 236 mulheres, concluiu-se que a incidência de HPP, nestes casos, se traduziu em 11% (Marques e Reynold, 2011). No RN, as sequelas podem atingir 24,9% dos casos, sendo a lesão do plexo braquial e as fraturas do úmero e clavículas as lesões mais comuns.

Um outro caso observado, durante o estágio clínico, foi a presença de LA com mecónico. Após a saída do pólo fetal a pediatra procedeu à aspiração de secreções nasofaríngeas à vulva. A síndrome de aspiração meconial (SAM) é uma complicação por presença de LA com mecónio e constitui uma importante causa da mortalidade perinatal. Antes do final da década de 70 pensava-se que a aspiração do LA com mecónio ocorria logo nos primeiros movimentos respiratórios, sendo que a aspiração da nasofaringe era realizada antes da saída dos ombros e do primeiro movimento respiratório. No entanto, estudos mais recentes comprovam que a SAM pode ocorrer mesmo em recém-nascidos devidamente aspirados, independentemente do momento da realização do procedimento. Atualmente, é proposto que todos os recém-nascidos expostos ao mecónio sejam devidamente aspirados na orofaringe e nasofaringe, assim como avaliado corretamente o Índice de Apgar. Este procedimento reduziu a entubação de emergência em 40% dos casos sem aumentar a incidência ou gravidade dos casos de SAM (Colvero et al., 2006).

Após a expulsão fetal, observava a hora do nascimento para registar posteriormente. O RN era colocado sobre o abdómen da mãe e realizada a limpeza do nariz e da boca com uma compressa para permitir a permeabilização das vias aéreas. Era ainda embrulhado no campo, secando-o, para evitar conseqüente perda de calor, e realizada uma pequena estimulação no dorso, de baixo para cima, para permitir a mobilização correta das secreções. A perda de calor por evaporação através da pele do RN resulta numa diminuição da temperatura corporal após o nascimento e em poucos segundos. Trata-se de um evento fisiológico, compreende o estímulo sensorial mais intenso que provoca a respiração espontânea ao nascer. É importante evitar uma perda significativa de calor, pelo que o ambiente da sala de partos deve ser aquecido (25°C) e o RN deve ser seco logo após o nascimento com panos limpos e secos (Beck et al., 2004; Hockenberry e Wilson, 2014). A limpeza das vias aéreas pode evitar a aspiração de secreções como sangue e LA, que podem culminar, posteriormente, em dificuldade respiratória ou pneumonia. Desta forma, após o nascimento deve-se proceder à limpeza delicada das secreções que se encontrarem na boca do RN com uma compressa limpa (Beck et al., 2004, Hockenberry e Wilson, 2014).

Com o RN ainda em cima do abdómen da mãe, e se este permanecesse estável, ou seja, com choro vigoroso e coloração rosada, procedia-se à laqueação do cordão umbilical

após este parar de pulsar ou três minutos após sua expulsão. Segundo a OMS (2013), deve-se evitar a laqueação precoce do cordão umbilical, ou seja, a realização desse procedimento anterior a um minuto após o parto ou cessação da pulsabilidade. Durante esse período podem ser prestados os cuidados imediatos ao RN, como a sua correta secagem e a limpeza das vias aéreas. Esta recomendação é baseada na compreensão de que o atraso da clampagem do cordão umbilical permite a passagem contínua de sangue da placenta para o RN durante mais um a três minutos após o nascimento, o que favorece o aumento das reservas de ferro até 50%, até aos seis meses de idade nos recém-nascidos de termo (OMS, 2013). No entanto, existe alguma resistência no uso desta prática, por se pensar que aumenta a incidência da icterícia neonatal, favorece a policitemia e não pode ser utilizado nos casos de mães portadoras de HIV. A evidência científica demonstra, relativamente à icterícia neonatal com necessidade de fototerapia, que existe um risco aumentado de 1,5% de icterícia nos recém-nascidos com clampagem tardia do cordão, o que não compreende um risco elevado de icterícia grave. Quanto à policitemia, os estudos não revelam risco aumentado em recém-nascidos com clampagem tardia do cordão. No caso de mães portadoras de HIV, a OMS (2013) recomenda a clampagem tardia do cordão umbilical para todos os recém-nascidos, mesmo para mulheres seropositivas. De facto, a evidência científica recomenda a clampagem tardia do cordão uma vez que apresenta benefícios como o aumento das reservas de ferro e, a consequente diminuição de 61% de casos de anemia; redução da hemorragia intraventricular, reduzindo 59% de incidência desta complicação em recém-nascidos prematuros; menor incidência (62%) de enterocolite necrosante e redução de sépsis neonatal (29%).

No momento da laqueação do cordão umbilical sugeria a colaboração da pessoa significativa presente, como forma de a envolver no processo do nascimento. Na maior parte dos casos a laqueação foi realizada pelo acompanhante e descrita como uma experiência gratificante.

Após todos estes procedimentos, o RN era entregue à pediatra, que por norma se encontrava presente, para realizar a avaliação física. Nesse momento era confirmado o índice de Apgar, monitorizado o peso do RN, o perímetro cefálico e o comprimento. Era administrada a vitamina K e aplicada a pomada oftálmica, de acordo com o protocolo da instituição. Todos estes procedimentos eram realizados sob fonte de calor.

Relativamente à aspiração de secreções, esta era realizada na grande parte dos casos, no entanto a evidência científica defende que RN com choro vigoroso e com vitalidade não necessita de ser aspirado, uma vez que a sucção na faringe posterior pode resultar na estimulação do nervo vago podendo desencadear períodos de apneia ou bradicardia. Caso seja necessário a aspiração de secreções, esta deve ser executada o mais rapidamente possível.

O Índice de Apgar, largamente utilizado para avaliar a capacidade de adaptação do RN à vida extra-uterina, inclui a avaliação de cinco itens indicadores de vitalidade: a FC, a respiração, a coloração da pele, a irritabilidade reflexa (choro) e o tônus muscular ao 1º,

5º e 10º minutos de vida. O *score* final é obtido pelo somatório da pontuação atribuída a cada item. Cada item é avaliado, respetivamente, através da auscultação da frequência cardíaca, da observação direta dos movimentos torácicos, da observação da cor (pálida, cianótica ou rosada), do tipo de choro (ausente, gemido ou vigoroso) e do grau de flexibilidade dos membros. De facto, o Índice de Apgar tem provado ser um bom preditor da necessidade de observação mais cuidada ou prestação de cuidados imediatos na sala de partos (Northem, 2001, cit. por Teixeira, 2010). De acordo com a maioria dos estudos encontrados, o Índice de Apgar só é considerado preocupante se for <7 ao 5º minuto de vida. Apesar de ser considerado subjetivo, pois depende do técnico que o executa, o Índice de Apgar é considerado o indicador de vitalidade do RN ao nascer e é utilizado na maioria dos países para determinar a necessidade de reanimação (Northem, 2001, cit. por Teixeira, 2010). Sabe-se que um RN com um Índice de Apgar entre 7 e 10, à partida, não apresenta dificuldades na sua adaptação ao meio extra-uterino, no entanto, não prediz a ausência de problemas futuros. Aliás, recém-nascidos com baixo índice de Apgar à nascença, embora isso possa ser um preditor de sofrimento fetal e, com necessidade de internamento na neonatologia, não revelam necessariamente problemas de desenvolvimento nem da sua condição de saúde futuramente (Northem, 2001, cit. por Teixeira, 2010). Em todos os nascimentos assistidos, não se observou qualquer caso de recém-nascidos com necessidade de internamento na unidade de neonatologia devido a má adaptação extra-uterina, no entanto, cerca de 1% dos recém-nascidos necessitam de ser reanimados à nascença, pelo que a vigilância minuciosa é fundamental nas primeiras horas de vida (Oliveira et al., 2012).

Enquanto o RN era observado pela pediatra e eram prestados os cuidados protocolados, era colhido sangue do cordão umbilical, caso fosse escolha do casal. De acordo com o protocolo da instituição, o casal podia optar pela colheita ou não das células estaminais. Após a colheita estas eram encaminhadas para o banco público ou banco privado, de acordo com a decisão do casal. Ainda neste momento era colhido sangue do cordão umbilical, caso a mãe fosse do grupo O e/ou RH negativo. Esta intervenção permite conhecer, posteriormente, o grupo sanguíneo do RN e atuar devidamente na prevenção da doença hemolítica do RN.

