

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica**

**PRERARAR O PAI PARA APOIAR A MULHER EM TRABALHO DE
PARTO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Marta Filipa Monteiro Sá e Silva

Porto | 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PREPARAR O PAI PARA APOIAR A MULHER EM
TRABALHO DE PARTO: INTERVENÇÕES DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

PREPARING THE FATHER TO SUPPORT THE WOMAN
IN LABOR: MIDWIFE INTERVENTIONS

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora: Alexandrina
Cardoso

Autora: Marta Filipa Monteiro Sá e Silva

Porto | 2020

“A mudança não virá se esperarmos por outra pessoa ou por outros tempos. Nós somos aqueles por quem estávamos à espera. Nós somos a mudança que procuramos.”

Barack Obama

AGRADECIMENTOS

Com a conclusão de uma etapa tão importante na minha vida, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram e que contribuíram para o cumprimento deste objetivo.

Agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos Cardoso, pelo acompanhamento ao longo deste percurso, pela partilha de conhecimentos, pelas sábias indicações, pelos desafios, pela compreensão, pela dedicação, pelo estímulo e pela exigência.

Agradeço à Professora Marinha Carneiro e à Professora Vitória Parreira a compreensão e o apoio prestados num momento exigente da minha vida, coincidente com o Mestrado.

Agradeço à Enfermeira Irene Cerejeira por me ter possibilitado dar continuidade ao percurso académico. Agradeço às enfermeiras com quem trabalhei diariamente pelas oportunidades de aprendizagem, pelo incentivo e pela partilha de saberes.

Agradeço à minha mãe e ao meu pai pelo apoio incondicional ao longo não apenas do Mestrado, como de toda a vida. À minha mãe por todo o carinho nas fases mais difíceis. Ao meu pai pela perspicácia e experiência de vida.

Agradeço ao Daniel por me incentivar sempre a ser melhor e sobretudo a ser feliz. Agradeço por toda a confiança, por todo o carinho, por toda a dedicação. Pela certeza de que eu seria capaz, quando nem eu própria o sabia. Pela presença constante. Pelos abraços reconfortantes. Pelo apoio e pela motivação nos momentos mais difíceis. Sem ti não teria sido possível.

Agradeço à Rebeca, à Eduarda, à Sílvia e à Cláudia por caminharem ao meu lado neste percurso. As amigas que o Mestrado propiciou.

Agradeço a todas as mulheres, casais e recém-nascidos com os quais me cruzei ao longo desta caminhada e que permitiram concluir este objetivo.

Agradeço a todos profundamente.

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional reflete o percurso realizado enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tendo decorrido no Centro Materno-Infantil do Norte e no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, no período compreendido entre 11 de setembro de 2019 e 6 de novembro de 2020.

Apresentando como principal referência o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – redigido e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a) – é descrita, no presente Relatório de estágio, a análise sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências relativas ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Assim, encontram-se descritas as experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional, bem como uma análise crítico-reflexiva acerca das práticas em ambiente hospitalar, que decorreu em três áreas de intervenção diferenciadas: a Gravidez com Complicações; o Trabalho de Parto e Parto e o Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade. Nos diferentes contextos mencionados, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, alicerçadas na evidência científica mais recente, o que proporcionou o desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

No decorrer do estágio de Trabalho de Parto e Parto foram identificados pais que mencionaram não saber como agir para auxiliar a companheira durante o trabalho de parto, o que desencadeou a necessidade de refletir acerca da temática referida. Deste modo, foi efetuada uma revisão integrativa da literatura para identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher durante o trabalho de parto – pretendendo-se contribuir para uma prática de enfermagem sensível às necessidades específicas de cada casal, de modo a facilitar o trabalho de parto e integrando a importância do pai em todo o processo.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Preparação do Pai; Suporte da Parturiente; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

This professional internship report reflects the path taken as a student of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, having taken place at the Centro Materno-Infantil do Norte e no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim and Vila do Conde, in the period between 11th September, 2019 and 6th November, 2020.

Presenting as the main reference the Regulation of Competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing – described and approved by the Order of Nurses (OE, 2019a) – presented in the report is an analysis on the process of acquiring and developing skills related to the professional practice of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Therefore, the events experienced during the professional internship are described, as well as a critical-reflexive analysis about practices in the hospital environment, which took place in three different intervention areas: Pregnancy with Complications; Labor and Delivery and Postpartum Care and Parenthood. In the different contexts mentioned, nursing interventions were developed, based on the most recent scientific evidence, which provided the development of skills in the field of specialized nursing care for pregnant women, parturients, puerperal women and newborns.

During the internship of labor and delivery parents who mentioned not knowing how to act in order to support their partner during Childbirth were identified, thus triggering the need to reflect on the aforementioned theme. For this reason, an integrative literature review was carried out to identify which nursing interventions best promote father preparation for the support of women during labor – aiming to contribute to a nursing practice sensitive to the specific needs of each couple, to facilitate labor and delivery consolidate the importance of the father in the entire process.

Keywords: Obstetric Nursing; Nursing care; Father's Preparation; Support of the parturient; Labor.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

°C – Graus Celsius

CHPVVC – Centro Hospital da Póvoa de Varzim e Vila do Conde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EGB – Estreptococo do Grupo B

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council of Nurses*

IG – Idade Gestacional

IMA – Idade Materna Avançada

IMC – Índice de Massa Corporal

IV – Intravenoso

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg – Miligrama

mg/dl – Miligrama/Decilitro

ml – Mililitro

ml/h – Mililitro/Hora

mmol/l – Milimol/Litro

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPPP – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

PPT – Parto Pré-Termo

PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral

RANU – Rastreio Auditivo Neonatal Universal

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RCM – *Royal College of Midwives*

RCOG – *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RN – Recém-nascido

SAM – Síndrome de Aspiração Meconial

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetes

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TP – Trabalho de Parto

TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UI – Unidades Internacionais

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	23
1.1 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da adaptação à gravidez com complicações: Centro Materno-Infantil do Norte.....	24
1.2 Intervenções resultantes de prescrição face à ameaça de parto pré-termo	25
1.2.1 Administração de terapêutica tocolítica	26
1.2.2 Indução da maturação pulmonar fetal.....	28
1.2.3 Profilaxia da infeção por Estreptococo do Grupo B.....	29
1.2.4 Repouso no leito	29
1.3 Avaliar a evolução da gravidez com complicação: ameaça de parto pré-termo..	30
1.4 Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da gravidez com complicações	32
1.4.1 Conhecimento sobre a complicação: ameaça de parto pré-termo.....	35
1.4.2 Conhecimento sobre regime medicamentoso.....	36
1.4.3 Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez	37
1.4.4 Conhecimento sobre regime terapêutico: repouso no leito.....	38
1.5 A adaptação para a parentalidade: quando se prevê o nascimento de filho prematuro	39
1.6 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações: Centro Hospital da Póvoa de Varzim e Vila do Conde	41
1.7 Avaliar a evolução da gravidez com complicação: diabetes gestacional	44
1.7.1 Conhecimento sobre a complicação: diabetes gestacional.....	46
1.7.2 Conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez	47
1.7.3 Conhecimento sobre regime de exercício durante a gravidez	48
1.7.4 Conhecimento sobre regime terapêutico	48
1.7.5 Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez	49
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	51

2.1	Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto	52
2.2	Intervenções resultantes de prescrição no âmbito do trabalho de parto	53
2.2.1	Indução do trabalho de parto.....	54
2.2.2	Analgesia epidural	56
2.3	Avaliar a evolução do trabalho de parto: primeiro estadio	57
2.3.1	Evolução do trabalho de parto: critérios de desvio do normal	61
2.4	Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio do primeiro estadio do trabalho de parto	65
2.4.1	Conhecimento sobre trabalho de parto.....	65
2.4.2	Consciencialização da relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do trabalho de parto	66
2.4.3	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	67
2.4.4	Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	69
2.4.5	Assistir no trabalho de parto: suporte contínuo	72
2.5	Assistir no parto vs executar técnica de parto	74
2.5.1	Nascimento: assistir na adaptação à vida extrauterina.....	80
2.6	Assistir na expulsão uterina: dequitação	83
2.7	Executar a episiorrafia	85
2.8	Avaliar a evolução no puerpério imediato e a adaptação à vida extrauterina ...	86
2.9	Prática baseada na evidência: revisão integrativa da literatura	87
2.9.1	Contextualização da temática	89
2.9.2	Questão norteadora	92
2.9.3	Método.....	93
2.9.4	Apresentação e discussão dos resultados.....	95
2.9.5	Conclusões	104
3.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE	107
3.1	Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do puerpério: autocuidado pós-parto e parentalidade.....	107
3.2	Avaliar a evolução do puerpério	109
3.3	Intervenções resultantes de prescrição no âmbito do pós-parto	117
3.4	Diagnósticos e intervenções de enfermagem no âmbito do autocuidado pós-parto	118

3.4.1	Conhecimento sobre autovigilância durante o puerpério.....	118
3.4.2	Conhecimento sobre autocuidado pós-parto	119
3.4.3	Conhecimento sobre planejamento familiar	121
3.5	Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil: recém-nascido	122
3.6	Intervenções resultantes de prescrição no âmbito dos cuidados ao recém-nascido	126
3.7	Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio das competências parentais.....	127
3.7.1	Conhecimento e capacidade sobre higiene no recém-nascido.....	128
3.7.2	Conhecimento e capacidade para tratar do coto umbilical.....	131
3.7.3	Conhecimento sobre choro do RN e capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do RN	132
3.7.4	Conhecimento sobre amamentação e capacidade para amamentar	138
4.	ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	147
	CONCLUSÃO	151
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sequência da técnica “ <i>Rollover</i> ” aplicada a parturientes com analgesia epidural (Simkin & Ancheta, 2017)	71
Figura 2: Fluxograma da pesquisa efetuada nos motores de busca: <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , <i>EBSCOhost</i> e <i>RCAAP</i>	95
Figura 3: Intervenções promotoras da preparação do pai para o suporte à mulher em TP	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Motivos de internamento de grávidas	24
Gráfico 2: Parturientes de alto risco assistidas de acordo com o diagnóstico médico	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Terapêutica tocolítica	27
Quadro 2: Hierarquia de níveis de evidência.....	88
Quadro 3: Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Diagnóstico da Hiperglicemia na Gravidez e seus subtipos baseado na PTOG das 24-28 semanas.....	45
Tabela 2: Experiências no âmbito de Trabalho de Parto e Parto	52
Tabela 3: Experiências no âmbito do Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade	108
Tabela 4: Experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional	149

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio de natureza profissional, surge o presente relatório de estágio, integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), referente ao ano letivo 2019/2020.

Segundo Coutinho (2008), a elaboração de um relatório de estágio permite aos estudantes não apenas uma reflexão acerca das competências adquiridas durante o estágio, como também uma análise cuidada das experiências práticas vivenciadas e do impacto que estas apresentarão no futuro exercício da profissão. Pretende ser um testemunho do caminho percorrido, dos obstáculos encontrados, determinando quais as estratégias usadas para os ultrapassar, sem nunca esquecer a base científica inerente à fundamentação do documento. Assim, a composição do presente relatório objetiva a descrição das atividades desenvolvidas – conducentes à aquisição de competências profissionais preconizadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a) – no contexto do ensino clínico, assim como a justificação das intervenções realizadas com base na evidência científica mais recente.

Deste modo, importa mencionar que o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica define enquanto competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO): cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 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; cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019a). Assim, tendo por base o documento mencionado, pretende-se com o presente relatório descrever as decisões e as ações que permitiram o desenvolvimento das competências ao longo do estágio.

O estágio de natureza profissional decorreu no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) e no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde (CHPVVC), no período compreendido entre 11 de setembro de 2019 e 6 de novembro de 2020, tendo-se repartido da seguinte forma:

- Gravidez com Complicações no serviço de Ginecologia e Medicina Materno-Fetal, entre 19 de setembro de 2019 e 31 de outubro de 2019, num total de 100h, bem como no serviço de Consulta Externa do CHPVVC, entre 3 e 31 de janeiro de 2020, perfazendo um total de 150h;
- Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade no serviço de Puerpério do CHPVVC, entre 1 e 29 de fevereiro de 2020, num total de 100h;
- Trabalho de Parto e Parto no Bloco de Partos do CHPVVC, entre 1 de julho e 6 de novembro, compreendendo um total de 500h.

Neste contexto, importa evidenciar a pertinência dos diversos estágios para o desenvolvimento de uma prática clínica reflexiva e baseada na evidência científica, sendo que ao longo dos diferentes módulos foram adquiridas e desenvolvidas competências especializadas na área da Saúde Materna e Obstétrica, tendo os conhecimentos teóricos previamente adquiridos sido consolidados. Assim, o presente relatório resulta de escolhas concretizadas entre as diversas experiências vivenciadas em contexto de estágio, tendo por base o Processo de Enfermagem e a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019) - elaborada pelo *International Council of Nurses* (ICN, 2019) – que permitem enunciar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem consignados no mesmo.

Ao longo do MESMO, foi evidenciada a transição para a parentalidade, que representa um relevante período de adaptação familiar, com implicações para a mãe e para o pai, para a ligação mãe/pai-filho e para o desenvolvimento do recém-nascido (RN). Porém, a literatura tem favorecido o estudo apenas da experiência materna. A gestação e o TP, tradicionalmente vivenciados como eventos femininos, dispuseram durante muitos anos o homem ausente do nascimento do filho. Contudo, o desenvolvimento histórico da paternidade responsabiliza-se pelo crescente envolvimento do pai no processo do TP e do nascimento, deixando estes de serem assuntos do universo feminino, passando a ser também de interesse para os futuros pais (Tomeleri, Pieri, Volin, Serafim & Marcon, 2007). Sobre esta temática, verificam-se, na literatura, os inúmeros benefícios da presença do pai durante o TP. No entanto, como mencionam os autores, na perspectiva dos pais, o TP pode ser profundamente complexo, dada a ambivalência emocional, bem como aos sentimentos de impotência relativamente ao suporte oferecido à companheira durante o TP.

De acordo com a *World Health Organization* ([WHO], 2018), o envolvimento dos homens é idealizado enquanto estratégia prioritária para os serviços de saúde materno-fetal, porém são diversas as descrições masculinas que atestam o desconhecimento sobre o suporte que podem prestar à parturiente (Darwin et al., 2017).

Neste sentido, surge a necessidade de identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher em TP. Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de contribuir para uma prática de

enfermagem sensível às necessidades de cada casal, de modo a facilitar o TP, integrando o pai em todo o processo.

A par dos objetivos gerais delineados pela ESEP, para cada um dos módulos foram definidos objetivos específicos, nomeadamente, a aquisição de competências que permitam prestar cuidados especializados e de qualidade à mulher/casal perante uma gestação de baixo e de alto risco; perante o TP e parto, assim como no período pós-parto, integrando nos cuidados o novo elemento da família, o RN, e promovendo o papel parental; o desenvolvimento de competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, bem como na gestão dos cuidados e no desenvolvimento profissional; a demonstração de capacidades técnico-científicas de investigação; através da revisão integrativa da literatura, contribuir para o conhecimento, explorando a temática já mencionada.

O relatório encontra-se dividido em quatro principais capítulos, tendo os acontecimentos sido descritos pela sequência cronológica do processo reprodutivo — gravidez, TP, pós-parto — e não pela sucessão dos diferentes módulos de estágio.

Assim, no primeiro capítulo encontra-se descrito o desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações; de seguida, no segundo capítulo, são mencionadas as competências adquiridas no âmbito do TP, incluindo o subcapítulo referente à revisão integrativa da literatura realizada acerca das intervenções de enfermagem promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher em TP; segue-se o terceiro capítulo, que incide sobre o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do autocuidado e da parentalidade após o parto. Por fim, o último capítulo culmina com uma análise crítico-reflexiva acerca do percurso de aprendizagem como EEESMO e das experiências vividas.

Para realizar o presente documento recorreu-se aos seguintes motores de busca: *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *EBSCOhost*, *Nursing Reference Center* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), assim como a obras literárias de carácter científico, disponíveis na biblioteca da ESEP. Este relatório foi elaborado segundo as normas de elaboração de dissertação da ESEP, disponíveis para o ano letivo de 2019/2020.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez corresponde a um processo fisiológico bem definido, limitado no tempo, e intimamente relacionado com a reprodução humana, acarretando um elevado número de transformações pessoais e interpessoais a diversos níveis, nomeadamente, biológico, psicológico, emocional, cognitivo e comportamental (Franco, 2016).