Após os cuidados prestados ao RN era incentivado o contacto pele-a-pele. De acordo com a evidência científica, apresentada no Capítulo 1, o contacto pele-a-pele promove a vinculação entre mãe, pai e filho, assim como permite uma melhor adaptação do RN ao meio extra-uterino. Quando colocado sobre o colo da mãe, tórax com tórax e protegido com lençol aquecido, este foca o seu olhar na face materna, estimula com o movimento tátil e sensorial das mãos o seio materno, aumentado os níveis de ocitocina que auxiliam no terceiro estadio do TP, assim como promove a amamentação. Além disso, o RN consegue estabilizar a sua temperatura corporal, diminui os seus níveis de stresse e mantém-se alerta. Nesta fase, pode ser administrada a vitamina K, uma vez que o conforto materno ajuda a diminuir o choro do RN e sua a sensação de dor e desconforto. Este momento en-

tre mãe e filho, promove o início precoce e espontâneo da amamentação, mantendo o RN calmo, contribuindo para um aumento da confiança das mães para cuidar dos seus filhos e promove a vinculação.

Durante o estágio clínico, apercebi-me que partos mais demorados ou distócicos, poderiam levar posteriormente ao gemido do RN. Neste sentido, o contacto pele-a-pele tornou-se vantajoso, permitindo maior conforto.

3.3. Cuidar da mulher/casal no terceiro e quarto estadios do trabalho de parto

Após a expulsão do feto, sucede-se o terceiro estadio do TP, caracterizado pela expulsão da placenta - dequitação. Este processo pode ser considerado como um momento de risco, uma vez que pode ocorrer a HPP, sendo esta ainda uma causa importante de morbidade e mortalidade materna. Neste estadio também pode ocorrer a inversão uterina, embora seja uma complicação rara, também pode comprometer a vida materna. A correta vigilância e atuação tem como finalidade minimizar efeitos adversos graves na mulher, como a hemorragia e a retenção placentar e interferir o mínimo possível no processo fisiológico e na vinculação entre mãe e bebé.

A dequitação é caracterizada pela saída da placenta e das membranas, facilitada pela manutenção da contração uterina após o parto, tornando o local de inserção da placenta acentuadamente mais pequeno. Esta redução de tamanho provoca a rotura das vilosidades, permitindo à placenta separar-se das suas ligações. É expectável que, após o nascimento, as contrações uterinas ocorram entre cinco a sete minutos, facilitando o descolamento da placenta do revestimento basal (Lowdermilk e Perry, 2012).

Na prática clínica, durante o estágio profissional, após a expulsão fetal, enquanto adotava uma atitude expectante, baixava a cabeceira da cama da parturiente, desligava o CTG, reunia o material para a episiorrafia/correção de lacerações se estivessem presentes e, de seguida, procedia à dequitação. Segundo Araújo e Reis (2012), o tempo preconizado para esta intervenção varia entre os 10 e os 30 minutos, considerando que após os 30 minutos sem ocorrer a dequitação, podemos estar perante uma retenção placentar.

Para verificar o descolamento da placenta aguardava pelo sinal positivo de Kustner e, após este estar presente, procedia à tração controlada do cordão (TCC) para facilitar a saída da placenta, observando o tipo de dequitação - Duncan ou Schultze³ - e amparando a placenta à vulva. Nesta fase, os esforços expulsivos, por vezes, eram incentivados. Para auxiliar a saída das membranas e evitar membranas fragmentadas, procedia à torção con-

³ A dequitação de Baudelocque-Duncan ocorre em 25% dos casos, geralmente em placentas de inserção lateral, e caracteriza-se pela saída do hematoma retroplacentário e pela saída da placenta pela face materna. A dequitação de Baudelocque-Schultze ocorre em 75% das vezes e caracteriza-se por exteriorizar primeiro a face fetal da placenta e posteriormente a saída do hematoma retroplacentário. Acontece principalmente em placentas de inserção fúndica (Araújo e Reis, 2012).

tínua da placenta. Não foram observados casos de retenção placentar, no entanto, foram observadas membranas fragmentadas, que requeria uma revisão manual uterina e posterior realização de ecografia, no momento da alta. Importante referir que após a dequitação, era essencial a observação da placenta, certificando-me da sua integridade, bem como, da presença do globo de segurança de Pinard. A retenção de restos placentares, para além de proporcionar quadros hemorrágicos, pode, conseqüentemente, favorecer o desenvolvimento da infeção puerperal (Araújo e Reis, 2012). Na inspeção da placenta, tinha em conta o tamanho e a forma da placenta, o local de inserção do cordão umbilical, a reconstrução da câmara âmnic e a verificação da presença dos dois folhetos - córion e âmnion -, a reconstrução dos cotilédones na face materna e a observação do cordão umbilical tendo em conta o seu tamanho, presença de nós verdadeiros ou falsos e o número de veias e artérias.

A dequitação pode ser realizada numa abordagem passiva ou ativa, dependendo do profissional que a executa. A gestão passiva do terceiro estadio do TP consiste numa atitude expectante e observacional, implicando a separação natural da placenta, sem intervenção mecânica ou farmacológica. Durante esse período deve ser promovido o contacto pele-a-pele com o RN, pois para além de promover a amamentação, promove também a libertação de ocitocina que contribui para a manutenção da contratilidade uterina, favorecendo o descolamento gradual das vilosidades placentares. A desvantagem major prende-se com um maior risco de hemorragia.

A gestão ativa do terceiro estadio do TP diz respeito a um tipo de intervenção com recurso a fármacos e meios mecânicos. Segundo a OMS (2012), a gestão ativa é composta pela administração de um uterotónico, preferencialmente a ocitocina, e pela TCC para a expulsão da placenta. A massagem no fundo uterino após a expulsão placentar deve ser utilizada como uma prática opcional. Desta forma, a gestão ativa pretende minimizar o risco de HPP.

Com base em estudos realizados, a ocitocina é o fármaco uterotónico de eleição, uma vez que demonstrou ser o fármaco mais seguro e eficaz. Segundo a OMS (2012), a sua administração corresponde a 10UI de ocitocina IM ou IV, permitindo a manutenção da contratilidade uterina e a prevenção da HPP.

A TCC é recomendada pela OMS (2012), uma vez que esta intervenção permite uma redução do terceiro estadio do TP, e reduz a perda sanguínea. No entanto, esta intervenção só deve ser posta em prática por profissionais qualificados. Em situações em que não seja possível a presença de um profissional qualificado, a TCC não é recomendada. Um estudo realizado por Althabe et al. (2009) procurou avaliar o efeito da TCC na redução da HPP e concluiu que a TCC pode reduzir a perda sanguínea após o parto. Uma revisão sistemática da literatura da Cochrane, realizada por Penamarti e Comunian-Carrasco (2010), que permitiu conhecer a eficácia da pressão uterina *versus* a TCC como partes integrantes da gestão ativa do terceiro período do TP, concluiu que não foram encontrados estudos que permitissem conhecer os benefícios e os riscos da TCC e da pressão uterina, no entan-

to, ambas as intervenções devem ser utilizadas como profilaxia da HPP. Por outro lado, num estudo randomizado realizado por Gulmezoglu et al. (2012), verificou que a TCC resultou num ligeiro aumento do risco de HPP e a um caso de inversão uterina.

Relativamente à massagem uterina, segundo as recomendações mais recentes da OMS (2012), a massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir o HPP em mulheres cuja administração de ocitocina foi efetuada, embora deva ser realizada sempre numa situação de HPP. A avaliação do tónus uterino pós-parto, para identificação precoce da atonia uterina, é recomendada para todas as mulheres (OMS, 2012).

Após a expulsão da placenta, numa situação normal, desencadeia-se o período de hemóstase - quarto estadio do TP - em que o útero contrai, permitindo a laqueação dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de prevenção da HPP. Nesta fase, existe a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, formando um hematoma na região da ferida placentar. O útero, do ponto de vista dinâmico, apresenta períodos de contração e de relaxamento, adquirindo mais tónus uma a duas horas após a dequitação (Araújo e Reis, 2012). Desta forma, após o parto, este é o período que requer maior vigilância. Por esse motivo, após o parto, a mulher/casal/RN permaneciam no BP duas horas, passando posteriormente para o serviço de obstetrícia.

Uma perda sanguínea aumentada, após o parto, pode advir de uma atonia uterina, mas também pode ocorrer devido a lacerações. Desta forma, após verificar que não estava perante nenhum quadro de atonia uterina, complicação que nunca cheguei a presenciar, limpava com compressas esterilizadas a região perineal e inspecionava o períneo e o canal vaginal para a identificação de possíveis lacerações, quer do canal de parto quer do colo uterino.

Após aumentar a perfusão ocitócica para 250ml/h, de acordo com o protocolo da instituição, procedia à disposição do material para a correção de lacerações/episiorragia. A seleção do fio de sutura dependia do tipo de correção necessária, no entanto, o fio mais utilizado e preconizado pela instituição era o Vicryl Rapid 2/0, ou 3/0, para a correção de lacerações de 1ª grau. Durante o estágio clínico, verifiquei a presença de duas lacerações de 3º grau. Refletindo sobre a minha prática, não foram resultantes da incorreta proteção do períneo, mas, uma delas foi devida à latero-procedência da mão do RN e, outra, por macrossomia fetal de difícil extração, com distocia de ombros associada. Em ambas as situações, foram chamados os obstetras para que procedessem à correta correção das lacerações. No entanto, lacerações de 1º e 2º grau eram corrigidas pelo EESMO.

Para a episiorragia procedia à identificação dos planos afetados e iniciava a sutura 1cm a cima do ápex da episiotomia. Começava com sutura contínua na mucosa vaginal, seguida de pontos isolados na região muscular e no tecido celular subcutâneo. Para o encerramento da pele, no períneo, utilizava pontos de Donatti. Segundo Campos e Calado (2014):

“atualmente existe uma extensa evidência de que o encerramento perineal da episiotomia ou das lacerações perineais de 2º grau com sutura intradérmica contínua (...) está associado a menor intensidade da dor nos primeiros dez dias do puerpério, menor necessidade de remoção dos pontos, menor número de deiscências da ferida, melhor satisfação da puérpera com a sutura e a uma redução do número de fios utilizados (...) A sutura contínua com encerramento perineal intradérmico é o método de primeira escolha para a execução da episiorrafia e da correção das lacerações perineais de 2º grau, nas feridas de moderada extensão e sem lesões perineais (varizes vulvares, condilomatose perineal). Nos restantes casos deve ser realizado o encerramento com pontos separados” (p. 242).

Num estudo randomizado realizado por Almeida e Riesco (2008), que procurou comparar o tipo de cicatrização e a dor perineal subjacente, tendo em conta a utilização de diferentes tipos de sutura: sutura contínua ou sutura com pontos separados, concluiu-se que ambas são técnicas adequadas e seguras para a reparação perineal e para a cicatrização local, embora as mulheres com sutura contínua tenham revelado menor dor à palpação do períneo quatro dias após o parto, menor desconforto ao sentar, ao andar, ao urinar e ao evacuar durante o puerpério. De facto, a evidência científica encontrada é um pouco controversa, embora haja alguma preferência pela sutura contínua intradérmica. No entanto, tendo em conta que se tratou de uma prática supervisionada, optei pela realização de pontos separados na pele.

Após a correta reparação dos tecidos, procedia à execução dos cuidados perineais e à palpação do fundo uterino para certificar a presença do globo de segurança de Pinard. Apercebi-me de que o edema estava muitas vezes presente, pelo que procedia à aplicação de gelo na região perineal. Os sinais inflamatórios locais, como o edema, a dor, o rubor e o calor local são esperados na fase inicial do processo de cicatrização (Araújo e Reis, 2012).

Foi minha prioridade promover o conforto da mulher e incentivar o início da amamentação, colocando o RN ao seio materno, uma vez que a amamentação deve ser iniciada na 1ª hora de vida. A amamentação precoce permite estabelecer o vínculo entre mãe e filho, aumenta a duração do aleitamento materno e reduz a mortalidade e morbilidade neonatal (Boccolini, 2013). Após a mamada, promovia a alimentação e a hidratação materna que, segundo Santos et al. (2014) deve ser iniciada duas horas após o parto em caso de episiotomia e lacerações de 2º grau, enquanto a hidratação abundante deve ser incentivada pelo risco de desidratação decorrente do esforço no parto. Esta minha prática mereceu uma maior reflexão, pelo que remeto para o capítulo correspondente.

Cumpridas as duas horas de vigilância e não havendo complicações, executava de novo os cuidados de higiene e conforto à puérpera, verificava a presença do globo de segurança de Pinard, realizava os restantes registos e transferia a puérpera/casal/RN para o serviço de obstetria.

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Considero que durante o meu percurso como formanda do curso de especialização de saúde materna e obstetrícia adquiri e desenvolvi competências que permitiram a conclusão dos estágios clínicos com sucesso. Todas as atividades desenvolvidas foram descritas ao longo dos capítulos anteriores, procurando justificar todas as minhas intervenções de acordo com a evidência científica mais atual. De facto, a maioria das intervenções implementadas estiveram de acordo com a evidência científica encontrada. Algumas, no entanto, não foi possível desenvolver à luz dessa evidência, dado que neste processo de aprendizagem a minha prática era tutelada por uma profissional que nem sempre comungava das mesmas ideias, ou pela existência de protocolos que impediam uma mudança das práticas tão rápida quanto desejável. Importa salientar que os estágios clínicos, na minha opinião, deveriam ter sido desenvolvidos de acordo com a ordem lógica dos acontecimentos, devendo ter desenvolvido em primeiro lugar competências no âmbito da gravidez de risco, de seguida no âmbito do TP e parto e, por fim, no âmbito do pós-parto e parentalidade. No entanto, considero que o facto de não ter acontecido desta forma não prejudicou a aquisição e o desenvolvimento das competências preconizadas, apenas faria mais sentido, tendo a conta o processo natural da gravidez, parto e pós-parto, e o facto de todos os estágios terem sido desenvolvidos na mesma instituição.

No contexto do internamento de obstetrícia apercebi-me de que o papel do EESMO é essencial no apoio à mulher/casal, não só relativamente ao exercício do papel parental, mas também relativamente ao autocuidado. Tal como observado, a mulher encontra-se, muitas vezes, cansada devido às várias horas do TP ou devido à privação de sono. A grande instabilidade emocional, característica do pós-parto, influencia o seu papel de mãe e de esposa e pode comprometer o autocuidado. Nesta fase, a mulher/casal tem de aprender a lidar com os novos papéis. A mulher/casal confronta-se com o bebé real e deixa de parte o bebé imaginário, podendo influenciar ou não esta adaptação. Durante o período pós-parto apercebi-me de que a mulher se torna francamente dependente dos cuidados do enfermeiro, não só devido à necessidade de apoio no autocuidado, mas também, para os cuidados relativos ao RN. Constatei que a maioria das dúvidas e dificuldades recaíam sobre os cuidados de higiene e conforto ao RN, nomeadamente o banho, no lidar com o choro/cólica e a amamentação. Desta forma, o papel do EESMO torna-se fundamental no apoio disponibi-

lizado a estas mulheres, bem como nos ensinamentos realizados, na instrução e no treino das suas habilidades.

A amamentação demonstrou ser, especialmente em primigestas, a maior dificuldade da mulher. No que diz respeito ao papel do enfermeiro este deve disponibilizar os seus conhecimentos e estratégias de forma a promover a autonomia das mulheres. Constatei que as puérperas que têm um grande apoio do EESMO, durante a amamentação, sentem-se mais seguras e mais confiantes do seu papel como mãe, diminuindo sentimentos de insegurança. Este feedback positivo permite que a mulher se sinta mais confiante e capaz, facilitando a transição para a parentalidade. Este foi o meu maior desafio, uma vez que ao longo do estágio fui encontrando estratégias que permitiram ajudar as mulheres neste contexto, sendo por isso, uma das competências que desenvolvi e com resultados mais gratificantes.

Tendo em conta que o período de internamento é curto, nem sempre foi possível abordar todas as questões necessárias, além de que a mulher nem sempre estava disponível para aprender. Por esse motivo, constituiu-se também como um desafio na minha aprendizagem a identificação dos casais com maiores dificuldades para o exercício parental, de modo a poder referenciá-los para o centro de saúde da sua área de residência. Uma das vantagens da ULSM é a possibilidade de continuidade de cuidados, assim como o projeto da amamentação que disponibiliza uma linha telefónica, durante 24h, e vários espaços na comunidade, aos quais a mulher pode recorrer em caso de dúvidas ou dificuldades.