Naturalmente, é esperado que o progresso da gestação decorra sem intercorrências. Todavia, em determinadas circunstâncias podem surgir fatores que comprometem ou condicionam um agravamento da condição de saúde da grávida e/ou feto (Oliveira & Mandú, 2015). Deste modo, a gravidez representa um processo que, genuinamente, comporta algum risco, considerando-se gestação de baixo risco se não for possível identificar, após avaliação clínica do risco pré-natal baseada na Escala de Goodwin Modificada, nenhum fator acrescido de abortamento espontâneo, parto pré-termo (PPT), morte fetal e aumento da morbidade materna e/ou neonatal (Orfão, 2016). Como referem Costa et al. (2010), o conceito de risco na gravidez surge, então, para identificar o grau de vulnerabilidade durante a gestação, o parto, o puerpério e a vida da criança no seu primeiro ano de vida. Na vigilância pré-natal, a gravidez de alto risco corresponde às alterações relacionadas tanto com a grávida como com o feto.

A gravidez é vivenciada de forma singular por cada casal, constituindo-se a mesma como uma transição. Segundo Meleis (2010), uma transição consiste num período de mudança, de profundas alterações no indivíduo, que não se limita ao resultado final — abrange todo o processo vivenciado ao longo da modificação. A gravidez, enquanto processo biológico e parte integrante do ciclo vital reflete-se numa transição desenvolvimental, sendo considerada enquanto área de atenção do EEESMO. Ao vivenciar uma gravidez de risco, o casal depara-se não apenas num evento transitório, como também num padrão de transição múltiplo. Esta pode ser considerada, assim, como uma transição saúde/doença, envolvendo todas as necessidades de reestruturação associadas. Sendo que uma gestação de baixo risco contempla diversas necessidades físicas, emocionais, sociais, familiares e organizacionais por parte da mulher e do casal, compreende-se o reforço destas mesmas necessidades, bem como a sua aglomeração a outras complexidades inerentes a uma gravidez com complicações.

Assim, a intervenção do EEESMO é considerada crucial para auxiliar o casal, de modo a que o processo de ambas as transições decorra da forma mais harmoniosa possível.

1.1 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da adaptação à gravidez com complicações: Centro Materno-Infantil do Norte

Como mencionado anteriormente, o estágio efetuado no âmbito da gravidez com complicações decorreu em dois locais distintos, sendo as experiências vivenciadas em cada um dos locais descritas por ordem cronológica. Assim, uma primeira parte do estágio foi realizada no CMIN, sob a supervisão de uma EEESMO no Serviço de Ginecologia e Medicina Materno-Fetal. A unidade de cuidados onde o período de estágio foi realizado abrange o internamento pré e pós-operatório de mulheres com patologia ginecológica, assim como o internamento de grávidas com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, requerendo monitorização e vigilância, incluindo, ainda, o internamento de mulheres que sofreram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez. Durante o período de estágio foram prestados cuidados a 45 grávidas, cujas patologias incitadoras do internamento são diversas, como pode ser verificado no **Gráfico 1**.

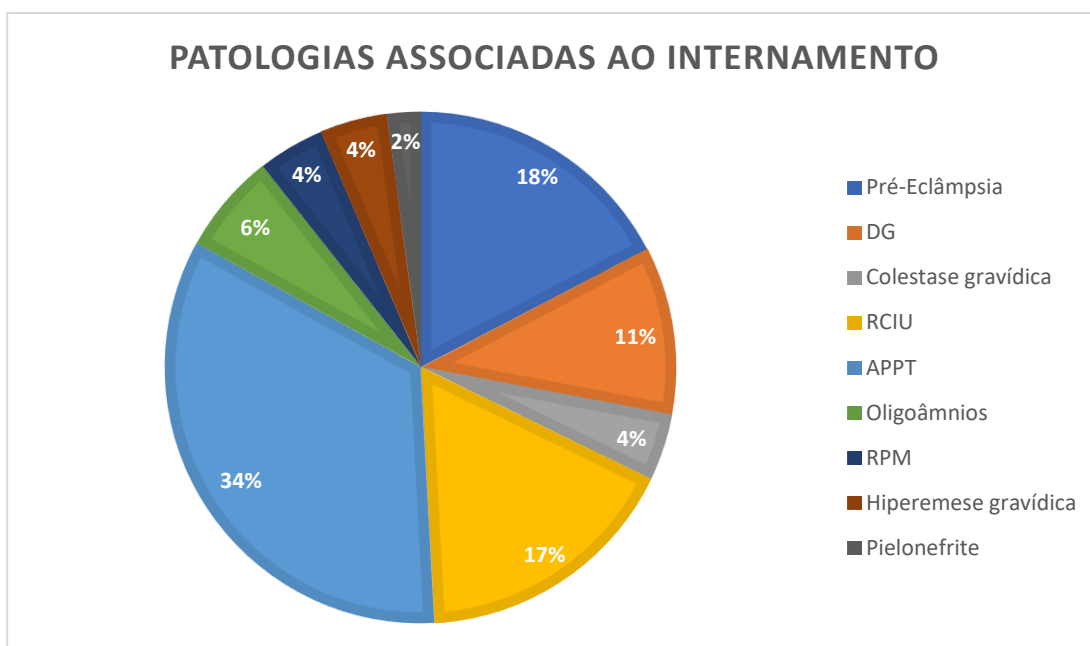


Gráfico 1: Motivos de internamento de grávidas

Pela análise do gráfico exposto, compreende-se que 34% das mulheres foram internadas devido à ameaça de parto pré-termo (APPT), 18% devido à pré-eclâmpsia e 17% ocasionado pela restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Em percentagens inferiores, também

foram causa do internamento diagnósticos médicos como a Diabetes Gestacional (DG), a colestase gravídica, o oligoâmnios, a rotura prematura de membranas (RPM), assim como a pielonefrite.

Sem exceção, todos os casos constituíram importantes momentos de aprendizagem. No entanto, como referido na Introdução, o relatório recai sobre escolhas realizadas entre as diversas experiências. Nesse sentido, optou-se por mencionar de forma mais abrangente no presente subcapítulo a APPT por se tratar do diagnóstico médico mais frequente.

Segundo Costa, Calado, Rodrigues e Montenegro (2014), a APPT caracteriza-se pela ocorrência de contrações uterinas regulares e frequentes antes das 37 semanas de gestação, com formação do segmento inferior uterino, porém sem repercussões ao nível do cérvix – dilatação e extinção. Já o TP efetivo é determinado pela presença de contrações regulares, com amplificação de intensidade ao longo do tempo (quatro em 20 minutos ou oito em uma hora), pela dilatação cervical superior a um centímetro, assim como pela extinção do colo uterino. Entre os fatores de risco para o PPT encontram-se a idade materna avançada (IMA), baixo índice de massa corporal (IMC), infeções, intervalo curto entre gestações, gravidezes múltiplas, pré-eclâmpsia, colo uterino curto, antecedentes de cirurgias uterinas, bem como fatores relacionados com o estilo de vida – consumo de tabaco, álcool e/ou drogas, stresse e atividade física excessiva (*American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]*, 2016a). Consequentemente ao PPT, os recém-nascidos prematuros são especialmente suscetíveis a complicações respiratórias, a problemas nutricionais, a dificuldades na regulação da temperatura corporal e ao risco mais elevado de infeção. A morbilidade infantil é também um aspeto preponderante, na medida em que estas crianças apresentam um risco acrescido de desenvolver condições como paralisia cerebral, défices sensoriais e doença pulmonar crónica (WHO, 2015a).

1.2 Intervenções resultantes de prescrição face à ameaça de parto pré-termo

O EEESMO assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco – processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher – e intervenções interdependentes em todas as situações de médio e alto risco – processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019a).

Reconhecendo que a APPT exige uma intervenção, perante a sua existência está protocolada a administração de tocolíticos – objetivando alcançar um ritmo de atividade uterina

contrátil inferior a quatro a seis contrações por hora sem alterações cervicais – seguida da indução da maturidade pulmonar do feto, a profilaxia da infecção neonatal por *Estreptococo* do Grupo B (EGB) e a prescrição de repouso (Carvalho, 2012).

1.2.1 Administração de terapêutica tocolítica

Ao longo do estágio, mediante diagnósticos médicos de APPT, era administrada terapêutica tocolítica, pois, segundo Guimarães, Gouveia e Pereira (2014), os fármacos com efeito tocolítico reduzem a proporção de nascimentos por pelo menos 48 horas e até sete dias após o início do tratamento, sendo este período suficiente para completar o ciclo de maturação pulmonar fetal. Importa mencionar que a terapêutica tocolítica está contra-indicada em condições como a corioamniotite, casos de patologia materna grave – eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave e instabilidade hemodinâmica – ou patologia fetal – anomalias fetais graves, morte fetal, estado fetal não tranquilizador. A tocolise tem vindo a demonstrar-se como uma prática cada vez mais controversa, visto que alguns estudos defendem que a mesma não comporta benefícios ao nível da mortalidade perinatal, sendo que por outro lado pode até acarretar um risco aumentado de corioamniotite e morbidade neonatal (Mackeen, Seibel-Seamon, Grimes-Dennis, Baxter & Berghella, 2014; WHO, 2015a). Assim, não parece existir um tocolítico de primeira linha, no entanto de acordo com alguns autores, nomeadamente, Carvalho (2012) privilegia-se a nifedipina em situações de APPT e o atosiban em situações de PPT iminente, uma vez que ambos os fármacos exibem diminutos efeitos secundários. Por outro lado, a administração de indometacina está restrita a idades gestacionais inferiores a 32 semanas, assim como a utilização de β -miméticos/sulfato magnésio está restrita a situações de tocolise aguda, como desacelerações na frequência cardíaca fetal (FCF) ou sinais de sofrimento fetal. O uso de tocolíticos não deve ser prolongado para além das 48 horas (Guimarães et. al, 2014). De seguida é patenteado o **Quadro 1** onde se encontram as diferentes opções terapêuticas, considerando Guimarães et al. (2014).

Quadro 1: Terapêutica tocolítica

Fármaco	Efeito terapêutico Dosagem	Contraindicações	Efeitos colaterais
Nifedipina	- Inibidor do canais de cálcio; - Apresenta efeito tocolítico por reduzir o cálcio intracelular e, conseqüentemente, desencadear relaxamento muscular; - 10mg de 15/15 minutos por via oral na primeira hora até cessarem as contrações uterinas; - Posteriormente, devem ser administrados 10mg de quatro em quatro horas ou de seis em seis horas, ajustando de acordo com a atividade uterina e até dose máxima de 160mg por dia.	Insuficiência cardíaca congestiva; estenose aórtica; uso concomitante de sulfato de magnésio.	Hipotensão; astenia; alterações vasomotoras, que aumentam quando a dose diária é superior ou igual a 60mg.
Atosiban	- Inibidor dos recetores de ocitocina — fármaco antagonista da ocitocina que compete com a mesma a nível dos recetores uterinos; - A administração intravenosa (IV) divide-se em três fases: atosiban 6,75mg/0,9ml — bólus IV 0,9ml, durante pelo menos um minuto; atosiban 7,5mg/ml-37,5mg/5ml — perfusão de 18 mg/h durante três horas a 24ml/h; atosiban 7,5mg/ml-37,5/5 ml — perfusão de 6 mg/h até 24 horas a 8ml/h.	Idade gestacional (IG) inferior a 24 semanas ou superior a 33 semanas completas; RPM com gestação superior a 30 semanas; eclâmpsia e pré-eclâmpsia graves; placenta prévia; e descolamento da placenta.	Náuseas; vômitos, cefaleias e tonturas.
Indometacina	- Fármaco anti-inflamatório não esteróide — apresenta efeito tocolítico pelo bloqueio da produção de prostaglandinas; - 100mg por via retal, seguida da administração de 25mg por via oral a cada quatro a seis horas, com avaliação às 72 horas do líquido amniótico, do canal cervical para excluir o encerramento precoce e da válvula tricúspide para exclusão da regurgitação.	IG superior a 32 semanas; úlcera péptica; doença renal; coagulopatia e oligoâmnios.	Encerramento prematuro do canal artéria e oligoâmnios.
Salbutamol	- Fármaco β-agonista, utilizado para tocolise de emergência (por exemplo, em situações de hiperestimulação uterina); - Perfusão de salbutamol (5mg/ml) em 500 ml de soro glicosado a 5% a 60ml/h, com possibilidade de aumentar a perfusão a cada 10 minutos até ao máximo de 270ml/h, até ausência de contrações uterinas durante uma hora.	Doença cardiovascular materna; hipertiroidismo; anemia de células falciformes; hemorragia anteparto; diabetes mellitus.	Taquicardia; hiperglicemia; edema pulmonar.

Fonte: Guimarães et al. (2014)

Considerando a análise do **Quadro 1** compreende-se a possibilidade de ocorrerem diversos efeitos laterais decorrentes da administração dos diferentes fármacos, o que exige do EEESMO a vigilância da sua ocorrência. De destacar que perante a administração de salbutamol, dada a possibilidade de ocorrer taquicardia materna, deve ser avaliada a frequência cardíaca frequentemente, reduzindo o ritmo de perfusão se esta ultrapassar os 120 batimentos por minuto.

Guimarães e colaboradores (2014) corroboram, também, que dada a relação custo-benefício da nifedipina e a baixa incidência de efeitos laterais durante a sua utilização, este deve ser considerado o fármaco de primeira linha. Ressalam que em situações de intolerância materna, gestação gemelar ou ausência de resposta clínica deverá ser usado o atosiban. Deste modo, estes foram os fármacos utilizados em contexto de estágio.

1.2.2 Indução da maturação pulmonar fetal

A administração materna de corticoides, para indução da maturidade pulmonar fetal, capazes de atravessar a barreira placentar reduz a incidência de morte neonatal, síndrome da membrana hialina, enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular no RN (Campos & Machado, 2014). Por conseguinte, a ACOG (2017a), a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012) e a WHO (2015a) sugerem a administração de um ciclo de corticoterapia às grávidas com APPT, com IG entre as 24 semanas e as 34 semanas e seis dias. O benefício major da corticoterapia antenatal é alcançado quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e inferior a sete dias, porém mesmo quando o intervalo se situa fora destes limites, existe uma tendência para o benefício da terapêutica. A realização de um ciclo de resgate associa-se a uma melhoria na morbilidade respiratória, não alterando significativamente, contudo, a mortalidade perinatal (Campos & Machado, 2014). Os fármacos protocolados no serviço são a betametasona 12mg via intramuscular em duas administrações de 24 em 24 horas e a dexametasona 6mg via intramuscular em quatro administrações de 12 em 12 horas.

1.2.3 Profilaxia da infecção por Estreptococo do Grupo B

O rastreio profilático da infecção neonatal por Estreptococo do Grupo B (EGB), é realizado, uma vez que este agente coloniza assintomaticamente o sistema genital e gastrointestinal em 10 a 30% das grávidas, constituindo uma importante causa de morbimortalidade perinatal. A transmissão vertical durante o TP pode originar *sepsis*, pneumonia ou meningite no RN na primeira semana de vida. Constituem fatores de risco a colonização da vagina e/ou do reto da gestante, febre intraparto, rotura de membranas prolongada, PPT, assim como grávidas com idade inferior a 20 anos. Como tal, para prevenção da transmissão do agente, recomenda-se a colheita de exsudado vaginal e retal para cultura de EGB a gestantes entre as 35 e as 37 semanas de gravidez, sendo realizada profilaxia antibiótica intraparto, se o resultado for positivo (Machado, Moucho & Barros, 2014). Na ausência do rastreio, deve proceder à profilaxia em situação de PPT ou RPM (Afonso, 2012). A antibioterapia protocolada no CMIN consiste na ampicilina via intravenosa, sendo a cefazolina, a clindamicina ou a vancomicina utilizadas como alternativas no caso de alergia à penicilina.

1.2.4 Repouso no leito

O repouso no leito e a restrição da atividade física constituem intervenções descritas por diversos autores face ao diagnóstico médico de APPT, nomeadamente, Carvalho (2012), assim como Monteiro, Carraca, Rodrigues e Montenegro (2014). Contudo, pela experiência vivenciada ao longo do estágio, compreendeu-se que esta se trata de uma questão controversa, sendo considerada obrigatória para alguns obstetras e dispensável para outros. De acordo com a evidência científica, a restrição de atividade prolongada acarreta efeitos fisiológicos adversos para a grávida, como o risco aumentado de trombose venosa, a atrofia muscular, o descondicionamento cardiovascular, a redução na massa óssea e a perda de peso corporal. Também ao nível psicológico podem advir consequências negativas provocadas pelo isolamento social (Sosa, Althabe, Belizán & Bergel, 2015).