Uma das competências desenvolvidas, neste contexto clínico, que superou as minhas expectativas foi a promoção da interação pai-filho, nomeadamente através do contacto pele-a-pele, após o parto por cesariana. Esta intervenção, tão simples e gratificante para o pai, permitiu constatar, não só a vinculação que se estabelece, como também a estabilização da glicemia capilar do RN ao nascer. Além disso, permite a abolição de práticas rotineiras como a PGC após o parto por cesariana, enquanto a mãe permanece no recobro durante duas horas. Esta prática, sem dúvida, será uma das intervenções que incentivarei enquanto EESMO.

Em suma, o estágio no Serviço de Obstetrícia foi aquele que permitiu desenvolver competências de diferentes domínios, tendo em conta o binómio mãe-filho, sem esquecer o companheiro ou outra pessoa significativa. O AC constatou-se ser essencial, não só para a vinculação dos pais ao bebé, mas também para a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Relativamente ao ensino clínico desenvolvido no Serviço de internamento de Grávidas de Risco, constatei que existe uma lacuna nos cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres internadas com o diagnóstico de uma gravidez de alto risco. Tal como sugerido no meu trabalho de investigação, o EESMO deve mostrar-se disponível para escutar, assim como proporcionar o suporte emocional adequado. A mulher/casal vivencia uma ambivalência de sentimentos, prevalecendo a ansiedade, a angústia, o medo e o stresse. A falta de esperança encontra-se associada a todas estas emoções negativas, pelo que se torna

imperativo implementar intervenções que diminuam os sentimentos menos positivos. De facto, no Serviço de Grávidas de Risco do HPH as mulheres deveriam ser incentivadas a outras fontes de distração.

Refletindo sobre a minha prática, poderia ter sugerido visitas ao serviço de neonatologia, ou mesmo até a realização de sessões de educação, em grupo, sobre temas relativos ao puerpério e/ou aos cuidados ao RN. Algumas das intervenções sugeridas pela revisão integrativa da literatura efetuada foram implementadas, como a escuta ativa, a promoção do suporte de familiares/companheiro/pessoas significativas, a promoção da privacidade e a flexibilização dos horários das visitas e a criação de espaços de convívio entre as grávidas internadas e as suas visitas. No entanto, poderia ter sugerido à enfermeira tutora a ida das grávidas, sem repouso absoluto prescrito, às aulas do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade que decorrem no hospital.

A revisão da literatura efetuada sugeriu outras intervenções que gostaria de ter desenvolvido, pelo que aguardo por uma próxima oportunidade para sugerir a sua implementação no serviço em questão.

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito do TP e Parto, estas foram as que mais superaram as minhas expectativas. Durante o ensino clínico implementei intervenções que permitiram o envolvimento da mulher no processo de parto e que, na sua maioria, foram ao encontro das suas expectativas. Com os 40 partos eutócicos realizados adquiri conhecimento, competências e habilidades. Os partos assistidos permitiram-me refletir sobre as práticas implementadas. Os pequenos erros eventualmente cometidos, fizeram-me crescer profissionalmente e ensinaram-me a refletir sobre a minha prática e a melhorá-la. Não tive oportunidade de realizar nenhum parto pélvico, uma vez que as mulheres que apresentavam uma apresentação pélvica tinham a cesariana programada. No entanto, essa prática foi abordada em simulação. Ainda neste contexto clínico, não tive oportunidade de realizar todos os partos cuja vigilância do TP foi realizada por mim, porque surgiram complicações, ou porque o meu turno terminava e não podia prolongar.

Tive oportunidade de acompanhar mulheres durante o TP com e sem analgesia epidural e constatar a diferença entre uma situação e a outra. De facto, a mulher sem analgesia epidural consegue sentir o seu próprio corpo e agir em consonância com isso, tornando-se mais envolvida no processo. Constatei, também, que existem ainda algumas intervenções de rotina como a aplicação de clisteres, a administração de soroterapia, a CTG contínua e a posição de litotímia no período expulsivo. A soroterapia e a CTG contínua limitam a deambulação das parturientes, no entanto, procurei sempre incentivar os movimentos livres, inclusive o uso da bola de pilates durante o primeiro estadió do TP. O repouso no leito e a deambulação limitada, tal como observado na evidência científica disponível, podem resultar num aumento do primeiro estadió TP, assim como pode comprometer a adaptação do feto às estruturas da bacia materna. Por esse motivo, o EESMO deve estar mais sensível a estas práticas e incentivar a deambulação da parturiente e os movimentos livres da bacia. Relativamente ao período expulsivo, tive oportunidade de

realizar um parto eutócico na posição mais vertical possível, verificando as vantagens resultantes dessa posição nesta fase do TP. Na verdade todos os outros partos executados foram na posição de litotímia, o que por vezes poderia justificar o atraso do período expulsivo. Importa referir a importância das expectativas da mulher/casal pelo que as intervenções do EESMO devem ir ao encontro das suas escolhas. Tive oportunidade de acompanhar uma mulher em TP que nos apresentou o seu plano de parto, sendo a maioria das suas escolhas colocadas em prática de acordo com a sua situação clínica e a disponibilidade do serviço.

Uma das dificuldades encontradas neste estágio clínico prendeu-se com a realização da episiorrafia, pela dificuldade em identificar os planos correspondentes à muscosa, ao músculo e ao tecido celular subcutâneo, no entanto, isso acabou por constituir um desafio para mim porque procurei superar as minhas dificuldades e arranjar estratégias que facilitassem a minha aprendizagem.

Importante salientar que voltei a ficar fascinada com a implementação do contacto pele-a-pele após o nascimento e a importância que revela no início da amamentação. Durante o quarto estadio do TP, a mulher e o RN ficavam em vigilância no BP. Nesse período, tal como referido anteriormente, eram realizados procedimentos de rotina como o início da amamentação na primeira hora de vida, a hidratação da mulher e a prestação de cuidados de higiene perineal. Considerei, frequentemente, prioritário a amamentação sem questionar as necessidades da mulher. Muitas delas percecionavam/referiram dor após o parto, nomeadamente dor perineal, e/ou tinham fome e/ou sede, pelo que, refletindo sobre esta prática, considero pertinente conhecer as suas necessidades, de forma a promover o conforto, facilitando a sua disponibilidade para amamentar. Tendo em conta que a minha prática era supervisionada não consegui desenvolver as minhas atividades desta forma, no entanto, considero essencial o conforto da mulher antes de iniciar a amamentação.

Concluindo, considero que aumentei conhecimentos e desenvolvi capacidades e habilidades ao longo do ensino clínico. A redação deste documento permitiu consolidar alguns ideias, assim como fazer uma reflexão sobre a minha prática. Enquanto formanda percebi que se torna indispensável conhecer as dificuldades e as necessidades da mulher/casal, assim como as necessidades do RN, com o intuito de lhes dar reposta adequada e implementar um plano de cuidados. De facto, o papel do EESMO é essencial no acompanhamento das mulheres/casais em qualquer contexto da gravidez, do TP e parto e do pós-parto. As competências de que este é dotado permitem-lhe o acompanhamento ideal dos seus clientes, a fim de ajudar a desenvolver as ferramentas essenciais para o desempenho das novas funções dentro do ciclo familiar e na vivência de uma transição saudável.

CONCLUSÃO

Este relatório constitui uma reflexão sobre as práticas vivenciadas ao longo de quase um ano em ensino clínico, tendo em conta os objetivos propostos, mediante uma prática baseada em evidência científica, evitando, sempre que possível, procedimentos rotineiros, sem fundamentação científica.

Parte dele descreve as atividades desenvolvidas ao longo da gravidez com complicações, durante o TP e parto e o pós-parto, assim como, reflete um pouco a evidência científica mais atual e a sua pertinência na prática clínica. No caso da gravidez com complicações, a revisão integrativa da literatura tem como propósito contribuir para uma prática mais sensível para as questões relacionadas com a gravidez de alto risco, e de que forma o EESMO pode ajudar a vivenciar esta situação de crise, diminuindo as emoções negativas e promovendo a esperança dos casais. No entanto, importa salientar, que as emoções negativas, para além de existirem com mais frequência na gravidez com complicações, são transversais ao TP e parto e pós-parto. Quando as expectativas da mulher/casal se encontram defraudadas, quer seja em relação à gravidez, quer seja em relação ao parto e pós-parto, a esperança pode ficar comprometida. Pela necessidade de internamento do RN no Serviço de Neonatologia, sem nada o prever, ou na transição do bebé imaginário para o bebé real, a mulher/casal pode vivenciar uma nova situação de crise, trazendo como consequências sentimentos e emoções negativas. Desta forma, o papel do EESMO torna-se fundamental na ajuda da vivência destas potenciais situações de crise que comprometem a esperança da família.

Importa ainda referir que, de todas as vantagens encontradas neste percurso, salienta-se a importância das relações humanas, da escuta ativa e da necessidade de apoio. De facto, ninguém deve viver em conflito nem sentir-se sozinho quando existe um conjunto de pessoas que estão dispostas a ajudar e a minimizar a carga emocional dos acontecimentos menos positivos. A saúde materna, mais do que a vigilância e monitorização do bem-estar materno-fetal e do recém-nascido, deve constituir uma ajuda essencial na gestão dos conflitos existentes, facilitando a transição feliz e saudável para a parentalidade. Este meu papel, enquanto formanda, e o contacto com todos aqueles que cruzaram o meu percurso, permitiram o meu enriquecimento profissional e pessoal.

Durante o meu percurso académico na área de saúde materna e obstétrica, que culmina com a redação deste relatório, a maior dificuldade com que me deparei, prendeu-se com a conciliação dos horários entre a vida profissional e a vida académica, exigindo

por vezes, um grande esforço e motivação para continuar. As enfermeiras especialistas, as mulheres, os casais e os recém-nascidos que fui encontrando ao longo destes meses ajudaram-me a seguir em frente, sem nunca perder de vista os meus propósitos e os meus objetivos. A todos eles, só lhes posso agradecer os momentos de aprendizagem que me proporcionaram e que me fizeram crescer como especialista da área de saúde materna e obstétrica, permitindo, desta forma, alcançar os objetivos a que me propus no início de cada ensino clínico de forma muito gratificante.

Todo este meu percurso deixar-me-á na memória a importância desta etapa na minha vida, proporcionadora de aquisição dos conhecimentos e no aprimoramento de habilidades e competências essenciais para a prestação de cuidados individualizados à mulher, ao casal, ao RN e à restante família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Isabella et al. *O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internado em Unidade Neonatal* [Em linha]. São Paulo: Acta Enfermagem, 2005, pp. 131-137. [Consult. 2016-08-28]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a02v19n2>>;

ALEXANDER, J.; BOWLER, U.; ECKERT, D. *Preparo para a amamentação: tratamento de mamilos invertidos e não-protráteis durante a gravidez* [Em linha]. Oxford: 1994, pp. 200-214. [Consult. 2016-12-04]. Disponível em:<http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc7_97.pdf>;

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. *Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA)* [Em linha]. Cochrane Database Of Systematic Reviews, 2013. [Consult. 2016-08-19]. Disponível em:<http://www.cochrane.org/CD006066/PREG_comparing-continuous-electronic-fetal-monitoring-in-labour-cardiotocography-ctg-with-intermittent-listening-intermittent-auscultation-ia>;

ALMEIDA, S.; RIESCO, M. *Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto* [Em linha]. Ribeirão Preto: Rev. Enfermagem, 2008, vol. 16, nº2. [Consult. 2017-02-15]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200016&script=sci_arttext&lng=pt>;

ALTHABE, F. et al. *A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss* [Em linha]. Outubro, 2009, p. 4-7. [Consult. 2017-01-10]. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19541304>>

AMBROSI, L.; UNICOVSKY, M.; SOARES, M. et al. *Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4.ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS. *Newborn Intensive Care: What Every Parents Needs to Know* [Em linha] 3ª Ed., 2015. [Consult. em 2016-04-15]. Disponível em:<<https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/preemie/pages/About-Skin-to-Skin-Care.aspx>>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGISTS. *Hypertension in Pregnancy* [Em linha]. 2013. [Consult. 2016-09-03]. Disponível em:<<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles* [Em linha]. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, julho, 2009. [Consult. 2016-06-25]. Disponível em:<https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/3a_ACOG%20Bulletin%20106.pdf>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Oral Intake During Labor*[Em linha]. Committee Opinion on Obstetric Practice, novembro, 2009. [Consult. 2016-10-20]. Disponível em:<<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Oral-Intake-During-Labor>>;

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R.; HOWELL, C. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour* [Em linha]. Cochrane Database Systematic Review, 2011. [Consult. 2016-09-30]. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235275>>;

ARAÚJO, L.; REIS, A. *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012;

ARAÚJO, N.; OLIVEIRA, S. *Uso de vaselina líquidas na prevenção de laceração perineal durante o parto* [Em linha]. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Americana Enfermagem, 2008, vol. 16, n.º6. [Consult. 2017-01-05]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000300007&script=sci_arttext&tlng=pt>;

ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL. *Segurança Rodoviária*. 2015;

BECK, D.; GANGES, F.; GOLDMAN, S.; LONG, P. *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta* [Em linha]. Iniciativa Saving Newborn Lives, 2004. [Consult. 2017-01-09]. Disponível em:<<http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>>;

BITTAR, R.; ZUGAIB, M. *Tratamento do trabalho de parto prematuro* [Em linha]. São Paulo, 2009, pp. 415-422. [Consult. 2017-01-22]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a08.pdf>>;

BITTAR, R.; FONSECA, E.; ZUGAIB, M. *Predição e prevenção do parto pré-termo* [Em linha]. São Paulo: janeiro, 2010, vol. 38, n.º1. [Consult. 2017-02-22]. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a001.pdf>>;

BOCCOLINI, C. et al. *A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal*. [Em linha]. Porto Alegre: Março, 2013, vol. 89, n.º 2. [Consult. 2017-02-15]. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200005>;

BRANT, P. M.; AFFONSO, H. S.; VARGAS, L. C. *Incentivo à Amamentação Exclusiva na Perspetiva das Puérperas*. [Em linha]. Julho, 2009, pp. 512-517. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/16182/10701>>;

BRIGA, S. *A Comunicação Terapêutica. Enfermeiro/doente: Perspetivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Dissertação de mestrado;

BRUEL, H.; et al. *Prise en charge en maternité des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie*. France, 2013. vol. 5, pp 230-235 [Consult. em 2016-05-10]. Disponível em:<<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12611-013-0256-2#>>;

CABRAL, R.; MEDEIROS, A.; SANTOS, S. *Assistência de Enfermagem à Mulher no Período Puerperal* [Em linha]. 2010. [Consult. 2016-05-26]. Disponível em:<http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0275.pdf>;

CALADO, E.; COSTA, A.; RODRIGUES, T.; MONTENEGRO, N. *Ameaça de parto pré-termo*. In: Protocolos Materno-Fetais, 3ª ed. Lousã: Lidel, 2014;

CALDEIRA, K.; OLIVEIRA, M.; VIANNA, R. *Atendimento multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto*. [Em linha]. In: Protocolos clínicos, Belo Horizonte, 2011. [Consult. 2017-01-07]. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011__1.pdf>;

CAMPOS, D.; AMARAL, A.; FARIA, M. *Cuidados Assistenciais de Rotina Durante o Trabalho de Parto*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Ed. Lousã: Lidel, 2014;