1.3 Avaliar a evolução da gravidez com complicação: ameaça de parto pré-termo

A prestação de cuidados do EEESMO no âmbito da gravidez com complicações envolve um conjunto de atividades de vigilância, objetivando a avaliação do bem-estar materno-fetal de modo a detetar precocemente sinais de complicações. A vigilância dos sinais de alarme demarcam a prática diária. Ao avaliar a gestante procurava-se despistar sinais de TP, designadamente, rotura de membranas, a expulsão do rolhão mucoso, perda sanguínea vaginal, dores abdominais/lombares, sensação de peso hipogástrico (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Cada grávida era questionada acerca da presença de algias pélvicas, de lombalgias, de pressão pélvica, de algias abdominais, de alterações de fluxo vaginal (modificação/aumento) e de contrações uterinas dolorosas ou não. Na ausência da sintomatologia referida, era mantida a vigilância. Por outro lado, perante a identificação de algum sinal ou sintoma era efetuado o exame pélvico de modo a avaliar alterações das características do colo que se poderiam associar a PPT. Nas situações de PPT em curso existe contratilidade uterina regular, dolorosa ou não, com extinção e dilatação do colo (Magro et al., 2016). Em grávidas sintomáticas, a observação com espéculo para a avaliação do tipo de fluxo e teste fibronectina fetal – marcador de ruptura do corioâmnio e decídua entre as 22 e as 34 semanas – apresenta elevada sensibilidade e especificidade, podendo auxiliar a prever a ocorrência de um PPT nos sete dias seguintes. Era, também, realizada a ecografia transvaginal do colo uterino.

A avaliação do bem-estar materno-fetal através da cardiotocografia (CTG), era realizada uma vez por turno na maioria das grávidas internadas, baseando-se na análise de registos gráficos da FCF, da contratilidade uterina e da perceção dos movimentos fetais pela grávida. Esta, apesar de ser uma intervenção resultante de prescrição, assume uma importância capital nas atividades de vigilância do EEESMO, pelo que o profissional pode realizar a intervenção autonomamente, objetivando avaliar o bem-estar fetal materno-fetal. Neste sentido, na prática clínica era cumprida a prescrição médica de realizar a CTG uma vez por turno. No entanto, sempre que se justificasse, por exemplo na presença de uma traçado não tranquilizador, a mesma era repetida, sendo comunicado à equipa médica.

A FCF é considerada normal entre os 110 e os 160 batimentos por minuto, porém se inferior a 110 batimentos por minuto considera-se bradicardia e se superior a 160 batimentos por minuto é indicativo de taquicardia. A linha basal da FCF corresponde ao valor médio da FCF durante 10 minutos, excluindo acelerações, desacelerações e períodos de variabilidade marcada (Santana & Figueiredo, 2016).

A variabilidade da linha de base representa a diferença, em batimentos por minuto, entre o pico mais alto e o mais baixo da FCF durante um minuto. Esta pode ser ausente, se a amplitude é indetetável; mínima, se a amplitude é inferior a cinco batimentos por minuto num minuto; normal, entre os cinco e os 25 batimentos por minuto num minuto; marcada, se superior ou igual a 26 batimentos por minuto num minuto (Santana & Figueiredo, 2016).

As acelerações correspondem ao aumento abrupto da FCF: para uma IG igual ou superior a 32 semanas, uma aceleração tem um pico igual ou superior a 15 batimentos por minuto acima da linha basal, com duração igual ou superior a 15 segundos, mas inferior a dois minutos; para uma IG inferior a 32 semanas, uma aceleração tem um pico igual ou superior a 10 batimentos por minuto acima da linha basal, com duração igual ou superior a 10 segundos, mas inferior a dois minutos. A aceleração prolongada define-se pela sua duração superior ou igual a dois minutos e inferior a 10 minutos (Santana & Figueiredo, 2016).

Os aurores referem-se ainda às desacelerações como episódios de redução transitória da FCF abaixo da linha basal superior a 15 batimentos por minuto e com duração superior a 15 segundos. De acordo com as suas características, as desacelerações podem ser classificadas em precoces, tardias, variáveis, prolongadas ou recorrentes. Após as desacelerações representam sinais sugestivos de hipóxia fetal o aumento da linha basal ou taquicardia, a redução da variabilidade, o retorno demorado à linha basal da FCF, a ausência de um aumento abrupto da FCF pré e pós-desaceleração.

Relativamente à contratilidade uterina, são contabilizadas as contrações decorrentes em 10 minutos, calculando-se a média por períodos de 30 minutos e considerando, ainda, a duração, a intensidade e o tempo de relaxamento entre contrações. Até cinco contrações em 10 minutos, considera-se um achado clínico normal. Porém, mais do que 5 contrações no mesmo período designa-se por taquissistolia (Santana & Figueiredo, 2016).

Assim, um traçado cardiotocográfico que ostentasse uma linha basal entre 110 e 160 batimentos por minuto, variabilidade normal, sem desacelerações recorrentes e com acelerações presentes ou não era considerado normal e fortemente preditivo de um equilíbrio ácido-base no momento da observação, não exigindo qualquer intervenção.

Por outro lado, um traçado anómalo era considerado se a linha de base indicasse uma FCF inferior a 110 batimentos por minuto; se a variabilidade era reduzida, aumentada ou apresentasse padrão sinusoidal — padrão ondulante com uma frequência de três a cinco batimentos por minuto que persiste por 20 minutos ou mais; se desacelerações tardias ou prolongadas recorrentes durante 30 minutos ou 20 minutos se variabilidade diminuída; se desaceleração prolongada superior a cinco minutos. Este tipo de traçado está associado a um equilíbrio ácido-base anómalo no momento da observação e requer atuação imediata. Como corroboram Santana e Figueiredo (2016), representam possíveis causas do traçado cardiotocográfico anómalo a compressão do cordão umbilical ou perfusão placentar reduzida; a taquissistolia, a taquicardia materna e a febre. Assim, para reverter a situação,

primeiramente era incentivado o posicionamento em decúbito lateral esquerdo. Mediante esta atuação, a maior parte dos traçados não tranquilizadores reverteram. Porém, se tal não acontecesse, seria importante considerar a possibilidade de a gestante estar hipotensa, pelo que deveria ser avaliada a sua pressão sanguínea e administrados cristalóides se se verificasse a hipotensão. No caso de taquicardia materna, era avaliada a temperatura, além da pressão sanguínea e da frequência cardíaca e, na presença de febre, era considerado o tratamento, assim como a avaliação analítica. De considerar que outras causas podem contribuir para traçados cardiotocográficos anómalos como a perfusão de ocitocina, administração de prostaglandinas, ansiedade materna, mau contacto dos transdutores, entre outros (Santana & Figueiredo, 2016).

Perante um traçado de significado indeterminado/suspeito era mantida a vigilância contínua, sendo o mesmo reavaliado a curto prazo.

1.4 Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da gravidez com complicações

Em diversas situações os cuidados de enfermagem alusivos à gravidez com complicações implicam o internamento. Nesse sentido, impera mencionar que o acolhimento em enfermagem é extremamente relevante, uma vez que se reporta ao começo de uma relação entre o cliente e os profissionais de saúde, tendo como primordial objetivo a transmissão de confiança para otimizar a colaboração nas intervenções e facilitar a adaptação do cliente. O primeiro contacto entre o enfermeiro e o cliente pode determinar a qualidade da relação terapêutica que se irá estabelecer, sendo que se considerada o profissional de enfermagem como o principal agente de humanização dos cuidados e, como tal, o profissional ideal para realizar a admissão (Silva, 2010).

A apresentação pessoal ao cliente, a sua orientação dentro da enfermaria e do serviço hospitalar, a explicitação das funções dos profissionais responsáveis pelos seus cuidados durante o internamento, dos seus direitos e deveres, bem como a recolha de dados para a elaboração do processo de enfermagem são considerados aspetos essenciais aquando da admissão (Silva, 2010).

Assim, não descurando que o internamento constitui um evento gerador de stresse, é fundamental coadjuvar o cliente a sentir-se seguro e confiante. Como indica o autor

supracitado, estas práticas devem manter-se ao longo do internamento e não apenas no acolhimento.

De igual modo, a comunicação terapêutica é uma intervenção essencial. Considerando Martins (2014), no contexto das relações enfermeiro/cliente, as competências e as perícias de comunicação são fatores determinantes no processo de comunicação/interação e, por isso, torna-se importante que o profissional de enfermagem aprenda, desenvolva e sobretudo implemente nas suas práticas perícias de comunicação nas interações comunicativas mais complexas e delicadas. Desta forma, pensar nas práticas de enfermagem, numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, envolve o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais.

O uso adequado de habilidades de comunicação é a principal premissa, sendo um dos aspetos mais importantes do cuidado emocional dos utentes e dos familiares que vivenciam o stress psicológico e emocional. Habilidades de comunicação são essenciais ao profissional de saúde, independente da sua formação básica ou área de especialidade. Sendo que na comunicação é, também, essencial escutar o outro. Por escuta ativa entende-se a atitude ativa e dinâmica, que exprime o esforço para compreender o significado daquilo que é escutado. Trata-se de uma competência e, como tal, requer tempo e esforço para ser executada eficazmente. A escuta é um pilar fundamental para a relação enfermeiro/cliente e está situada no coração da prática do enfermeiro (Martins, 2014)

Deste modo, durante o estágio, realizou-se a apresentação pessoal como estudante do MESMO. O acolhimento efetuado incluiu a apresentação do serviço, da enfermaria, a localização da casa de banho e da campinha para solicitar auxílio, a explicação das funções dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, dos horários de visitas médicas e das atividades de vigilância protocoladas, assim como a apresentação das regras do serviço e do horário das visitas e refeições.

Relativamente à colheita de dados, considerando Doenges e Moorhouse (2010), deve ser sistemática e contínua, permitindo identificar as necessidades, os problemas e as respostas humanas aos eventos de vida e problemas de saúde. Deve ser realizada uma compilação pormenorizada de dados subjetivos (os que o cliente relata) e de dados objetivos (os que o enfermeiro observa), sendo que de seguida é fundamental validar a informação recolhida para evitar a possibilidade de se tirarem inferências e conclusões erradas, que podem conduzir a diagnósticos de enfermagem imprecisos. Posteriormente, os dados recolhidos devem ser ordenados e organizados, garantindo que a informação fique convenientemente estruturada na base de dados do cliente, o que facilita a formulação de diagnósticos de enfermagem. Assim, a colheita de dados realizou-se através da consulta do processo clínico, onde eram obtidos dados como o motivo de internamento, os antecedentes pessoais, o historial obstétrico e a IG; da entrevista, obtendo-se informações referentes à medicação habitual, o contacto telefónico da pessoa significativa, os comportamentos de saúde (dieta,

consumo de álcool/drogas, exercício físico, padrão de sono/repouso), a frequência do programa de preparação para o parto e parentalidade (PPPP), assim como a avaliação da adaptação à gravidez; por fim, do exame físico inicial que incluía a monitorização dos sinais vitais e a avaliação corporal no sentido cefalocaudal.

A adaptação à gravidez apresenta-se como um período de transição, constituindo um momento de especial vulnerabilidade. A gestação associada a um diagnóstico de “gravidez de risco” acarreta maior stresse e ansiedade, sendo estas emoções vivenciadas de forma muito intensa. Neste sentido, tendo em conta os dados inerentes ao processo de transição individual, podem ser formulados, numa gravidez com compromisso, determinados diagnósticos e as respetivas intervenções de enfermagem.

O foco Conhecimento é destacado na saúde materno-fetal com compromisso. Como tal, é intervenção do EEESMO facilitar a transição da grávida através da promoção da aquisição de conhecimentos relativos ao processo fisiopatológico, ao regime medicamentoso, ao regime dietético, aos sinais de alarme e à prevenção de complicações, de modo a lidar com a nova condição de saúde. Importa ressaltar que o EEESMO apresenta enquanto competências ensinar, instruir e/ou treinar a gestante tendo em conta a condição clínica e considerando as características próprias de cada pessoa. Neste sentido, é essencial, primeiramente averiguar, determinados dados — exemplificando, averiguar o conhecimento da gestante sobre a patologia, sobre os efeitos da mesma na saúde materna e na saúde fetal, entre outros. Importa mencionar que todos os ensinamentos e cuidados prestados foram de acordo com as características individuais de cada gestante e atendendo à sua IG.

A sensação de perda da liberdade e privacidade, a separação da sua rede de apoio, a inversão dos papéis no seio familiar e impotência incitadas pelo internamento associadas à condição de risco quer para a saúde da própria gestante quer para o feto podem elevar os níveis de ansiedade. De acordo com a investigação de Silva, Nogueira, Clapis e Leite (2017), a presença de complicações em gestações anteriores e o histórico de abortamento/APPT também demonstraram constituir fatores de risco para a ansiedade durante o período pré-natal. Além da sua verbalização, importa atentar nos sinais físicos — sudorese, diminuição do peso corporal e alterações no padrão alimentar — e em manifestações emocionais como a inquietação, a irritabilidade, a introspeção e a insónia (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2016). São diversos os autores que corroboram a existência uma relação direta entre o stresse e a ansiedade materna e os desfechos obstétricos negativos com consequências a longo prazo na saúde da mulher e do RN (Khianman, Pattanittum, Thinkhamrop & Lumbiganon, 2012). Também Silva e colaboradores (2017) atestam que o transtorno de ansiedade é considerado um dos fatores de risco para o desenvolvimento da gravidez, uma vez que o seu desenvolvimento pode comprometer o feto, estando associado a resultados neonatais negativos, como a prematuridade, baixo peso ao nascer e resultados inferiores no Índice de Apgar. Como tal, é fundamental que o EEESMO aplique medidas e proporcione o suporte emocional adequado, sendo assegurada a conservação de um ambiente calmo,

garantindo a privacidade do cliente, cujo fator é considerado crucial na redução dos níveis de ansiedade. Considerando que a rede apoio e a qualidade das relações significativas são fundamentais na adaptação da mulher à sua nova condição, sempre que possível foram promovidas as visitas de familiares e a presença do convivente significativo. O contributo da família é fundamental, revelando-se uma estratégia para que a gestante apenas se foque em si de forma a minimizar os problemas oriundos do risco gestacional. Assim, a família pode funcionar como suporte emocional, bem como ajudar com as tarefas em casa. O apoio prestado pode ser de cariz emocional, psicológico, financeiro ou através da realização de tarefas domésticas (Khianman et al., 2012). De acordo com os mesmos autores, na presença de um problema, se o mesmo for partilhado e vivenciado por todos os membros da família, a sua resolução torna-se mais simples. Este apoio auxilia no bem-estar da grávida, influencia positivamente todo o processo, diminui a ansiedade e proporciona mais confiança no prosseguimento da gestação.

Mais ainda, foram incentivadas técnicas de distração, tendo em conta os gostos individuais de cada grávida, quer fosse através da televisão ou do uso do computador portátil, bem como através de outras atividades de lazer que eram encorajadas, nomeadamente, a leitura e a escrita. Também o relaxamento ativo e as técnicas de imaginação guiada foram sugeridos, uma vez que se encontra evidenciado que as terapias de relaxamento apresentam um impacto positivo no estado emocional da mulher no que respeita aos desfechos obstétricos (redução nas complicações durante a gravidez e parto) e ao bem-estar fetal (normalização da FCF após a intervenção) (Fink, Urech, Cavelti & Alder, 2012). O acompanhamento proporcionado pelo EEESMO durante o período pré-natal permite à grávida alterar os comportamentos de medo e apreensão, transformando-os em comportamentos de confiança.

1.4.1 Conhecimento sobre a complicação: ameaça de parto pré-termo

Perante a condição clínica e possíveis resultados perinatais face à falta de conhecimento sobre a situação, que era mais frequentemente evidenciada numa fase inicial do internamento, assim como a disponibilidade para aprender (fazer questões sobre o assunto e revelar interesse na informação), eram averiguados determinados dados, nomeadamente, o conhecimento sobre a condição clínica, especificamente, o que é a APPT, qual a sua etiologia e a conduta a adotar. Face às necessidades identificadas, era formulado o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre a complicação: APPT*” e implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre complicação: APPT*, na qual importa transmitir que a APPT se caracteriza pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, que produz alterações no colo uterino (afunilamento, extinção e dilatação) antes da 37.^a semana de gravidez. Considera-se PPT quando este decorre entre a 22.^a e a 36.^a semana e seis dias de gestação. As principais causas apresentam a sua origem em patologia materna, no entanto somente em 70 a 80% das situações em que se diagnostica PPT são conhecidos os motivos, sendo estes a RPM, a corioamniotite, a infeção extrauterina (por exemplo, infeções do trato urogenital), as anomalias placentares e/ou uterinas, a incompetência cérvico-ístmica, as patologias fetais, e a hiperdistensão uterina (exemplificando, gravidez gemelar e hidrâmnios) (Magro et al., 2016). Importa, ainda, informar que a conduta a adotar depende da história obstétrica da gestante, da IG, bem como da causa/fatores de risco.