- CANAVARRO, M. *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001;
- CANTILINO, A. et al. *Transtornos psiquiátricos no pós-parto* [Em linha]. São Paulo, 2009, pp. 278-284. [Consult. 2016-08-26]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>>;
- CARRACA, T. et al. *Restrição de Crescimento Fetal - Rastreio, diagnóstico e orientação clínica*. In: *Protocolos Materno-Fetais*, 3ª ed. Lousã: Lidel, 2014;
- CARMO, E. *Promoção das Competências Parentais no Autocuidado Terapêutico à Criança*. Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Mestrado;
- CARDOSO, A. *Torna-se Mãe, Torna-se Pai*. Brasil: Novas Edições Acadêmicas, 2014;
- CARDOSO, A. et al. *Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação* [Em linha]. *Rev. Referência Enfermagem*, janeiro, 2015, série IV, n.º 4, pp. 11-20. [Consult. 2016-08-29]. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>>;
- CARVALHO, A.; ZANGÃO, M. *Contributo do Contacto pele-a-pele na Temperatura do Recém-Nascido*. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras* n.º14/2014;
- CAVACO, V. et al. *Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?* [Em linha]. *Revista Referência*, 2010, II Série, n.º12, pp. 93-103. [Consult. 2017-03-06]. Disponível em: <https://www.google.pt/url?url=https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D295%26codigo%3D&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CB0QFjACahUKEwiKkb3Dts7IAhVBDhoKHRz_DzA&usq=AFQjCNHi7v6LuA4CP03QOyuzbvj7SupDWA>;
- CESAR, M. *Distúrbios Evacuatórios em Primigestas após o Parto normal: estudo clínico*. [Em linha]. *Rev. Bras.* Vol. 31, nº2. abril, 2011. [consultado 2016-05-26]. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n2/a03v31n2.pdf>
- CIAMPO, L. et al. *Aleitamento Materno e Tabus Alimentares*. Ribeirão Preto: Revista de Enfermagem, 2008, pp. 345-349;
- COCHRANE. *Como fazer uma revisão sistemática da Cochrane* [Em linha]. Cochrane Brazil, 2017. [Consult. 2017-03-25]. Disponível em: < <http://brazil.cochrane.org/como-fazer-uma-revisão-sistemática-cochrane>>;
- CLODE, N.; JORGE, C.; GRAÇA, L. *Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica* [Em linha]. Hospital Santa Maria, 2012. [Consult. 2017-02-22]. Disponível em: <http://www.fspeg.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf>;
- COLVERO, M.; COLVERO, A.; FIORI, R. et al. *Novas terapêuticas na síndrome de aspiração do mecônio* [Em linha]. Recife: outubro, 2006, pp. 367-374. [Consult. 2017-01-09]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/02.pdf>>;
- CORREIA, S. *Consumo de Álcool durante a Amamentação* [Em linha]. Lisboa, 2015. [Consult. 2016-05-29]. Disponível em: < <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16439/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Sandrina%20Correia.pdf>>;
- COSTA, I. *As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares* [Em linha]. Porto Alegre: 2002, vol.23, nº1, pp. 30-46. [Consult. 2017-02-17]. Disponível em: < www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4391/2337>;
- COSTA, M. et al. *Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura* [Em linha]. 2010, nº20. [Consult. 2017-02-17]. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica5.pdf>;

COUTINHO, J. et al. *Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lousã: Lidel, 2014.

CUNNINGHAM, F.; LEVENO, K.; BLOOM, S. et al. *The puerperium*. In: Williams Obstetrics, 23ª Ed. MacGraw-Hill, 2010;

CURRIE, J.; BARBER, C. *Pregnancy gone wrong: Women's experiences of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy* [Em linha]. New Zealand College of Midwives Journal, 2016, Issue 52, pp.35-40. [Consult. 2017-03-02]. Disponível em:<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589ad621-dcbf-483b-b4b9-baec7227d2a9%40sessionmgr4010&vid=5&hid=4114>>;

DAVID, E.; XAVIER, E. *Manual Técnico sobre a Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e às Principais Complicações Obstétricas e Neonatais* [Em linha]. agosto, 2011. [Consult. 2016-09-30]. Disponível em:<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>>;

DIAS, C. *Vigilância pré-natal e decisão do parto*. Nascer e Crescer - Rev. De Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, vol. XX, nº3. 2012;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez* [Em linha]. 2015. [Consult. 2016-05-29]. Disponível em:<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez* [Em linha]. Janeiro, 2011. [Consult. 2016-09-03]. Disponível em:<www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload.../relatorio-de-consenso-pdf.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Trabalho de Parto Estacionário* [Em linha]. Orientação 001/2015, 2015. [Consult. 2017-01-02]. Disponível em:<<https://www.dgs.pt/directrizes-da...e.../orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>>;

DICENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D. *Implementação da enfermagem baseada em evidências: algumas interpretações erróneas enfermagem*. In: Enfermagem Baseada em Evidências - Uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010;

DIZ, R. *Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa - Qual a sua Importância?*. Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, 2014. Tese de mestrado;

DOMENICO, E.; IDE, C. *Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades*. Revista Latino-americana de Enfermagem [Em linha]. Rev. Americo-latina, 2003, vol. 11, nº 1, pp.115-118. [Consult. 2017-03-27]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568>>;

DOMINGUEZ-LUNA, A.; FERNÁNDEZ-MIGUEZ, M.; DOMINGUEZ-LUNA, S. *La agonía de la espera: en reposo hacia la maternidade* [Em linha]. Novembro, 2012, pp.43-49. [Consult. 2017-03-04]. Disponível em:<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589ad621-dcbf-483b-b4b9-baec7227d2a9%40sessionmgr4010&vid=8&hid=4114>>;

FERNANDES, A. et al. *A Emocionalidade no Ato do Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: uma competência do enfermeiro* [Em linha]. Pensar Enfermagem, 2014, vol. 18, nº2. [Consult. 2016-08-26]. Disponível em:<http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf>;

FERNANDES, J. D.; OLIVEIRA, Z. N.; MACHADO, M. C. *Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido* [Em linha]. 2011, pp. 102-110. [Consult. 2016-08-30]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>;

FERNANDES, N.; SILVA, E. *Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro* [Em linha]. Revista de Enfermagem Referência, janeiro, 2015, série IV, n.º4, pp. 107-115. [Consult. 2016-08-31]. Disponível em:< <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a12.pdf>>

FERNANDES, V.; CAMACHO, A. *Doença Hemorroidária*. [Em linha]. Revista Portuguesa de Coloproctologia. Agosto, 2009. [Consult. 2016-05-24]. Disponível em:< http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol_maio_agosto_2009__pags_36_a_43.pdf>;

FERREIRA, C. *Dor perineal no pós-parto: Um Estudo de alguns fatores associados* [Em linha]. 2011. [Consult. 2016-05-26]. Disponível em:< <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1622/3/FERREIRA%20Carlos%20Manuel%20Mascarenhas,%20Dissertação%20mestrado.pdf>>;

FERREIRA, M. *Determinantes da Tomada de Decisão do Tempo de Amamentação*. Universidade de Coimbra, 2004. Dissertação de Mestrado;

FERREIRA, R; NEVES, R.; VIRELLA, D. *Amamentação e Dieta Materna, Influência de mitos e preconceitos*. [Em linha]. Acta Pediátrica Portuguesa 2010. [Consult. 2016-03-03]. Disponível em:< http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/466/1/Acta%20Pediatr%20Port%202010_41_105.pdf>;

FIGUEIREDO, B. et al. *Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez*. Centro de investigação em Psicologia, Universidade do Minho, 2006;

FRANCISCO, A. D.; OLIVEIRA, S. M.; SANTOS, J. O., et al. *Avaliação e tratamento da dor do perineal no pós-parto vaginal*. [Em linha]. Acta Enfermagem, 2011. [Consult. 2016-08-18]. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14.pdf>>;

GALLO, B. et al. *Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial* [Em linha]. 2014. [Consult. 2016-06-26]. Disponível em:<http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/enfermagem/metodos_nao_farmacologicos_de_alivio_da_dor.pdf>;

GADANHO, T. *Relação entre estratégias de coping e resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2014. [Consult. 2017-03-25]. Disponível em:< http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19916/1/ulfpie047308_tm.pdf>;

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. *Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem* [Em linha]. Brasília, 2003. [Consult. 2017-03-25]. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>>;

GAYESKI, M.; BRUGGEMANN, O. *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática* [Em linha]. Florianópolis, 2010, vol. 19, nº4. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022>;

GIARETTA, D.; FAGUNDEZ, F. *Aspetos Psicológicos do Puerpério: Uma revisão* [Em linha]. 2015. [Consult. 2016.08.28]. Disponível em:< <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>>;

GOMES, R. et al. *Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico* [Em linha]. Rev. Latino-Americana, 2001, v.9, nº4. [Consult. 2017-02-17]. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf>>;

GROBMAN, W.; KAVANAUGH, K.; MORO, T. et al. *Providing Advice to Parents for Women at Acutely High Risk Periviable Delivery*. Obstetrician and Gynecologist, Mar. 2010, pp- 904-909;

GUERRA, M. *O parto desejado: Expectativas de um grupo de grávidas* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2010. [Consult. 2016-10-20]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9420/1/Dissertação_final_convertido.pdf>;

GULMEZOGLU, A. et al. *Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial* [Em linha]. Maio, 2012. [Consult. 2017-01-10]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22398174>>;

HARVEY, B. *Use of CTG monitoring: are recommendations suitable? RCM Midwives* [Em linha] Janeiro, 2004, vol. 7. n.º 12, pp. 518-20. [Consult. 2016-06-25]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1562291>>;