1.4.2 Conhecimento sobre regime medicamentoso

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime medicamentoso*”, previamente eram averiguados determinados dados, designadamente, o conhecimento acerca do regime medicamentoso, especificamente sobre o efeito terapêutico, bem como sobre os efeitos secundários. Face às necessidades identificadas, era implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre regime medicamentoso*, na qual importa informar que a administração de tocolíticos se encontra indicada em gestações entre as 24 e as 34 semanas mais seis dias em Trabalho de Parto Pré-Termo (TPPT) (contratilidade uterina regular e dolorosa com alterações cervicais). Mediante o fármaco elegido, importa informar sobre a sua indicação terapêutica (exemplificando, o relaxamento muscular no caso da nifedipina e o bloqueio da produção de prostaglandinas no caso da indometacina), bem como sobre os possíveis efeitos laterais decorrentes da administração de cada tocolítico (por exemplo, no caso de administrar nifedipina pode ocorrer hipotensão, astenia, alterações vasomotoras; se o tocolítico elegido for o atosiban podem surgir náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas). É crucial esclarecer que os agentes tocolíticos minimizam a proporção de nascimentos até sete dias após o início do tratamento.

1.4.3 Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância”*, previamente eram averiguados determinados dados: o conhecimento sobre os sinais de TP, sobre como avaliar a contratilidade uterina, sobre o que fazer na presença de sinais de PPT, sobre como avaliar o estado fetal e sobre os sinais que devem levar a gestante a dirigir-se ao hospital. Face às necessidades identificadas, eram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- *Ensinar sobre TP: sinais e sintomas*, na qual importa transmitir que o TP se caracteriza pela atividade uterina, cujas contrações ocorrem cada vez mais frequentemente, aumentando de duração e de intensidade; por dor tipo cólica na região abdominal inferior, existindo aumento da percepção da pressão pélvica; por alteração das características e quantidade do corrimento vaginal habitual e por rotura da bolsa amniótica (Fatia & Tinoco, 2016);
- *Ensinar sobre TP: atuação face à identificação de sinais de PPT*, na qual importa ensinar a gestante de que reconhecendo a sintomatologia anteriormente descrita deve esvaziar a bexiga e repousar em decúbito lateral esquerdo durante uma hora. Se os sintomas persistirem deve contactar os serviços de saúde. Por outro lado, se aliviarem, pode retomar uma atividade ligeira (Fatia & Tinoco, 2016);
- *Ensinar sobre autovigilância: sinais de alerta durante a gravidez*, a gestante deve, ainda, ser informada da importância de contactar urgentemente os serviços de saúde no caso de as contrações uterinas ocorrerem em intervalos inferiores a 10 minutos durante uma hora ou mais; na presença de perda sanguínea vaginal, perda vaginal de líquido e/ou corrimento vaginal com odor fétido (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015a);
- *Ensinar sobre contagem dos movimentos fetais*, mediante a intervenção de enfermagem definida, importa ensinar a gestante sobre a contagem dos movimentos fetais, cujo objetivo é avaliar a presença e a frequência dos movimentos fetais percebidos pela grávida. A contagem faz-se até perceber 10 movimentos do feto. Por vezes, a diminuição de movimentos deve-se ao facto de a grávida estar mais ocupada durante esse período, sem prestar particular atenção aos movimentos do feto. Nesses casos, deve-se orientar para se sentar, fazer uma ligeira refeição e uma massagem no abdómen para estimular o feto, que deve mexer pelo menos 10 vezes em 12 horas (ACOG, 2000).

1.4.4 Conhecimento sobre regime terapêutico: repouso no leito

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime terapêutico: repouso no leito*”, previamente eram averiguados determinados dados, nomeadamente, o estilo de vida da gestante, como gere as tarefas domésticas e se estas comportam riscos, bem como sobre as estratégias para gerir o repouso. Face às necessidades identificadas, era implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre gestão do regime terapêutico: gerir o repouso*, na qual importa transmitir que cada mulher deve compreender que os fatores inerentes aos seus hábitos de vida podem contribuir para a APPT, pelo que o repouso objetiva a redução do stresse, da carga física e da atividade uterina contrátil, de forma a contrariar o TP. O repouso prescrito pode ser classificado em absoluto ou relativo. No que respeita ao repouso absoluto, a atividade física deverá ser reduzida ao mínimo, sendo que a gestante fica continuamente no leito. Os autocuidados relativos à alimentação, higiene e eliminação ficam, assim, comprometidos e a grávida carece de assistência para a sua realização. Por outro lado, perante a prescrição de repouso relativo, a gestante pode deambular com moderação, sendo esta restrita ao mínimo necessário para assegurar os referidos autocuidados autonomamente (Monteiro et al., 2014). Contudo, de acordo com a evidência científica, apesar de este ser considerado um tratamento de primeira linha, não existem benefícios associados à sua prática, sendo que a restrição de atividade prolongada acarreta efeitos fisiológicos adversos para a grávida, como o risco aumentado de trombose venosa, a atrofia muscular, o descondicionamento cardiovascular, a redução na massa óssea e a perda de peso corporal. Também ao nível psicológico podem advir consequências negativas, como a ansiedade e a depressão, provocadas pelo isolamento social (Sosa et al., 2015). Neste sentido, impera apoiar a grávida a encontrar estratégias que possibilitem reorganizar o tempo e o espaço e reestruturar as rotinas familiares de forma a manter um papel ativo na família, mantendo a restrição da atividade, como por exemplo: colocar o sofá ou cama próximo de uma janela e da casa de banho; utilizar um colchão de pressão alterna; definir uma rotina para as refeições, atividades de higiene e arranjar-se, de modo a proporcionar controlo sobre essas atividades; se permitido, realizar exercícios passivos de mobilidade articular; continuar a procurar ou solicitar informações sobre os cuidados ao seu filho; limitar as sestas; realizar refeições pequenas e frequentes; encontrar atividades de lazer (ler, ouvir música, ver televisão, contactar os amigos, preparar o enxoval do RN); no caso de ter filhos em casa, programar breves períodos para brincar ao longo do dia, pintar livros de colorir, ler para as crianças e construir puzzles em conjunto.

1.5 A adaptação para a parentalidade: quando se prevê o nascimento de filho prematuro

Durante a gestação é expectável que a mesma culmine com o nascimento de um filho vigoroso e com potencialidade para ficar junto da mãe e do pai imediatamente após o parto. No entanto, o nascimento de um RN prematuro corresponde a um evento crítico na transição para a parentalidade, com consequências negativas, sobretudo se a prematuridade implicar o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

De acordo com Askin & Wilson (2014), a prematuridade é considerada a principal causa de internamento de recém-nascidos na UCIN, unidade que se encontra dotada de significados negativos pelos riscos e incertezas que um internamento nessa unidade poderá significar. Além do impacto de necessitarem de assumir a responsabilidade de ser mãe e pai, os mesmos encontram-se confrontados com o nascimento do filho antes do tempo previsto, que pode não corresponder ao RN por eles imaginado (Meleis, 2010).

Considerando a mãe e o pai as melhores pessoas para prestarem os cuidados ao RN, estes deparam-se momentaneamente com a invasão de sentimentos e emoções negativas, assumindo sentir a perda de controlo da sua vida familiar e do poder parental. A culpa, o receio, a incerteza, a solidão, a frustração das fantasias parentais, a perda de confiança no próprio filho, assim como do seu papel de mãe e de pai representam as condições emocionais mais comumente verificadas (Pereira, 2016).

A gestação e o parto representam fases únicas na vida de uma família, compreendendo um período de construção e de desenvolvimento. A preparação pré-natal é, então, essencial, uma vez que permite a aquisição e validação de conhecimentos sobre as alterações físicas, psicológicas e sociais inerentes à gravidez, ao parto e ao pós-parto, permitindo desenvolver competências na área dos cuidados ao RN (Pereira, 2016).

Neste sentido, urge a necessidade de investir na promoção da adaptação à parentalidade adaptada à situação. Cleveland (2008) cit. por Cardoso e Neme (2016) no seu estudo sobre as intervenções de enfermagem, reconhecidas pelas mães e pais de recém-nascidos internados numa UCIN como importantes para o desenvolvimento das competências parentais, identificou como prioritária a preparação da mãe e do pai durante o período pré-natal sobre as especificidades da UCIN.

Durante a prática clínica, verificou-se a preocupação comum nas mães e nos pais, cujo diagnóstico médico da gestante era o de APPT, sobre os cuidados ao RN. A necessidade de informação/comunicação e suporte emocional são reconhecidas como as principais

necessidades demonstradas pelas mães e pais que se encontram na referida situação (Mok & Leung, 2006). Roque (2014) referencia a necessidade de orientação e educação para a saúde como instrumentos fundamentais para potencializar as capacidades da mãe e do pai nos cuidados ao seu filho. Neste sentido, sempre que oportuno eram implementadas intervenções promotoras do desenvolvimento do conhecimento, das capacidades e da autoeficácia, bem como da reformulação dos significados associados à situação (atribuídos ao RN prematuro e à sua competência como mãe/pai de um RN prematuro), considerando a IG e sendo esclarecidas as questões apresentadas, com ênfase na autoeficácia e na autoconfiança que poderiam sentir sobre os cuidados que seriam prestados pelos profissionais de saúde da UCIN ao RN, na eventualidade de o mesmo precisar de ser admitido na unidade.

Durante a redação do presente Subcapítulo, são recordados os olhares angustiantes e repletos de incertezas sobre o futuro que eram transmitidos pelos casais, porém também frequentemente apenas pela grávida quando se encontrava sozinha e, assim, mais vulnerável. O acompanhamento das “grávidas de risco” constitui uma das responsabilidades do EEESMO e envolve a promoção da transição, ampliando as condições facilitadoras, objetivando dar suporte para reduzir a ansiedade e as preocupações resultantes das implicações da gravidez com patologia associada. De salientar que ao longo do estágio foi evidente que o apoio e a atenção dedicados a cada grávida/casal, traduzidos na presença, na escuta ativa e no toque terapêutico, auxiliaram o defronte com algumas dificuldades, tranquilizando-os significativamente, sendo perceptível através da comunicação verbal e não verbal que demonstravam autoestima, autoconfiança e segurança.

Enquanto estudante do MESMO, compreendeu-se a importância de promover momentos oportunos para dialogar e refletir com a grávida/casal, através da presença e da escuta ativa. O acompanhamento pré-natal oferece a oportunidade de transmitir informações que auxiliem a melhorar os significados atribuídos a cada situação, desmistificando os pensamentos negativos, fortificando a autoestima e proporcionando ferramentas para que os casais se sintam preparados. Para compreender o fenómeno da “gravidez de risco” vivido pela gestante/casal, importa desvelar os fenómenos nos discursos, deixando que a riqueza dos conteúdos fale por si. Guimarães (2013) acrescenta que o EEESMO deve utilizar a sua capacidade científica, o domínio técnico e a sua alegria para provocar alterações no “novo mundo” tal como é percebido pelas grávidas de risco.

1.6 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações: Centro Hospital da Póvoa de Varzim e Vila do Conde

Segundo Ramalho e Campos (2014), de acordo com os fatores de risco associados à gestação, a maioria das grávidas pode ter uma vigilância no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, podendo eventualmente ser referenciadas à consulta hospitalar para avaliação por parte de um profissional da saúde da especialidade. Em determinadas situações, os riscos obstétricos associados a determinadas patologias aconselham a vigilância em consulta hospitalar.

Como tal, parte do estágio relativo à gravidez com complicações foi realizado na Consulta Externa do CHPVVC, onde se verifica que a maioria das grávidas com fatores de risco é acompanhada em regime de ambulatório, existindo, também, na Instituição um serviço de internamento para situações agudas, que impliquem uma vigilância mais rigorosa e cuidados especializados.

Durante o período de estágio, foram realizadas 131 consultas de enfermagem especializadas na área da Saúde Materna e Obstétrica, das quais 82 se trataram de consultas de risco, abrangendo diversos fatores, designadamente, DG, IMA, Hipertensão Arterial (HTA), patologia tiroideia, entre outros. Foram, ainda, efetuadas 41 consultas a grávidas cuja IG se encontrava próxima do termo e oito consultas de diagnóstico pré-natal.

De acordo com o referido quanto ao padrão de transição múltiplo vivenciado, importa compreender – ao longo de cada contacto com a gestante/casal – a sua adaptação. Para tal, revelou-se primordial analisar o significado que cada elemento do casal atribui à gestação, bem como à parentalidade, compreendendo se a mesma fora desejada e planeada, para, assim, explorar o nível de consciencialização da grávida/casal quanto às mudanças decorrentes de ambas as transições. De igual forma, foi necessário compreender qual o significado atribuído à patologia/fator de risco existente, analisando qual o conhecimento sobre os parâmetros que envolvem a situação de risco. Os cuidados de enfermagem foram prestados de acordo com as características individuais de cada gestante e atendendo à sua IG.

Tal como indica a DGS (2015a), para uma vigilância da gestação, é essencial obter o historial clínico pormenorizadamente – em particular, o historial obstétrico antecedente se existente – não descurando a observação clínica.

Considerando o mencionado, todas as informações foram obtidas através de entrevista, que se revelou um importante método, na medida em que contribuiu para estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Através desta técnica, foi possível analisar aspetos verbais e não verbais, nomeadamente, expressões faciais/linguagem corporal – que, por vezes, facultam importantes informações (exemplificando, através da linguagem corporal é possível

percecionar manifestações de ansiedade e/ou preocupação, relevantes para a prestação de cuidados do EEESMO) — não descurando a pessoa significativa para a grávida que a acompanhava, independentemente de se tratar do companheiro, mãe, amiga ou outros. Como tem sido descrito, o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais de saúde e cliente é deveras importante, pois promove uma relação terapêutica facilitadora da expressão de ideias, sentimentos e expectativas (DGS, 2015a).

As alterações fisiológicas provocadas pela gestação que ocorrem no corpo da mulher são diversas e constituem-se como uma exigência para cada uma, dado que podem originar ou agravar determinados quadros patológicos, pelo que compete ao EEESMO a vigilância da gravidez, sugerindo medidas para minimizar ou prevenir os efeitos colaterais resultantes das alterações fisiológicas e identificando o aparecimento de eventuais patologias (Lavaredas & Tomás, 2016). Nesse sentido, era efetuado o exame físico da mulher numa avaliação cefalocaudal, constituindo esta uma das principais atividades de avaliação inicial. Entre outras, a recolha de dados gerais aquando da primeira consulta, a determinação da IG bem como da data provável do parto, pesar a grávida, avaliar a pressão sanguínea, avaliar a presença de edemas e avaliar as características da urina.

A deteção dos desvios de crescimento fetal representa a melhor forma de prevenir complicações, pelo que o acompanhamento pré-natal adequado possibilita adotar medidas que objetivem reduzir a morbilidade e mortalidade perinatais. Existem métodos clínicos e ultrassonográficos que possibilitam realizar essa avaliação, como a monitorização da altura uterina. Esta técnica consiste na avaliação do volume uterino através da medição da distância, em centímetros, desde o bordo superior da sínfise púbica até ao fundo uterino palpável no abdómen, objetivando detetar desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e IG. A realização da técnica é indicada após as 24 semanas, sendo que das 20 até às 36 semanas de gestação, em média, a medida corresponde à IG em semanas (mais ou menos dois centímetros, como refere o *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* (2008). Porém, a WHO (2018) não recomenda esta prática, uma vez que não existe evidência suficiente que permita afirmar que a monitorização da altura uterina seja eficaz na deteção dos batimentos cardíacos fetais, embora considere a monitorização da altura uterina uma prática nos cuidados pré-natais para detetar recém-nascidos pequenos ou grandes para a IG. Assim, em contexto de estágio, dada a prática supervisionada, a monitorização da altura uterina era efetuada com este intuito.

Também na prática clínica eram realizadas as manobras de *Leopold*, que consistem num conjunto de procedimentos manuais que contribuem para a avaliação e caracterização da posição fetal, através da palpação do abdómen materno recorrendo a quatro manobras específicas que fornecem determinados dados: identificar o número de fetos e distinguir as partes fetais; identificar a apresentação, posição e atitude fetal; identificar o grau de descida da apresentação na cavidade pélvica e o foco de auscultação (Sequeira et al., 2020). Para executar a primeira manobra de *Leopold*, inicia-se a palpação pelo fundo uterino para

identificar o polo fetal que se encontra nesta zona e que caracteriza a apresentação (cefálica ou pélvica), bem como a situação (longitudinal ou transversa). Se for palpada uma estrutura pouco definida, irregular, mais depressível, uma massa maior e mole, possivelmente tratar-se-á da pelve fetal. Se for palpada uma estrutura pouco esférica e móvel, possivelmente corresponderá às nádegas. Por outro lado, se a estrutura palpada for dura, lisa, arredondada e firme, poderá corresponder à cabeça fetal ou à espádua. A execução da primeira manobra permite, assim, identificar a situação e a apresentação fetal. A segunda manobra de *Leopold* possibilita identificar a posição do dorso fetal e as relações entre uma parte do corpo fetal e a pelve materna. Para tal, as mãos devem ser colocadas de cada lado do abdómen materno, deslizando a partir do fundo uterino em direção ao polo inferior. O útero deve ser apoiado com uma mão, palpando o lado oposto para, assim, procurar o dorso do feto. Recorrendo à superfície palmar da mão, deve-se localizar e palpar o contorno convexo e liso do dorso fetal, assim como as partes irregulares que identificam as pequenas partes (mãos, cotovelos e pés). Se se palpar uma massa firme, lisa, convexa e resistente, possivelmente representa o dorso. Se se palparem estruturas pequenas, irregulares e móveis, representam os membros. Assim, esta manobra ajuda a confirmar a apresentação fetal. A terceira manobra de *Leopold* permite identificar a parte fetal que se encontra mais próxima do canal de parto, correspondente à parte fetal possível de tocar aquando do exame vaginal. Para a realizar, a mão dominante determina que parte fetal se apresenta na entrada para a pelve. Deve-se apoiar o polo inferior uterino, pressionando ligeiramente para dentro, pedindo à gestante para inspirar profundamente e expirar todo o ar. Assim, conforme o ar é expelido, os dedos contornam a apresentação. Se a apresentação é cefálica e não encravada, determina se a posição da cabeça está fletida ou em extensão. Por outro lado, se o polo fetal não for palpável, deve ser considerada a possibilidade de posição transversa. Se ao tentar movimentar a cabeça fetal, esta estiver alta e móvel, significa que está fora da pelve materna. Se tal não for possível, apresenta-se no interior da pelve, ou seja, insinuada. A quarta manobra de *Leopold* consiste em identificar a maior proeminência cefálica. O EEESMO posiciona-se do lado superior do corpo da gestante e coloca as mãos sobre cada lado do abdómen, fazendo mover os dedos até à pelve, até que os dedos de uma mão encontrem uma proeminência óssea, que corresponde à proeminência cefálica. Se a apresentação se encontrar muito descida, apenas uma pequena porção poderá ser contornada. Se a palpação da proeminência cefálica encontrada estiver do mesmo lado que as estruturas mais pequenas, significa que a cabeça deverá estar fletida e em apresentação de vértice. Se a proeminência cefálica está do mesmo lado do dorso, a cabeça está em extensão e a apresentação é de face. Na prática clínica, as manobras de *Leopold* eram executadas após as 36 semanas de gestação, uma vez que a apresentação tem maior possibilidade de influenciar o plano/via de parto. A terceira e a quarta manobras podem ser desconfortáveis para a grávida, pelo que não devem ser executadas com rotina e, por isso, a frequência da sua realização deve ser espaçada. De acordo com o *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* (2008) não fornecem dados clinicamente úteis e

rigorosos. As manobras um, dois e três são relevantes para identificar o foco de auscultação, sobretudo após as 30 semanas, quando o feto apresenta um tamanho que permite explorar a posição fetal, pelo que foram executadas na prática clínica.

Também a vigilância da saúde mental importa considerar. De acordo com Marques (2016), geralmente a gravidez é um projeto que envolve vasto investimento emocional e a sua concretização pode tornar real um desejo, porém nem sempre tal acontece e o impacto emocional da notícia da gravidez pode originar um amplo leque de emoções e sentimentos que vão desde a felicidade ao medo. As perturbações do foro psiquiátrico não são menos comuns na gestação comparativamente a outras fases da vida de uma mulher, sendo a ansiedade e a depressão frequentes. Em mulheres com transtornos mentais graves pré-existent, existe um maior risco de comprometimento dos cuidados com a maternidade, complicações no parto, recaída durante a gestação e no pós-parto (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* [RCOG], 2011).

Neste sentido, a vigilância pré-natal assume particular importância. Em cada consulta, as mulheres devem ser questionadas sobre a sua saúde mental atual, através das questões *“Durante o último mês, sentiu-se frequentemente incomodada por se sentir em baixo, deprimida ou sem esperança?”* e *“Durante o último mês, sentiu-se frequentemente incomodada por não ter interesse ou prazer em fazer as coisas?”*. Em caso afirmativo para uma ou ambas as questões, deve ser oferecida ajuda profissional para lidar com a situação, encaminhando para o profissional de saúde adequado (RCOG, 2011). Durante o estágio, foi considerada esta prática, não tendo sido identificadas situações de gestantes que necessitassem de ser referenciadas.

As informações decorrentes sobretudo do exame físico são registadas no Boletim de Saúde da Grávida, documento que assegura a transmissão de informação relativa à saúde materno-fetal (DGS, 2015a).

1.7 Avaliar a evolução da gravidez com complicação: diabetes gestacional

Tendo a DG constituído uma das patologias mais frequentes e não esquecendo que o presente relatório resulta de escolhas, torna-se essencial abordá-la. De acordo com as *Guidelines* referentes ao Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017, Sociedade Portuguesa de Diabetes [SPD], 2017) a mesma é definida como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono de grau variável iniciada ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. A DG distingue-se da diabetes na gravidez por apresentar valores de glicemia

intermédios entre os níveis que são considerados normais na gravidez e os valores que excedem os limites diagnósticos para a restante população em geral, sendo que a segunda mencionada é igualmente diagnosticada ao longo da gestação, sendo menos frequente, porém com maior gravidade. O seu diagnóstico pode refletir a existência de uma diabetes não identificada previamente à gravidez, o que demanda um rastreio rigoroso das malformações fetais, de complicações microvasculares, de uma maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica adequada durante a gestação e, ainda, a dispensa de reclassificação pós-parto com uma prova de tolerância oral à glicose (PTOG). Refere ainda a mesma fonte que todas as grávidas devem ser submetidas a uma pesquisa de glicemia em jejum na primeira consulta pré-natal, na qual um valor de glicemia superior ou igual a 92mg/dl (após jejum de oito a 12 horas), mas inferior a 126mg/dl faz o diagnóstico médico de DG. Se, por outro lado, o valor da glicemia plasmática em jejum for igual ou superior a 126mg/dl ou se obtenha um valor de glicemia ocasional superior a 200mg/dl, confirmado com um valor de glicemia em jejum igual ou superior a 126mg/dl, é diagnosticada a diabetes *mellitus* na gravidez. Por fim, se o valor de glicemia em jejum for inferior a 92mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e as 28 semanas de gestação com um PTOG com 75 gramas de glicose. A prova deve ser realizada após um jejum de pelo menos oito horas, mas não superior a 12 horas. Nos três dias anteriores, deve ser precedida de uma atividade física regular e de uma dieta não restritiva, que contemple uma quantidade de hidratos de carbono de pelo 150 gramas. A **Tabela 1** contempla os valores de diagnóstico da DG e da diabetes na gravidez.

Tabela 1: Diagnóstico da Hiperglicemia na Gravidez e seus subtipos baseado na PTOG das 24-28 semanas

Hora	Normal	Hiperglicemia na Gravidez	
		Diabetes Gestacional	Diabetes na Gravidez
	Glicemia plasmática mg/dl (mmol/l)		
0	< 92 (5,1)	92 - 125 (5,1 - 6,9)	≥ 126 (7,0)
1	< 180 (10,0)	≥ 180 (10,0)	-
2	< 153 (8,5)	153 - 199 (8,3 - 10,9)	≥ 200 (11,0)

Fonte: Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização, 2017

Um valor igual ou superior às glicemias apresentadas na **Tabela 1** é suficiente para o diagnóstico de hiperglicemia na gravidez. Aquando da realização da PTOG, se a glicemia em jejum for igual ou superior a 126mg/dl ou na segunda avaliação for igual ou superior a

200mg/dl, deve, então, ser diagnosticada a diabetes na gravidez, que deve ser tratada e seguida como diabetes prévia. Se apresentar um ou mais valores alterados, no entanto inferiores ao anteriormente descrito, deve ser diagnosticada a DG. No caso de todos os valores se apresentarem normais, não existem alterações a nível glicémico.

De acordo com a mesma fonte, a DG pode ter como consequências maternas o risco de hipoglicemia, de infeções, de cetoacidose, de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, de hemorragia pós-parto, de parto vaginal traumático, de cesariana e de agravamento da vasculopatia. Para o feto, os riscos incorrem ao nível das malformações, da RCIU, do PPT, da macrosomia, do hidrânio, do trauma no parto e da morte fetal. Os riscos associados ao neonato envolvem a síndrome de dificuldade respiratória, alterações metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesiemia), hiperbilirrubinemia e policitemia. Já os riscos infantis incluem a obesidade, atraso no desenvolvimento neurológico e intelectual, bem como diabetes *mellitus* tipo 2.

Ferreira e Nelas (2016) afirmam a complexidade do conceito de estilos de vida, pelo que é de salientar que as consultas de enfermagem representam importantes oportunidades para capacitar a gestante a adotar um estilo de vida benéfico para a saúde materno-fetal. Para tal, deve ser possibilitado o acesso a cuidados de saúde pré-natais regulares e de qualidade, transmitindo-se a informação conveniente e validando o conhecimento sobre a necessidade de seguir uma dieta saudável, sobre a prática de atividade física regular na ausência de contraindicações obstétricas, sobre a importância do sono e de evitar situações de stresse, bem como sobre a importância do controlo no consumo de substâncias. É essencial dotar as mulheres de conhecimentos que lhes permitam alterar comportamentos não só na gestação, como ao longo da vida, permitindo-lhes tomar decisões que promovam a sua saúde materno-fetal.

1.7.1 Conhecimento sobre a complicação: diabetes gestacional

Perante a condição clínica e possíveis resultados perinatais face à falta de conhecimento sobre a situação, que era mais frequentemente evidenciada numa fase inicial, assim como a disponibilidade para aprender (fazer questões sobre o assunto e revelar interesse na informação), eram averiguados determinados dados: o conhecimento sobre a condição clínica, especificamente, o que é a DG e quais as suas consequências para saúde materno-fetal, bem como para o RN. Face às necessidades identificadas, era formulado o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre a complicação: diabetes gestacional”* e implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre complicação: DG*, na qual importa ensinar que a DG representa uma intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, sendo diagnosticada pela primeira vez durante a gestação. De acordo com as *Guidelines* referentes ao Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017, a DG pode ter como consequências maternas o risco de hipoglicemia, de infeções, de cetoacidose, de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, de hemorragia pós-parto, de parto vaginal traumático, de cesariana e de agravamento da vasculopatia. Para o feto, os riscos incorrem ao nível das malformações, da RCIU, do PPT, da macrosomia, do hidrânio, do trauma no parto e da morte fetal. Os riscos associados ao neonato envolvem a síndrome de dificuldade respiratória, alterações metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesiemia), hiperbilirrubinemia e policitemia. Já os riscos infantis incluem a obesidade, atraso no desenvolvimento neurológico e intelectual, bem como diabetes *mellitus* tipo 2.

1.7.2 Conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez*”, previamente eram averiguados determinados dados, nomeadamente, o padrão alimentar da grávida e o seu conhecimento sobre o padrão alimentar adequado. Face às necessidades identificadas era implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre regime dietético*, em que as atividades que concretizam a intervenção são referentes à transmissão de informação sobre o regime dietético compatível com a DG, cujos objetivos constituem a promoção do aumento ponderal consistente com uma gravidez normal, prevenção da cetoacidose e minimização das flutuações dos níveis de glicemia. De acordo com as *Guidelines* referentes ao Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017, a gestão da dieta deve ser baseada nos níveis de glicemia, peso, hábitos alimentares, estilo de vida, período da gravidez e o nível de conhecimentos sobre nutrição, sendo a terapêutica nutricional fundamental no tratamento da DG. O plano alimentar — elaborado por um nutricionista — deverá ser personalizado e adaptado ao estado nutricional, antecedentes clínicos, hábitos alimentares e socioculturais da grávida, tendo por base o equilíbrio e a distribuição dos hidratos de carbono ao longo do dia por três principais refeições e duas a três intermédias.

1.7.3 Conhecimento sobre regime de exercício durante a gravidez

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de exercício durante a gravidez”*, previamente eram averiguados determinados dados, nomeadamente, o padrão de exercício físico da grávida e o seu conhecimento sobre o padrão de exercício físico adequado. Face às necessidades identificadas, era implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre regime de exercício*, na qual importa ensinar que a atividade física assume um papel crucial no controlo da DG, uma vez que aumenta a utilização de glicose, reduzindo a necessidade de insulina. Nesse sentido, incentivava-se a realização de atividade física cerca de quatro a seis vezes por semana, durante 30 minutos, sobretudo após as refeições, momento em que a glicemia aumenta, de acordo com as *Guidelines* referentes ao Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017.

1.7.4 Conhecimento sobre regime terapêutico

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime terapêutico”*, previamente eram averiguados determinados dados: o conhecimento sobre os valores de glicemia capilar em jejum, antes e após as refeições, bem como a habilidade para monitorizar a glicemia capilar. Face às necessidades identificadas, eram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- *Ensinar sobre autogestão do regime terapêutico: monitorização da glicemia capilar e Instruir sobre autogestão do regime terapêutico: monitorização da glicemia capilar*, em que as atividades que concretizam as intervenções são referentes ao ensino e instrução sobre a monitorização da glicemia capilar. De acordo com as *Guidelines* referentes ao Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017, a autovigilância glicémica é fundamental para avaliar o perfil glicémico e a necessidade de iniciar terapêutica farmacológica. Nas gestantes controladas com dieta e atividade física, a frequência das determinações da glicemia deve ser pelo menos de quatro vezes por dia. O momento das pesquisas deve ser em jejum e uma hora após o início das refeições principais. Era explicado o funcionamento do equipamento (máquina, fitas, lanceta), sendo recomendada a lavagem das mãos

antes de proceder à picada no dedo. As gestantes eram informadas sobre os objetivos glicémicos: jejum ou pré-prandial – inferior ou igual a 95mg/dl; uma hora após o início das refeições – inferior ou igual a 140mg/dl.

1.7.5 Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez*”, previamente eram averiguados determinados dados: o conhecimento sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e de hiperglicemia, sobre os sinais de alerta durante a gestação, sobre os sinais de TP e sobre como avaliar o estado fetal. Face às necessidades identificadas, eram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- *Ensinar sobre autovigilância: sinais de alerta durante a gravidez*, mediante a intervenção de enfermagem definida e especificamente relativamente à DG, importa ensinar a gestante sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, assim como a respetiva atuação. Palidez, sudorese, sensação de fome, irritabilidade, nervosismo, glicemia inferior a 60mg/dl representam a sintomatologia típica de hipoglicemia. Neste caso, é importante que a gestante tenha conhecimento de que deve beber ou comer 10 a 15 gramas de hidratos de carbono simples, como fruta ou leite, devendo evitar açúcar ou glicose. Deve repousar 10 a 15 minutos e repetir a pesquisa de glicemia capilar. Se esta se mantiver inferior a 60mg/dl, deve repetir a ingestão de hidratos de carbono e repousar mais 15 minutos. Após esse período, caso o valor de glicemia capilar se mantenha igual, deve contactar um profissional de saúde. Por outro, podem ser sinais e sintomas de hiperglicemia a pele seca, vômitos, taquipneia, taquicardia, hálito cetónico, poliúria, glicosúria, cetonúria e glicemia capilar superior a 200mg/dl. De uma forma geral, importa ainda ensinar sobre sinais de alarme durante a gestação, nomeadamente, hemorragia vaginal, corrimento vaginal com prurido/ardor, dores abdominais e/ou pélvicas, febre, disúria, vômitos persistentes, cefaleias fortes e contínuas, perturbações da visão e redução dos movimentos fetais (DGS, 2011, 2015; SPD, 2017);
- *Ensinar sobre TP: sinais e sintomas*, na qual importa ensinar que o TP se caracteriza pela atividade uterina, cujas contrações ocorrem cada vez mais frequentemente, aumentando de duração e de intensidade; por dor tipo cólica na região abdominal inferior, existindo aumento da percepção da pressão pélvica; por alteração das

características e quantidade do corrimento vaginal habitual e por rotura da bolsa amniótica (Fatia & Tinoco, 2016);

- *Ensinar sobre TP: atuação face à identificação de sinais de PPT*, na qual importa ensinar a gestante de que reconhecendo a sintomatologia anteriormente descrita deve esvaziar a bexiga e repousar em decúbito lateral esquerdo durante uma hora. Se os sintomas persistirem deve contactar os serviços de saúde. Por outro lado, se aliviarem, pode retomar uma atividade ligeira (Fatia & Tinoco, 2016);
- *Ensinar sobre contagem dos movimentos fetais*, na qual importa ensinar a gestante sobre a contagem dos movimentos fetais, cujo objetivo é avaliar a presença e a frequência dos movimentos fetais percebidos pela grávida. A contagem faz-se até perceber 10 movimentos do feto. Por vezes, a diminuição de movimentos deve-se ao facto de a grávida estar mais ocupada durante esse período, sem prestar particular atenção aos movimentos do feto. Nesses casos, orientar para se sentar, fazer uma ligeira refeição e uma massagem no abdómen para estimular o feto, que deve mexer pelo menos 10 vezes em 12 horas (ACOG, 2000).

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

O TP demarca o termo da gestação, processo que implica à parturiente uma nova adaptação fisiológica, decorrente da preparação iniciada durante a gravidez, e que a prepara para o parto.