HOCH, L.; ROCCA, S. *Sofrimento, Resiliência e fé: Implicações para as relações de cuidado*. Editora Sinodal. S. Leopoldo, 2007;

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2014

INSTITUTO JOANNA BRIGGS. *Manejo da Hipoglicemia Assintomática em Neonatos Saudáveis, a Termo para Enfermeiros e Obstetras. Informativo sobre Práticas Baseadas na Evidência para Profissionais de Saúde*. 2006. [Consult. 20 fev. 2016]. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/pesq/nucleo/jbi/documentos/Best%20Practices%20traduzidos/n%2026%20Management%20of%20Asymptomatic%20Hypoglycaemia%20in%20Healthy%20Term%20Neonates%20for%20Nurses%20and%20Midwives.pdf>>;

INSTITUTO JOANNA BRIGGS - *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* 2011 Edition. The Joanna Briggs Institute, 2011;

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Ordem dos enfermeiros, 2011;

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Genebra: ICN, 2012;

JOY, S. et al. *Abnormal Labor* [Em linha]. American College of Obstetrician and Gynecologists, 2015. [Consult. 2016-11-15]. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>>;

KANGAROO MOTHER CARE. *Skin-to-skin Contact*. [Em linha]. 2012 [Consult. 21 fev. 2016]. Disponível em: <<http://www.skintoskincontact.com/an-introduction.aspx>>;

KENT, R.; MCUR; YAZBEK, M. et al. *The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalization* [Em linha]. 2015, pp.164-169. [Consult. 2017-03-04]. Disponível em: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589ad621-dcbf-483b-b4b9-baec7227d2a9%40sessionmgr4010&vid=11&hid=4114>>;

KOCH, M. C. *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de Doutoramento;

LAGES, A. *Parto por Cesariana: Consequências a curto e longo-prazo*. [Em linha]. Tese de mestrado, março 2012. [Consult. 2016-09-26]. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=537200>;

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. *Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis*. Journal of Personality and Social Psychology, 1984;

LEVY, L.; BÉTOLO, H. *Manual de Aleitamento Materno*. OMS/UNICEF, 2012;

LIMA, J.; BORGES, A. “Score” de Risco Trombótico na Gravidez e Puerpério. Boletim da SPM, Vol. 30, janeiro - junho, 2015;

LISBOA, R.; LOUREIRO, A.; LUCAS, P. *Intervenção psicológica em situação de internamento obstétrico* [Em linha]. *Análise Psicológica*, 1995. [Consult. 2017-02-17]. Disponível em:< http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3128/1/AP_1995_12_67.pdf>;

LOPES, R. et al. *Desenvolvimento Cognitivo e Motor de Crianças de zero a quinze meses: um estudo de revisão* [Em linha]. *Portal dos Psicólogos*, 2010. [Consult. 2016-08-31]. Disponível em:< <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0529.pdf>>;

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*. 7.^a Ed. Loures: Lusodidacta, 2008;

LOWDERMILK; D. et al. *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10^a Ed. São Paulo: Elsevier, 2012;

LUIS, S.; COSTA, G.; CASTELEIRO, C. *Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão*. [Em linha]. Janeiro - dezembro, 2014, pp 33-46. [Consult. 2016-08-30]. Disponível em:< <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium47/4.pdf>>;

MACHADO, M. *Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral*. In: *Medicina Materno-Fetal*. 3^a ed. Lousã: Lidel, 2005;

MACONES, G. et al. *The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial* [Em linha]. Novembro, 2012 Vol. 207, pp. 401-405. [Consult. 2016-10-15]. Disponível em:<[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)00912-X/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)00912-X/abstract)>;

MAGALHÃES, M. et al. *Guia de Bolso de Neonatologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013;

MARQUES, M. *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal. Baseado nas Recomendações da OMS (1996)*. 2014;

MAJEED, N.; TARIQ, S. *Comparision of Artificial Rupture od Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae* [Em linha]. *Journal of Rawalpindi Medical College* 2012, Vol.2, n.º17. [Consult. 2016-10-14]. Disponível em:< <http://www.journalrmc.com/volumes/1395218076.pdf>>

MARQUES, J.; REYNOLD, A. *Distócia de Ombros - Uma urgência obstétrica* [Em linha]. *Acta médica portuguesa*, 2011 artigo de revisão 24, pp. 613-620. [Consutl. 2017-01-09]. Disponível em:<<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>>;

MELEIS, A. *Theoretical nursing: development and progress*. 4.^a Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;

MELO, B. et al. *Perfil Epidemiológico e Evolução Clínica Pós-Parto na Pré-Eclampsia Grave* [Em linha]. São Paulo, 2009, vol.55 n.º 2 São Paulo. [Consult. 2016-09-03]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200022>;

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem* [Em linha]. Florianópolis, outubro, 2008, pp. 758-64. [Consult. 2017-03-27]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>;

MENDES, V. *Recurso à Água Morna no parto: Prevenção do trauma perineal e incontinência urinária* [Em linha]. Tese de dissertação de mestrado, 2013. [Consult. 2017-01-05]. Disponível

em:<<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9454/1/Tese%20com%20as%20altera%C3%A7%C3%B5es%20Vera%20def%201.pdf>>;

MERCER, R. *Transitions over the life cycle: A comparison of mothers and non mothers*. Nursing Research: New York. Vol.37, n.º 3, 1988;

MONTEIRO, M. *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado;

MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T.; RAMALHO, C. et al. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lousã: Lidel, 2014;

MUZA, J.; SOUSA, E.; ARRAIS, A. et al. *Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal* [Em linha]. S. Paulo, dezembro, 2013, vol.15 n.º3. [Consult. 2016-01-15]. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003>;

NILSEN, E.; SEBASTINO, H.; LOPES, M. *Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições* [Em linha]. Julho, 2010. [Consult. 2016-10-05]. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a02.pdf>>;

NOGUEIRA, J.; FERREIRA, M. *O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé* [Em linha]. Revista de Enfermagem Referência, dezembro, 2012. III Série - n.º8. [Consult. 2017-02-21]. Disponível em:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a06.pdf>>;

NUNES, S.; VARGENS, O. *O Uso do Gelo para Alívio da Dor no Cuidado à Parturiente: Revisão integrativa* [Em linha]. Enfermagem obstétrica, setembro, 2014, pp. 95-99. [consultado 2012-05-23]. Disponível em:<www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/22/20>;

OLIVEIRA; G.; ALBUQUERQUE, M.; CARDOSO, B. et al. *Reanimação do Recém-Nascido de Termo da Sala de Partos* [Em linha]. Consensos de Neonatologia, 2012. [Consult. 2017-01-09]. Disponível em:<<http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Reanima%C3%A7%C3%A3o%20RN%20Termo%20Sala%20de%20Partos.pdf>>;

OLIVEIRA, M. *Estudo prospetivo e randomizado da sonda de Foley na preparação do colo uterino desfavorável à indução do parto* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2003. [Consult. 2016-10-05]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500012>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Guia de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume III. 2011;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Procedimentos de Cuidados Perineais à Puérpera durante o Internamento Hospitalar* [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna, Parecer n.º23/2011. [Consult. 2016-10-06]. Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto: Indicador de evidência* [Em linha]. Projeto da MCEESMO-OE, 2012. [Consult. 2016-09-12]. Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Recomendações para a preparação para o nascimento* [Em linha]. Recomendação n.º2/2012. [Consult. 2017-01-03]. Disponível

em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 2017-02-01]. Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Gestão ativa da Terceira fase do parto: As novas recomendações da OMS ajudam a focar na implementação* [Em linha]. 2012 [Consult. 2017-01-10]. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/2/WHO_RHR_14.18_por.pdf>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*, 2015;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal* [Em linha]. 2013. [Consult. 2017-01-09]. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. [Em linha] 2014. [Consult. 2017-02-14]. Disponível em Web:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf>;

PASIN, S., SCHNATH, F. *Cuidados de Enfermagem na Analgesia por Catéter Epidural* [Em linha]. Rev. HCPA 2007, pp.69-73. [Consult. 2016-09-30]. Disponível em:<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mblzFJDri2QJ:www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/download/2023/1184+&cd=5&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>>;

PEÑAMARTÍ, G.; COMUNIÁN-CARRASCO, G. *Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour* [Em linha]. The Cochrane Library. Issue 11, 2010. [Consult. 2017-01-10]. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943858>>;

PEREIRA, L. et al. *Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: Haverá lugar para a PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus)?* [Em linha]. Julho, 2014. [Consult. 2016-09-30]. Disponível em:<http://www.anestesiaregional.com/uploads/media_items/revista-car-nº-74.original.pdf>;

PEREIRA, M. *A Necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de mestrado;

PILOTO, D.; VARGENS, O.; PROGIANTI, J. *Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional* [Em linha]. Julho, 2009, pp.604-7. [Consult. 2016-07-08]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/19.pdf>>;

PIO, D.; CAPEL, M. *Os significados dos cuidados na gestação* [Em linha]. Junho, 2015, vol.7 n.º1. [Consult. 2017-03-02]. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010>;

POMPEO, D. et al. *Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos dos pacientes* [Em linha]. Abril, 2007, pp.345-350. [Consult. 2016-08-28]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf>;

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M.; RAMOS, I. C. *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado* [Em linha]. Junho, 2008, pp. 312-218. [Consult. a 2016-05-22]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>>;

POZZO, M.; BRUSATI, V.; CETIN, I. *Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in "high-risk" pregnancy*. 2010. Volume, 149, pp. 136-142;

PRIDIS, H.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. *What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature* [Em linha] Setembro, 2012, pp.100-106. [Consult. 2017-03-01]. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21664208>>;

RAMOS, A. *Esperança no contexto da gravidez de risco*. Instituto Superior Miguel Torga, 2014. Dissertação de mestrado;

RAMOS, L.; VALADARES, S.; VIDEIRA, A. et al. *Prevenção e Tratamento da Hemorragia Pós-Parto* [Em linha]. Dezembro, 2002, vol. XVIII, nº2. [Consult. 2016-05-15]. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1818/1/Arq%20MAC%202002%2054.pdf>>;

REVEIZ, L.; GAITÁN, H.; CUERVO, L. G. *Enemas during labour* [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. [Consult. 2016-06-23]. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD000330.pub4/asset/CD000330.pdf;jsessionid=0755A24CFAAB383505E4D42D2FAB9B98.f04t01?v=1&t=ipvqdmfs&s=366572d0a2c58ef1e90ea5817ab6ad8dd5674fe0>>;

RUBARTH, L.; SCHOENING, A.; COSIMANO, A. et al. *Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy* [Em linha]. Abril, 2012, vol. 41, pp. 398-407. [Consult. 2017-03-04]. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x/full>>;

RUIZ, M. T. *Manejo do Terceiro Período do Parto e as suas Repercussões no Puerpério* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2007. [Consult. 2016-05-26]. Disponível em:<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/.../MARIANATORREGLOSARUIZ.pdf>;

SANTOS, C.; PIMENTA, C.; NOBRE, M. *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. [Em linha]. Maio, 2007. [Consult. 2017-09-20]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>;

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. *Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro* [Em linha]. Março, 2011, pp.355-358. [Consult. 2016-05-23]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>>;

SANTOS, P.; PEDROSO, M. *Exercício Perineais para Prevenir a Incontinência Urinária no Puerpério*. [Em linha]. 2007, pp 54-57. [Consult. 2016-05-26]. Disponível em:<<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-12.pdf>>

SANTOS, R. et al. *Vigilância de rotina no puerpério de parto vaginal*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Ed. Lousã: Lidel, 2014;

SCARABOTTO, L.; RIESCO, M. *Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas* [Em linha]. Maio, 2006, pp. 399-395. [Consult. 2016-11-15]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a10.pdf>>;

SEABRA, J. *O Choro do Bebê* [Em linha]. Portal dos Psicólogos, 2009. [Consult. 2016-08-31]. Disponível em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>>;

SECO, S.; CAMPOS, D. *Colestase intra-hepática da gravidez*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Ed. Lousã: Lidel, 2014;

SILVA, A. C. *Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2011. [Consult. 2016-10-20]. Disponível em:<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18015/1/Ana%20Carolina%20de%20Souza%20e%20Silva_Tese%20de%20Mestrado_Faculdade%20de%20Psicologia%20da%20Universidade%20de%20Coimbra_2011.pdf>;

SILVA, J.; MACHADO, A. *Pré-eclâmpsia: Vigilância e tratamento*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Ed. Lousã: Lidel, 2014;

SILVA, M. A. *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem* [Em linha]. Dissertação de Mestrado, 2010. Disponível em:<<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>>;

SILVA, S. *Icterícia Neonatal* [Em linha]. *Dissertação de mestrado da Faculdade de Medicina do Porto, abril de 2011*. [Consult. 2016-06-10]. Disponível em:<<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>>

SILVA, S. *Vinculação Materna durante a gravidez: Ansiedade, Depressão Stress e Suporte Social* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2012. [Consult. 2016-08-28]. Disponível em:<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf>;

SINGATA, M., TRANMER, J., GYTE, G. M. *Restricting oral fluid and food intake during labour*. [Em linha]. *Cochrane Database of System and Reviews*, 2013. [Consult. 2016-09-30]. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract;jseionid=F30C65E7EEB951E2AE491D6C1CC3A758.f04t01>>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais* [Em linha]. 2012. [Consult. 2016-05-12]. Disponível em:<http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais.pdf>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. *Consenso Clínico: Hipoglicemia Neonatal* [Em linha]. 2013. [Consult. 2016-02-17]. Disponível em:<http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. *Consenso Clínico: Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae* [Em linha]. 2013. [Consult. 2016-09-30]. Disponível em:<<http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-StreptoB.pdf>>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. *Prescrição pré-natal de corticoides para reduzir a morbilidade e mortalidade neonatais* [Em linha]. *Recomendações*, 2012. [Consult. 2017-02-22]. Disponível em:<http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Corticoides_prenatais_.pdf>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. *Síndrome de morte súbita do lactente: o que sabem os pais?* [Em linha]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2012. [Consult. 2016-08-16]. Disponível em:<http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/33/20121029175104_ArtOriginal_FernandesA_43.pdf>;

SOUSA, L. et al. *Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura*. [Em linha]. *Artigo de revisão. Revista Enfermagem*, Janeiro, 2012, pp. 472-479. [Consult. 2016-08-20]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a28v46n2.pdf>>;

SOUZA, S., GUALDA, D. *A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública* [Em linha]. 2016. [Consult. 2017-01-04]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>>;

STERN, D. *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997;

SNYDER, C. R. *Hope theory: Rainbow in the mind*. Psychological Inquiry, 2002:

TEIXEIRA, G. *Agressividade e Índice de Apgar* [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2010. [Consult. 2017-01-09]. Disponível em:<http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/734/1/DM_GuiomarTeixeira_2010.pdf>;

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Positions for Labour and Birth: Evidence Based Guidelines*. 2012;

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Use of CTG monitoring: are recommendations suitable?* [Em linha]. 2008. [Consult. 2016-06-25]. Disponível em:<<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/use-of-ctg-monitoring-are-recommendations-suitable>>;

TORRE, M. A. *Assistência em Cuidados de Enfermagem à Perspectiva Antropobiológica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2001. Dissertação de mestrado;

VIRELLA, D. et al. *Amamentação e Dieta Materna. Influência de Mitos e Preconceitos*. [Em linha]. Acta Pediátrica Portuguesa, maio, 2010. [consultado 2016-05-29]. Disponível em:<<https://run.unl.pt/bitstream/10362/16439/1/RUN%20%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Sandrina%20Correia.pdf>>;

WILHELM, L.; ALVES, C.; DEMORI, C. et al. *Feelings of women who experienced a high risk pregnancy: a descriptive study* [Em linha]. 2015, vol.14, n.º3, pp.1-6. [Consult. 2017-03-05]. Disponível em:<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589ad621-dcbf-483b-b4b9-baec7227d2a9%40sessionmgr4010&vid=19&hid=4114>>;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines on Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health approved by the WHO Guidelines Review Committee Recommendations on Newborn Health*. [Em linha]. 2012. [Consult. 2017-02-12]. Disponível em:<http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf>;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Recomendações da OMS para a Prevenção e Tratamento da Pré-Eclampsia e da Eclampsia*. [Em linha]. 2013. [Consult. 2016-09-03]. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119627/2/WHO_RHR_14.17_por.pdf>;

ZAGONEL, I. *O cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem*. Revista latino-americana Enfermagem. Vol 7, n.º3, 1999;

ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2007.