Graça (2017) define TP como o conjunto de acontecimentos fisiológicos que proporcionam a dilatação do colo uterino, a progressão fetal através do canal de parto e a sua expulsão para o exterior – o parto – assim como dos restantes produtos de concepção, a placenta e as membranas amnióticas. Considera-se início do TP quando ocorrem contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e em intensidade, simultaneamente à extinção e dilatação cervical. Considerando o mesmo autor, o TP divide-se em três estadios: o primeiro estadio corresponde à dilatação e extinção do colo uterino; o segundo estadio inicia com a dilatação completa e finda aquando da expulsão do RN, correspondendo ao período expulsivo; o terceiro estadio decorre desde o nascimento até à dequitação. Contudo, existem autores que defendem a existência do quarto estadio do TP, correspondente ao período de duas horas após a dequitação – a fase de hemóstase e do puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016).

Considerando a importância do momento para cada família, ressalva-se a necessidade de centralizar os cuidados na parturiente/casal e minimizar as intervenções durante o parto apenas para as verdadeiramente necessárias. De acordo com a WHO (2018), objetiva-se a prestação de cuidados que promovam a autodeterminação, assim como o *empowerment* da mulher, pelo que compete ao EEESMO orientar a sua prática clínica baseando-se na melhor evidência disponível inerente ao acompanhamento, vigilância e cuidados recomendados à mulher e pessoa significativa durante o TP.

No presente Capítulo serão descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio no que respeita às vigilâncias, aos diagnósticos de enfermagem e intervenções implementadas, desde a admissão da parturiente/casal no Bloco de Partos até à sua transferência para o serviço de puerpério.

2.1 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto

O estágio decorreu no Bloco de Partos do CHPVVC, sob a supervisão de diversas EEESMO's. O serviço abrange a urgência ginecológica e obstétrica, onde também são realizadas as consultas de termo; é constituído por cinco unidades individuais, um bloco operatório e a respetiva sala de recobro.

O parto e o nascimento representam momentos marcados por profundas emoções, com um grande potencial para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. Neste sentido, a presença de um acompanhante é uma prática crucial no processo de TP e nascimento, fornecendo aspetos positivos, tanto para os profissionais de saúde como para as mães, para os pais e para as crianças. No Bloco de Partos do CHPVVC é permitido o acompanhamento da parturiente por um convivente significativo durante 24 horas por dia. Na grande maioria dos casos, o acompanhamento é assumido pelo pai da criança. O acompanhamento permanente amplifica a probabilidade de um parto vaginal espontâneo e eutócico, reduz a taxa de recurso à analgesia, bem como a duração do TP. Aumenta, ainda, a satisfação da parturiente relativamente à sua experiência de parto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017). De acordo com a WHO (2018), o envolvimento dos homens é idealizado enquanto estratégia prioritária para os serviços de saúde materno-fetal, porém apesar de a presença do pai patentear à parturiente encorajamento, apoio físico e emocional, verificou-se que, na maioria, não se sentiam capazes para auxiliarem a companheira durante o TP, pelo que essa temática foi alvo de uma pesquisa aprofundada, encontrando-se detalhada no **Subcapítulo 2.9** — Prática baseada na evidência: revisão integrativa da literatura.

As experiências expressas em forma de número encontra-se explanas na **Tabela 2**.

Tabela 2: Experiências no âmbito de Trabalho de Parto e Parto

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO					
Parturientes assistidas		Partos executados		Partos participados	
Baixo risco	Alto risco	Com episiotomia	Sem episiotomia	Simulação de parto pélvico	Cefálicos
60	42	0	40	1	3
Total: 102		Total: 40		Total: 4	

Através da análise da **Tabela 2**, compreende-se a organização entre as parturientes de baixo risco e as parturientes de alto de risco, pelo que, de seguida, é apresentado o **Gráfico 2**, onde constam os motivos que concorreram para um TP e parto de alto risco.

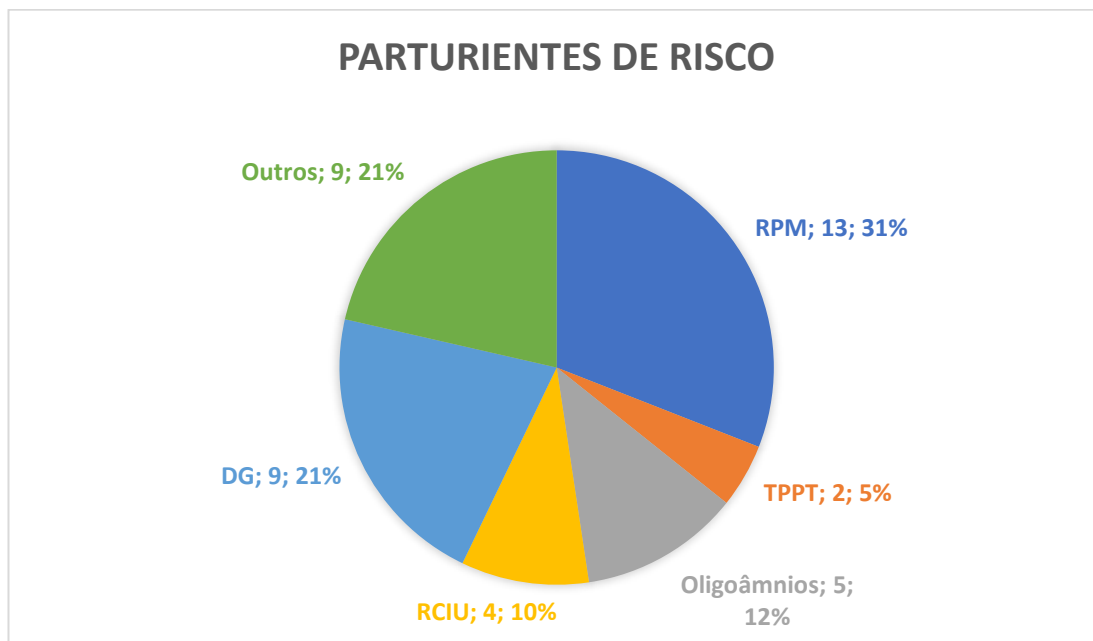


Gráfico 2: Parturientes de alto risco assistidas de acordo com o diagnóstico médico

Pela observação do **Gráfico 2**, depreende-se que a RPM foi o diagnóstico de admissão mais frequente, tendo sido assistidas 31% das parturientes com esse diagnóstico médico. A DG também foi um diagnóstico médico comum 21% das parturientes de alto risco – a par de outros motivos como os antecedentes maternos, nomeadamente, a HTA primária, também na percentagem de 21%. Além destes, embora em percentagens inferiores, representaram também diagnósticos médicos de admissão o TPPT, a RCIU e o oligoâmnios.

2.2 Intervenções resultantes de prescrição no âmbito do trabalho de parto

Como referido, o EEESMO assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações e intervenções interdependentes – resultantes de prescrição.

2.2.1 Indução do trabalho de parto

A indução do TP constitui uma temática que gera controvérsia e discussão na área da Saúde Materna e Obstétrica, na tentativa de se clarificarem indicações, critérios de aplicação nas gestantes no contexto gestacional específico, considerando os antecedentes obstétricos e ginecológicos e tendo presente os subsequentes ganhos para a saúde materno-fetal, assim como as repercussões.

Graça (2017) define a indução do TP como a estimulação artificial da contratilidade uterina com o desígnio de desencadear o TP, quando este não se inicia espontaneamente.

Apesar da controvérsia existente na comunidade científica, verifica-se a concordância de que se preconiza a indução do TP quando o risco de manter a gestação, para a saúde materno-fetal, é superior ao risco de a terminar. As indicações para a realização do procedimento, considerando Graça (2017) são: a gravidez pós-termo, após as 41 semanas de gestação; a DG às 39 semanas de gestação; a RPM; as situações de patologia associada – exemplificando: HTA, pré-eclâmpsia, eclâmpsia; a suspeita de corioamnionite; a gestação gemelar; o feto com RCIU; a morte fetal.

A maturação cervical através do uso de prostaglandinas (dinoprostona ou misoprostol) e a administração de ocitocina sintética em perfusão contínua representam os principais métodos de indução do TP (Graça, 2017). Para a sua escolha, contribuem fatores como o motivo da sua realização, a integridade das membranas amnióticas, a história obstétrica e o Índice de Bishop, que correlaciona diversos dados – posição, consistência, comprimento e dilatação do colo uterino, bem como a altura da apresentação face às espinhas isquiáticas (Planos de Hodge) (Fonseca, 2016).

Quando o índice de Bishop é igual ou inferior a cinco, considera-se o colo uterino desfavorável, pelo que a literatura é uniforme ao recomendar a sua maturação prévia à indução do TP (Fonseca, 2016). Baixos índices de Bishop podem estar associados a induções falhadas, a trabalhos de parto prolongados e a significativas taxas de cesariana.

Especificamente, quando o índice de Bishop é inferior a sete, a indução é iniciada através da maturação cervical – prostaglandinas – permitindo a preparação e amadurecimento do colo uterino para, posteriormente, induzir com ocitocina em perfusão, quando as características cervicais não são ainda favoráveis (DGS, 2015b). Assim, quando o índice de Bishop é igual ou superior a sete, está indicada a indução do TP com ocitocina (Coutinho, Castro, Rodrigues e Montenegro., 2014).

As prostaglandinas adequadas ao efeito são, nomeadamente, o misoprostol sob a forma de comprimido via vaginal e a dinoprostona sob a forma de fita de libertação prolongada via vaginal. O misoprostol é o fármaco de primeira escolha como método de indução do TP mediante uma gestação de termo, com membranas íntegras e índice de Bishop inferior a sete. Por sua vez, a dinoprostona é mais comumente utilizada quando existe rotura de membranas e para indução do TPPT, apresentando igualmente índice de Bishop inferior a sete. Ambos os fármacos apresentam condicionante ao seu uso, exemplificando: a gestante com RPM não tem indicação para colocação de misoprostol, enquanto que a gestante com historial de cesariana anterior não tem indicação para a aplicação de prostaglandinas, pelo risco aumentado de rotura uterina (Coutinho et al., 2014).

Na prática clínica, verificou-se que o fármaco mais frequentemente utilizada fora a dinoprostona sob a forma de fita de libertação prolongada via vaginal. Se o mesmo não surtisse efeito em 24 horas, considerava-se a administração de ocitocina em perfusão e/ou a amniotomia. A indução mecânica com sonda de Foley não foi observada nem realizada durante o estágio.

A hiperestimulação da contratilidade uterina é uma desvantagem comum a ambos os métodos, podendo apresentar consequências no bem-estar fetal. Graça (2017) caracteriza a taquissístolia uterina pelo aparecimento de cinco ou mais contrações, cujas características são normais, num período de dez minutos, sem aumento significativo do tônus basal. Consequentemente, o aumento da frequência das contrações uterinas pode limitar a troca gasosa que decorre nos intervalos das contrações, o que pode originar a hipóxia fetal. Na prática clínica verificaram-se algumas situações de taquissístolia uterina com repercussões na FCF. Para reverter a situação, a conduta imediata consistiu na suspensão do fármaco de indução; o posicionamento em decúbito lateral esquerdo para a promover a perfusão útero-placentária e a manutenção da monitorização cardiotocográfica. As medidas mencionadas surtiram efeito sem ser necessário recorrer à administração de agentes tocolíticos, como o salbutamol IV – protocolado pelo serviço.

A eficácia da indução do TP depende do método escolhido e das características materno-fetais, sendo que as taxas de sucesso são variáveis. Não existem critérios nem *timings* que reúnam o consenso entre os especialistas na área, porém é crucial que o devido tempo seja proporcionado para que ocorram as alterações cervicais e se precipite a fase ativa do TP (Fonseca, 2016). Se existir suspeita de indução falhada do TP, a situação deve ser globalmente reavaliada, considerando o bem-estar fetal. De acordo com a DGS (2015b), a falha da indução pode ser indicativa de que o útero não se encontra preparado para o parto. De considerar que este facto não é preditor de um parto por cesariana, sendo apropriado reanalisar o motivo que proporcionou a indução e a urgência existente para justificar o término da gravidez. Ao longo do estágio, verificou-se que a cesariana era a última opção a considerar, após serem tentadas diversas técnicas sem sucesso.

2.2.2 Analgesia epidural

A analgesia em Obstetrícia tem vindo a ser cada vez mais estudada e desenvolvida, visto que é primordial o alívio da dor aguda numa fase da vida de extrema importância para a parturiente/casal. O alívio da dor promove a tranquilidade fundamental para que ambos desfrutem da experiência única que vivenciam (Guerra, 2016). Apesar dos diversos benefícios de um parto não medicalizado, por vezes a complexidade na gestão da dor e na implementação de métodos não farmacológicos implica o recurso à analgesia. A analgesia epidural é a mais frequentemente utilizada, quando em comparação com a analgesia opioide (Guerra, 2016; WHO, 2018). A analgesia epidural é, habitualmente, administrada na fase ativa do TP – dilatação superior a cinco centímetros e extinção total do colo do útero (WHO, 2018) – a sua administração precoce e o seu efeito prolongam a duração e aumentam o risco de instrumentalização do TP e parto (Guerra, 2016).

A analgesia epidural consiste na punção do espaço epidural – a nível lombar – sendo administrada uma mistura analgésica. Através desta técnica é colocado um cateter no espaço epidural, que permite a administração contínua ou intermitente de analgésicos. Os fármacos mais comumente usados são o cloridrato de ropivacaína (anestésico local) e o citrato de sufentanil (opioide) (Guerra, 2016). A colocação do cateter epidural era realizada por um anestesista com a colaboração do EEESMO. A técnica preconiza previamente a colocação de um acesso venoso com perfusão contínua de fluídos – lactato de ringer – para a profilaxia da hipotensão; monitorização da FCF, assim como das frequências cardíaca e respiratória materna; avaliação da pressão sanguínea; posição sentada ou em decúbito lateral da parturiente e material esterilizado para o procedimento. Posteriormente à execução da técnica, era colocado um adesivo protetor sobre o cateter epidural e a parturiente era posicionada em decúbito dorsal durante 20 minutos, objetivando que o analgésico se distribuisse de igual modo pelos os dois hemisférios corporais. As doses de reforço eram preparadas e administradas pelo EEESMO.

Apesar das suas vantagens – analgesia completa – não proporciona sedação nem obnubilação da consciência. Contudo, pode acarretar complicações, nomeadamente, a hipotensão, o bloqueio motor, a febre intraparto e a retenção urinária (Anim-Somuah, Smyth, Cyna & Cuthbert, 2018). Os autores referem, também, a existência de uma relação entre a administração de analgesia epidural e o prolongamento do primeiro e segundo estádios do TP, bem como uma maior probabilidade de se recorrer à indução com ocitocina.

Também a WHO (2018) elucida que a analgesia epidural está associada a uma taxa superior de partos instrumentados, a uma maior probabilidade de se recorrer à indução com ocitocina, a efeitos secundários – como a retenção urinária, a punção da dura-máter e a hipotensão – e a um prolongamento do primeiro e segundo estádios do TP.

Dado o risco de retenção urinária, a literatura recomenda o esvaziamento vesical intermitente a cada duas horas ou na presença de globo vesical, caso a mulher não consiga urinar espontaneamente. De ressaltar que o cateterismo urinário intermitente pode favorecer a progressão do segundo estadio do TP (Valenciano & Alpizar, 2019), pelo que na prática clínica esta técnica foi utilizada quando a parturiente não tinha percepção para urinar espontaneamente.

Após a administração dos fármacos, dado o risco de bloqueio motor, bem como a necessidade de fluidoterapia contínua e de monitorização cardiotocográfica, a parturiente ficava no leito. No entanto, a posição de supina e de litotomia apresentam desvantagens. De considerar que nesta fase do TP, os desconfortos são mais intensos na região suprapúbica, sagrada e perineal, pelo que a adoção de posições que potenciem a abertura dos diâmetros da bacia são vantajosas (Balaskas & Ancheta, 2017).

2.3 Avaliar a evolução do trabalho de parto: primeiro estadio

O primeiro estadio do TP caracteriza-se pela presença de contrações uterinas que incitam o aumento da pressão hidrostática intra-amniótica e exercem pressão no segmento inferior uterino enquanto as membranas se mantêm intactas. Posteriormente à sua rotura, é a apresentação fetal que exerce pressão direta sobre as estruturas, o que contribui para a dilatação e extinção do colo uterino. A dilatação do colo do útero descreve-se numericamente entre um e dez centímetros. Considera-se completa quando não é possível, durante o exame tocológico, sentir tecido do colo uterino diante da apresentação – correspondendo, assim, ao diâmetro do canal quando alcança os dez centímetros. O encurtamento do colo do útero deve-se à contratilidade uterina – a extinção. Em parturientes nulíparas, a extinção ocorre previamente à dilatação, sendo que nas múltiparas estes fenómenos ocorrem, geralmente, em simultâneo (Graça, 2017).

A WHO (2018) divide o primeiro estadio do TP em fase latente e em fase ativa: a fase latente corresponde a uma dilatação até aos cinco centímetros, sendo caracterizada por contrações uterinas dolorosas, por um ritmo variável e por alterações do colo do útero, incluindo alguma extinção e progressão da dilatação mais lenta; enquanto que a fase ativa implica a extinção completa do colo uterino e uma dilatação superior a cinco centímetros até à dilatação completa, caracterizada por contrações uterinas dolorosas e regulares, total extinção e progressão da dilatação de forma mais rápida. Contudo, esta definição não é uniforme na literatura. Graça (2017) defende que a fase latente decorre desde o início da contratilidade uterina regular e dolorosa até à extinção completa do colo do útero e à dilatação entre os

três e os seis centímetros. Em contexto de estágio, consideravam-se os cinco centímetros de dilatação para diferenciar as referidas fases. Quanto à duração, o mesmo autor defende que a fase latente não se prolonga além das 20 horas para mulheres nulíparas e até 14 horas para múltiparas. A fase ativa não apresenta uma durabilidade estabelecida, sendo variável em cada parturiente, porém não se prolonga além das 12 horas na nulípara e de 10 horas na múltipara (WHO, 2018).

De entre os motivos mais comuns que proporcionam o recurso ao serviço de urgência, destacam-se a redução da percepção dos movimentos fetais, a hemorragia vaginal, a rotura de membranas, assim como as queixas álgicas consequentes de contrações uterinas – tanto em verdadeiro TP como no caso de se tratarem de contrações de Braxton-Hicks. Às gestantes que recorrem ao serviço de urgência, é primeiramente realizada uma avaliação onde se aborda o motivo de deslocação ao hospital, se avalia o bem-estar materno-fetal e são prestados os cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades. A monitorização dos batimentos cardíacos fetais e das contrações uterinas através de CTG é considerada crucial, objetivando avaliar o bem-estar do feto.

Nos casos em que era identificada a rotura de membranas, a grávida era admitida para internamento no Bloco de Partos, dados os riscos inerentes à rotura de membranas previamente à insinuação da apresentação fetal – particularmente, o prolapso do cordão umbilical (Graça, 2017). Se a rotura de membranas ocorria antes do início do TP – RPM – pelo risco de morbimortalidade materno-fetal e neonatal resultante de infeção (corioamniotite e *sepsis*), de prolapso do cordão, descolamento de placenta e de prematuridade (Guimarães, Moucho & Gomes, 2014), a gestante ficava internada para maturação cervical. Perante a confirmação do diagnóstico de TP, a parturiente/casal eram, também, admitidos no Bloco de Partos.

De acordo com o previamente descrito, o acolhimento da parturiente/casal proporciona segurança e confiança, reduz os níveis de ansiedade e simplifica a relação terapêutica entre o EEESMO e o casal. Neste sentido, no primeiro contacto com o casal, procedia à apresentação pessoal e profissional enquanto estudante do MESMO; apresentava as instalações físicas do serviço; informava acerca da possibilidade de permanência do companheiro ou convivente significativo na unidade e sobre as rotinas do serviço. A colheita de dados inicial incluía a avaliação das características do colo uterino – avaliadas aquando da admissão; a IG; o historial obstétrico; a presença de infeção por EGB, que implica a administração de antibioterapia de acordo com o protocolo do serviço; bem como a integridade da bolsa amniótica, com registo da data, hora e características do líquido amniótico em caso de rotura. Como recomenda a WHO (2018), os dados obtidos eram registados informaticamente e no partograma – representação gráfica do TP, que constitui um recurso visual para analisar a extinção e dilatação e a descida da apresentação fetal ao longo do tempo (Prada & Rafael, 2016b).

A *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (2006) define o parto normal como um processo fisiológico único, no qual a mulher termina a sua gestação de termo, isto é, entre as 37 e as 42 semanas, em que estão incluídos fatores psicológicos e socioculturais. O início ocorre espontaneamente, progride e finaliza sem complicações, culminando com o nascimento. O parto normal não pressupõe intervenções além do apoio absoluto e respeitoso do mesmo. Contudo, um parto normal pode incluir intervenções com o desígnio de promover a evolução do TP, sendo estas a amniotomia (sem o objetivo de induzir o TP), a monitorização fetal contínua, o controlo da dor através de métodos não farmacológicos e farmacológicos, a correção de distocias dinâmicas, a episiotomia justificada por razões materno-fetais, a atitude ativa no terceiro estadio do TP, o parto com complicações menor – hemorragia pós-parto ligeira facilmente controlada, lacerações de primeiro e segundo grau – e a administração de antibioterapia para profilaxia de infeção neonatal por EGB. Por outro lado, excluem-se do parto normal as intervenções que promovem a indução do TP, os partos distócicos, a cesariana e a anestesia geral (Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas & Marques, 2012).

O EEESMO detém a capacidade de cuidar da mulher/família durante o TP, sendo a avaliação do bem-estar materno-fetal uma das suas competências específicas (OE, 2019a).

A parturiente no primeiro estadio do TP era submetida a diversas atividades de vigilância do bem-estar materno e fetal. No CHPVVC encontra-se protocolada a avaliação dos sinais vitais uma vez por turno. Campos, Amaral, Mateus e Faria (2014), defendem que monitorização dos sinais vitais no primeiro estadio do TP deve ser efetuada de quatro em quatro horas, tanto na fase latente como na fase ativa. Porém, condições específicas podem exigir uma monitorização mais frequente – pré-eclampsia, HTA e febre intraparto. A febre intraparto define-se pelo aumento da temperatura corporal igual ou superior a 38.°C durante o TP. Geralmente, a sua etiologia é de cariz não infeccioso e associa-se a fatores como a nuliparidade, TP prolongado – superior a 12 horas, feto macrossómico, recurso à analgesia epidural, produção de calor endógeno, resultante das contrações uterinas e dos esforços expulsivos e o estado de hidratação. Para a parturiente, a febre intraparto pode acarretar consequências na dinâmica das contrações uterinas e pode prolongar o TP. Também o aumento da taxa de partos instrumentados e de cesarinas estão relacionados com a febre intraparto. Para a saúde neonatal, as consequências podem-se traduzir em índices de Apgar ao primeiro e quinto minuto mais baixos, hipotonia, convulsões e encefalopatia (Diz, 2014).

Durante o TP, como em qualquer fase da gestação, o bem-estar fetal é crucial, uma vez que as contrações uterinas interrompem o fluxo sanguíneo materno-fetal, o que proporciona períodos intermitentes de redução da oxigenação fetal. Apesar de a maioria dos fetos apresentarem reservas para resistir a essas alterações, outros podem não as apresentar (Santana & Figueiredo, 2016). Deste modo, no Bloco de Partos do CHPVVC encontra-se protocolada a avaliação cardiotocográfica, que representa o método *standard* da avaliação da vitalidade do feto. Contudo, uma das questões mais prementes acerca do seu uso está

relacionada com a necessidade de a mesma ser realizada de forma contínua ou intermitente. A ACOG (2019) esclarece que a monitorização contínua não apresenta benefícios para a parturiente de baixo risco. Recomenda, assim, a monitorização intermitente enquanto alternativa segura. De ressaltar que existem critérios que podem fundamentar a opção pela monitorização contínua, exemplificando: pré-eclâmpsia e a DG, anomalias congénitas, RCIU, hemorragia, líquido amniótico com mecónio e indução de TP.

Assim, durante a prática clínica, sempre que possível, optava-se pela monitorização intermitente, sendo que a CTG era realizada em períodos de 30 minutos aquando da admissão e, posteriormente, de duas em duas horas durante a fase latente e na ausência de analgesia epidural ou indução de TP, como corroboram Campos et al. (2014). Esta prática possibilitava à parturiente deambular e recorrer a outros métodos não farmacológicos para controlar a dor. No intervalo das duas horas procedia-se à auscultação dos batimentos cardíacos fetais, de forma a avaliar o bem-estar fetal.

A realização do exame vaginal permite obter dados que possibilitam a avaliação da progressão do TP: as características da bacia materna; a integridade da bolsa amniótica; as características das perdas vaginais – presença de sangue ou líquido amniótico, coloração e odor; a estática fetal – atitude (postura assumida pelo feto no final da gravidez, flexão generalizada de todo o corpo, adotando forma ovóide para se adaptar à cavidade uterina), situação (relação entre os maiores eixos maternos e fetal), apresentação (parte fetal acessível ao toque vaginal e que tende a exteriorizar-se primeiro, podendo ser cefálica, pélvica ou de espádua), posição (relação entre o ponto de referência da apresentação com os lados esquerdo ou direito do canal de parto) e variedade (relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversa do canal do parto) (Graça, 2017).

O exame vaginal permite, também, analisar a extinção e a dilatação do colo do útero, recorrendo ao índice de Bishop, uma vez que possibilita considerar as características do colo uterino (dilatação: fechado, um a dois centímetros, três a quatro centímetros, igual ou superior a cinco centímetros; extinção: 0 a 30%, 40 a 50%, 60 a 70%, igual ou superior a 80%; consistência: duro, médio ou mole; posição: posterior, intermédio ou anterior) relativamente à normal evolução do TP, bem como a descida da apresentação fetal de acordo com os Planos de Hodge: o primeiro plano acomoda a passagem pelo promontório e bordo superior da sínfise púbica; o segundo plano corresponde à passagem entre a segunda e terceira vértebras sacrais e o bordo inferior da sínfise púbica; o terceiro plano implica a passagem pelas espinhas isquiáticas; por fim, o quarto plano passa pela ponta do cóccix (Graça, 2017).

O mesmo autor refere ainda que existem situações em que os fetos mal posicionados contribuem para trabalhos de parto prolongados, para partos instrumentados e até mesmo cesarianas, apesar da mobilidade singular da bacia materna, pelo que a realização do exame

vaginal assumam uma importância crucial. Contudo, a frequência da sua realização não é consensual na comunidade científica. Campos et al. (2014) corroboram a sua execução de duas em duas horas na fase latente e de hora em hora na fase ativa. A WHO (2018) preconiza intervalos de quatro horas entre a sua realização, na ausência de sinais que justifiquem um exame imediato. Na prática clínica, o exame vaginal era efetuado mediante as necessidades e a evolução do TP: aquando da admissão; na concretização de procedimentos como a amniotomia ou a colocação de cateter epidural; na presença de alterações do traçado cardiotocográfico; na rotura espontânea de membranas ou perante alterações na perceção da dor ou de outros sinais proferidos pela parturiente. Deste modo, na prática clínica, foram seguidas as recomendações da WHO (2018), sendo o exame vaginal realizado de acordo com as necessidades da parturiente.

A dor durante o TP é considerada única e altamente individualizada para cada parturiente (Pedro & Oliveira, 2016). No primeiro estadio do TP, a dor deve-se à distensão dos tecidos uterinos e à dilatação do colo uterino. Geralmente é sentida durante as contrações uterinas e caracteriza-se como uma dor visceral (Guerra, 2016). Nesta fase, a dor é habitualmente referida na parede abdominal, na região lombar e sagrada, nas cristas ilíacas e/ou nos glúteos, sendo transmitida pelos nervos espinais T10-L1. A dor representa uma experiência de carácter subjetivo, única, complexa e multifatorial (Pedro & Oliveira, 2016), pelo que não deve ser reduzida à sua componente física. Os autores acrescentam que a dor e o desconforto estão intrinsecamente relacionados com o medo e ansiedade da mulher. Assim, urge a necessidade de implementar estratégias que quebrem o ciclo de medo-tensão-dor.

Relativamente à restrição da ingestão de alimentos durante o TP, tem-se verificado, na comunidade científica, a unanimidade no que concerne à defesa da ingestão oral. O défice na ingestão nutricional na parturiente pode ter como consequência um parto mais prolongado e perçecionado como mais doloroso (Dekker, 2017). De considerar os benefícios de uma refeição ligeira durante o TP, uma vez que o jejum pode originar a cetoacidose e, consequentemente, os ácidos gástricos tornam-se mais acídicos e corrosivos. A ACOG (2019) defende a ingestão oral para parturientes consideradas de baixo risco e com evolução normal do TP, limitando-a a líquidos claros — água, chá, sumos de fruta sem polpa — em volumes não superiores a 100ml de 15 em 15 minutos. Durante o estágio, verificou-se que as parturientes em fase latente tinham acesso a refeições ligeiras e, durante a fase ativa, podiam ingerir líquidos claros e gelatina.

2.3.1 Evolução do trabalho de parto: critérios de desvio do normal

Ainda no primeiro estadió do TP foram observados desvios à normal evolução do TP. Nas situações de baixo risco, a vigilância do TP é da responsabilidade do EEESMO, o que exige ao profissional o domínio completo dos padrões de normalidade na progressão do TP, preservando a saúde materna e neonatal e reduzindo as taxas de cesarianas preconizadas pela WHO (2015b) para 10 a 15%.

São diversos os fatores que podem contribuir para os desvios da normal evolução do TP, pelo que, neste sentido, é crucial que o EEESMO tenha presente a mecânica do TP, a capacidade de o feto transpor a pelve materna, considerando a interação de três variáveis ao longo do TP, nomeadamente, as potências — forças geradas pelo músculo uterino; o passageiro — o feto; e a passagem — o canal de parto. De acordo com Prada e Rafael (2016a), os primeiros desvios à normalidade no TP podem ocorrer na fase latente: situações de risco materno, considerando os antecedentes pessoais e obstétricos — exemplificando, patologia anterior à gravidez, patologia induzida ou agravada pela gravidez, entre outros; situações de risco fetal — como o diagnóstico pré-natal de risco fetal, a condição do feto aquando da avaliação, a sua estática, RPM pré-termo e o líquido amniótico com presença de sangue ou mecónio.

A WHO (2018) afirma que o prolongamento da fase latente do TP pode ser condicionado por fatores inerentes à gestação, nomeadamente, contrações uterinas de pequena amplitude ou descoordenadas, cabeça fetal demasiado grande ou posição anormal em relação aos eixos da bacia com diâmetros reduzidos, considerando que a fase latente é prolongada quando é superior a 20 horas na nulípara e a 14 horas na múltipara. Também a ausência de mobilidade da grávida pode ser considerada como um fator extrínseco que contribui para o aumento do tempo do TP, acarretando outros riscos, nomeadamente, o de infeção, pelo maior número de intervenções e de exames vaginais. Prada e Rafael (2016a) acrescentam ainda fatores como a sedação excessiva, a analgesia epidural e o falso TP confundido com o início do TP.

Deste modo, um dos desvios à normal evolução do TP mais comumente observado relacionou-se com o TP prolongado — progresso lento e anormal do TP, decursivo de contrações uterinas ineficazes, incompatibilidades feto-pélvicas e anomalias na apresentação fetal ou nas estruturas ósseas e/ou tecidos moles pélvicos (WHO, 2018). Sendo mais frequente nas nulíparas em comparação com as múltiparas, por vezes exige intervenções condescendentes da maturação e da dilatação cervical, dado estar associado a taxas mais elevadas de mortalidade e morbilidade materno-fetal, decorrente de infeções, rotura uterina ou intervenções cirúrgicas.

A aceleração do TP objetiva estimular a contratilidade uterina na presença de um TP com fase ativa anómala. Assim, mediante o diagnóstico médico de TP prolongado e um índice de Bishop superior a sete, Silva, Rebelo e Santos (2014) defendem o recurso à ocitocina sintética em perfusão, com o intuito de intensificar as contrações uterinas numa tentativa de favorecer a dilatação e extinção do colo uterino. De ressaltar que a administração de

ocitocina enquanto método profilático do TP prolongado não se encontra recomendada, devendo somente ser efetuada mediante um diagnóstico efetivo de TP prolongado e quando a dilatação cervical é superior a cinco centímetros (WHO, 2018). O uso de ocitocina pode apresentar efeitos adversos como a hiperestimulação uterina, que, consequentemente, pode transpor à taquissístolia, à hipóxia fetal, bem como à rotura uterina. Além do referido, o seu uso por rotina contribui para a limitação da mobilidade da parturiente, dada a necessidade de CTG contínua.

Ao longo do estágio, foi administrada ocitocina em perfusão, mediante a prescrição médica. No CHPVVC, o protocolo instituído preconiza a administração de 10 unidades internacionais (UI) de ocitocina diluídas em 1000ml de soro glicosado a 5%, em perfusão contínua, com recurso a máquina perfusora ou a regulador de gotas, com um débito inicial de 15ml/h, possível de ser aumentado num rácio de 15ml/h, a cada 30 minutos na ausência de efeitos adversos.

Campos (2014) define a hiperestimulação uterina como a existência de uma hipertonia – aumento do tônus basal – e/ou de uma taquissístolia – mais do que cinco contrações em cada 10 minutos, durante um período superior a 20 minutos. O aumento na frequência das contrações uterinas pode conduzir à hipóxia fetal, devido à contratilidade excessiva que impossibilita a troca de gases que ocorre habitualmente no intervalo das contrações. A hiperestimulação uterina geralmente ocorre associada à maturação cervical, indução do TP e aceleração do mesmo, contudo também pode surgir no TP de início e evolução espontânea.

Os mesmos autores elucidam que, perante uma situação de hiperestimulação uterina decorrente da maturação cervical, indução ou aceleração do TP, urge suspender o estímulo farmacológico. Outras medidas como a administração de fluídos, a manutenção da monitorização cardiotocográfica e o posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo para promover a perfusão útero-placentária também devem ser adotadas. Nos casos em que ocorrem alterações cardiotocográficas relevantes, deve ser imediatamente iniciada a tocolise aguda, com recurso ao salbutamol IV, dada a sua ação ao nível do miométrio, diminuindo os níveis de cálcio intracelular, relaxando o músculo e reduzindo a frequência das contrações uterinas. Segundo o protocolo, administra-se salbutamol 25 microgramas por minuto, até uma dose máxima de 125 microgramas, em 500ml de soro fisiológico IV, através de uma bomba perfusora a 150ml/h durante no máximo cinco minutos. Alicerçada à administração do referido fármaco, torna-se relevante a monitorização da frequência cardíaca materna pelo risco de taquicardia. Na ausência de uma resposta rápida à terapêutica, deve ser considerada a necessidade de uma cesariana emergente. Em contexto de estágio, as situações de hiperestimulação uterina que decorreram foram revertidas com a suspensão do fármaco indutor.

A amniotomia – rotura artificial de membranas – representa, também, uma intervenção geralmente habituada à aceleração do TP, no entanto a sua utilidade não é consensual. A

sua etiologia é ainda desconhecida, porém acredita-se que a amniotomia despoleta a produção de prostaglandinas e ocitocina que, aliada ao encurtamento das fibras miométriais pela diminuição de líquido amniótico, promove a eficácia das contrações uterinas e a dilatação cervical (Souza, Costa, Coutinho, Neto & Amorim, 2010). Por um lado, investigadores defendem que a amniotomia encurta o tempo do TP e não apresenta impacto nas taxas de cesariana nem na morbidade infantil (Majeed & Tariq, 2013). Por outro lado, existem estudos que afirmam não existir relação entre a amniotomia e o encurtamento do TP, existindo uma possível relação com o aumento da taxa de cesarianas (Smyth, Markham & Dowswell, 2013).

O procedimento deve ser precedido de uma análise, na qual se deve avaliar o tipo de apresentação, a sua altura e o colo do útero. Neste sentido, existem parâmetros que devem ser confirmados previamente à consideração da realização da amniotomia: dilatação cervical superior a três centímetros; encravamento da apresentação fetal – a apresentação deve estar no terceiro Plano de Hodge para prever a compressão do cordão num eventual prolapso; a necessidade de quatro tomas de antibioterapia mediante a presença de EGB positivo, dado o risco de infeção; traçado cardiotocográfico tranquilizador; ausência de contra-indicações, designadamente, parto prematuro, gravidez múltipla, HTA, DG ou o vírus da imunodeficiência humana (VIH) positivo (Souza et al., 2010). A técnica apresenta possíveis complicações, como o prolapso do cordão umbilical, a compressão do polo cefálico com implicações na FCF, o aumento da taxa de infeção ascendente, o sangramento fetal ou placentário, a embolia amniótica e o desconforto materno (Souza et al., 2010).

No estágio, a realização da amniotomia decorreu mediante prescrição médica ou se desejado pela mulher com o objetivo de encurtar o TP, reunidas as condições anteriormente descritas. No contexto de uma prática clínica supervisionada, o procedimento era efetuado sob o consentimento informado da parturiente. Primeiramente, procedia-se à realização do exame vaginal e, se adequado, era efetuada a rotura das membranas com recurso à pinça de Herff. A apresentação fetal era suportada e a sua descida controlada para prevenir o colapso do cordão umbilical. A hora da rotura e as características do líquido amniótico eram registadas. A CTG era mantida após o procedimento para detetar possíveis alterações.

Apesar das várias técnicas para promover a aceleração do TP, quando necessário, por vezes não se verificavam os seus efeitos na dilatação do colo do útero. Barros e Campos (2014) definem TP estacionário como aquele que não progride durante um determinado intervalo de tempo, de acordo com a fase em que se encontra. Assim, os autores elucidam que a fase latente prolongada se caracteriza pela duração superior a 20 horas em nulíparas e superior a 12 horas em múltiparas. A fase ativa estacionária corresponde à ausência de alterações cervicais durante, pelo menos quatro horas, sob perfusão de ocitocina. O período expulsivo prolongado apresenta uma duração superior a duas horas em nulíparas ou a uma hora em múltiparas, porém na presença de analgesia locorregional os intervalos são prolongados em uma hora. Também a DGS (2015b) caracteriza o TP estacionário quando se verifica a

ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, quatro horas com dilatação inferior a seis centímetros ou duas horas quando superior a seis centímetros de dilatação. De salientar que a WHO (2018) considera que a evolução de um centímetro por hora durante o primeiro estadio de TP é inadequada para identificar o risco de consequências materno-fetais e não pode ser considerada como a normalidade para todas as mulheres.

O motivo do TP estacionário pode ser de natureza mecânica – quando as condições fetais ou as estruturas do canal de parto impedem a descida da apresentação fetal – ou de natureza dinâmica – relacionada com a disfunção contrátil uterina (DGS, 2015c). Assim, mediante um diagnóstico estabelecido de TP estacionário, a parturiente era preparada para uma cesariana.

2.4 Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio do primeiro estadio do trabalho de parto

Durante o primeiro período do TP procurou-se melhorar o conhecimento sobre o TP, a consciencialização da relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do TP e a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP, bem como a capacidade para aliviar a dor de TP usando estratégias não farmacológicas, de forma a contribuir para uma experiência positiva de parto.

2.4.1 Conhecimento sobre trabalho de parto

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar conhecimento sobre TP*”, previamente eram averiguados determinados dados, entre os quais, o conhecimento sobre o que é o TP, o que o caracteriza, quais são as suas fases, como se desenvolve, bem como sobre as características da dor de TP. Face às necessidades identificadas, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- *Ensinar sobre TP*, na qual importa transmitir que o TP representa um conjunto de acontecimentos fisiológicos que proporcionam a dilatação do colo uterino, a

progressão fetal através do canal de parto e a sua expulsão para o exterior — o parto — assim como dos restantes produtos de concepção, a placenta e as membranas amnióticas. Considera-se início do TP quando ocorrem contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e em intensidade, simultaneamente à extinção e dilatação cervical;

- *Ensinar sobre dor do TP*, na qual importa informar que a dor durante o TP é considerada única e altamente individualizada para cada parturiente, como corroboram Pedro e Oliveira (2016). Deste modo, era transmitido que no primeiro estadio do TP, a dor se deve à distensão dos tecidos uterinos e à dilatação do colo uterino, sendo geralmente percecionada na parede abdominal, na região lombar e sagrada, nas cristas ilíacas e/ou nos glúteos. Revelou-se essencial compreender o tipo de dor sentida pela parturiente, o padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente, assim como as suas expectativas. Proporcionar informação relativa aos métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis; informar previamente sobre os seus benefícios e potenciais riscos; informar as mulheres sobre a sua capacidade fisiológica de produzir endorfinas durante o parto fisiológico em condições de intimidade; oferecer à mulher a possibilidade de nomear um ou vários métodos se, assim, desejasse; informar sobre a evidência dos métodos alternativos aos fármacos; permitir o acompanhamento de forma contínua durante todo o processo foram as estratégias utilizadas, corroboradas pela OE (2012).

2.4.2 Consciencialização da relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do trabalho de parto

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar consciencialização da relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do TP*”, previamente eram averiguados determinados dados, designadamente, a compreensão sobre as vantagens de recorrer a determinadas estratégias (como a deambulação, a bola de pilates, a verticalidade) para facilitar a evolução do TP. As intervenções de enfermagem implementadas foram:

- *Contratualizar com a cliente experiência indutora da consciencialização*, sendo que para a concretização da referida intervenção era contratualizado com a parturiente que experimentasse as diferentes estratégias, de modo a compreender qual a que resultava melhor;
- *Analisar com a cliente a relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do TP*. No primeiro estadio do TP, a parturiente pode adotar posicionamentos que

promovam a dilatação e a progressão da apresentação fetal. Também a deambulação, o uso da bola de pilates, o duche, a massagem e a distração (por exemplo, através da música e da leitura) representam estratégias facilitadoras da evolução do TP. Além disso, o EEESMO deve assegurar que o ambiente seja acolhedor, permitindo a presença de uma pessoa significativa (Fatia & Tinoco, 2016). Assim, era assegurado que a unidade se encontrava organizada, com luz ténue ou de acordo com a preferência do casal, sem odores e com temperatura ambiente adequada. De igual forma, eram incentivados os posicionamentos verticais, a deambulação, o uso da bola de pilates, o duche e a aplicação de lençóis quentes, assim como a massagem e a contrapressão.

2.4.3 Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP*”, primeiramente observa-se a parturiente na execução da técnica. Face às necessidades identificadas, as intervenções de enfermagem implementadas foram:

- *Instruir posição corporal facilitadora do TP;*
- *Treinar posição corporal facilitadora do TP;*
- *Instruir uso de dispositivos facilitadores do TP;*
- *Treinar uso de dispositivos facilitadores do TP;*
- *Instruir exercícios de mobilidade da bacia;*
- *Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia;*
- *Instruir sobre expulsão uterina.*

Durante a fase latente do primeiro estadio do TP, as estratégias não farmacológicas mais observadas e implementadas consistiram na verticalização e na deambulação. A posição vertical suporta grandes benefícios para a parturiente e para o feto. Quando em TP, a mulher assume uma posição vertical, ocorre o aumento do fluxo sanguíneo para o útero, o que reduz a dor, aumenta o aporte de oxigénio para o feto e promove uma dinâmica uterina mais regular e eficaz. Também Ferrão e Zagão (2017), afirmam que a verticalidade melhora o equilíbrio do corpo da parturiente no sentido da força gravitacional, promovendo os mecanismos de encravamento e descida fetal, quer pelo polo de apresentação da pelve materna, quer pelo apoio direto da apresentação fetal sobre o colo uterino. Consequentemente, pode existir o encurtamento do primeiro estadio do TP, uma melhor

tolerância à dor e uma redução da necessidade de analgesia. As posturas verticalizadas permitem o relaxamento do períneo e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se a fim de aumentar os diâmetros dos estreitos da bacia, através de movimentos que facilitam a passagem do feto. Além do referido, a não compressão da aorta abdominal e da veia cava inferior resulta num menor risco de hipotensão materna e promove a oxigenação fetal. As eficientes trocas materno-feto-placentárias reduzem o risco de sofrimento fetal, com melhores resultados ao nível de ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base no RN.

A OE (2012) e a WHO (2018) preconizam, também, as posições verticalizadas e a deambulação durante o primeiro estadió do TP, defendendo, igualmente, que a liberdade de movimentos parece estar articulada com um encurtamento do TP nas nulíparas e a uma redução na taxa de partos distócicos. A aplicação desta estratégia é simples, acessível, económica e não acarreta qualquer aumento de risco perinatal, pelo que era incentivada.

Outras posições – como a de cócoras ou a de quatro apoios – podem ser vantajosas nesta fase. Balaskas (2017) refere que a posição de cócoras é a posição fisiológica para o TP. A pelve atinge os maiores diâmetros, o que facilita a descida da apresentação fetal e as contrações apresentam uma eficácia máxima, além de que a gravidade representa um elemento adjuvante para a progressão do TP. Esta posição pode ser adotada em qualquer fase do TP entre as contrações ou mesmo durante as mesmas. Na posição sentada – banco de parto – a parturiente consegue benefícios similares aos oferecidos pela posição de cócoras, porém o tronco está apoiado, o que pode facilitar o descanso entre as contrações. A posição de quatro apoios, de acordo com a autora, pode ser uma opção em qualquer momento do TP, propiciando a movimentação livre da pelve e otimizando as contrações. Nesta posição, a movimentação rítmica e giratória da bacia pode coadjuvar no posicionamento da apresentação fetal, sendo particularmente importante quando a apresentação fetal se encontra numa variedade posterior.

Gallo, Santana, Marcolin, Duarte & Quintana(2017) destacam o uso da bola de pilates como uma estratégia para a adoção de diversas posições durante o TP, considerando-a como um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do TP, devido ao efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica na coordenação contrátil do miométrio, no aumento da velocidade da dilatação cervical e descida fetal e para o controlo da dor e aumento do conforto. A parturiente consegue estar sentada, mantendo a coluna corretamente alinhada, sem desconforto, permitindo uma moldagem ao corpo. Assim, a bola de pilates serve de suporte para a utilização de outras técnicas e para a realização de alongamentos e exercícios ativos de anteversão e retroversão pélvica. Esta estratégia demonstra ter efeitos positivos no alívio da pressão perineal e na descida e acomodação do polo cefálico às estruturas maternas. Neste sentido, ao longo da prática clínica, promoveu-se a utilização da bola de pilates durante a fase latente como promotora da mobilidade da bacia. Especificamente nos casos de grávidas em indução de TP ou com RPM cuja mobilidade se encontrava limitada pela necessidade de monitorização cardiotocográfica contínua, foi proporcionada a

possibilidade de utilizar a bola de pilates ao lado da cama para incentivar a adoção de diferentes posições.

Em contexto clínico, também o uso de água quente ou a aplicação de lençóis quentes foram estratégias utilizadas no primeiro período do TP, dado que a aplicação de calor incita o relaxamento, reduz a ansiedade, estimula a produção de endorfinas e favorece a perfusão uteroplacentária, o que proporciona a sensação de controlo da dor e, consequentemente, promove uma experiência de parto positiva (Silva & Lara, 2018).

2.4.4 Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar a capacidade para aliviar a dor de TP usando estratégias não farmacológicas”*, primeiramente observa-se a gestante na adoção de estratégias e avaliava-se o efeito percebido, implementando-se as seguintes intervenções de enfermagem:

- *Instruir estratégias de relaxamento;*
- *Treinar estratégias de relaxamento;*
- *Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP;*
- *Treinar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP.*

Com o objetivo de promover o alívio da dor durante o TP, destaca-se a massagem. Esta estratégia contribui para a redução da intensidade da dor no primeiro estadio do TP – promove o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos – potenciando uma maior sensação de controlo por parte da parturiente e uma maior satisfação com a experiência de parto (Gallo et al., 2017). São diversas as técnicas de massagem – desde um deslizamento superficial a uma pressão mais profunda, incluindo fricção e pressão em pequenos círculos. Importa que a técnica seja efetuada de forma razoavelmente firme e rítmica. Geralmente são aplicadas na região lombar, embora o possam ser em outros locais do corpo. Dentro das diferentes técnicas de massagem, destaca-se a contrapressão, que alivia a sensação de pressão interna e de dor lombar, dada a aplicação de pressão constante sobre a região sagrada. No estágio, foi possível verificar que esta técnica foi solicitada por várias parturientes, pelo que a massagem era, então, efetuada na região lombar, realizando contrapressão. Sempre que possível, recorreu-se ao acompanhante com o intuito de promover o contacto físico e contribuir para a produção de endorfinas.

Os exercícios respiratórios constituem uma estratégia primordial durante o TP. Segundo Gallo e colaboradores (2017), os exercícios respiratórios minoram a sensação dolorosa das contrações uterinas, estimulam os níveis de saturação materna de oxigênio e, concludentemente, melhoram a oxigenação fetal, proporcionam relaxamento e diminuem os níveis de ansiedade da parturiente. A respiração promove a distração mediante a dor, na medida que exige um maior nível de concentração e autodomínio numa tarefa durante as contrações uterinas. As técnicas respiratórias promovem o relaxamento da musculatura abdominal, aumentando o espaço livre na cavidade abdominal e reduzindo a fricção entre o útero e a parede abdominal. Neste sentido, durante o estágio foi transmitido às parturientes, na fase latente, que deveriam realizar uma respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas no momento da contração uterina, através da inspiração pelo nariz e da expiração pela boca.

De considerar que perante a dificuldade no controlo da dor, algumas mulheres manifestavam o desejo de recorrer à analgesia epidural, o que, por vezes, implicava o bloqueio motor. Neste sentido, na prática clínica foi implementada a técnica “*Rollover*” recomendada por Penny Simkin, que proporciona a liberdade de movimentos. A alternância de posicionamentos era efetuada a cada 30 a 60 minutos e de acordo com a tolerância e preferência da parturiente. A sequência iniciava com a mulher na posição de semi-sentada ou sentada; de seguida, alterava para decúbito lateral, de acordo com a sua preferência e conforto, considerando o bem-estar fetal; posteriormente, a mulher era incentivada a colocar-se em decúbito semi-ventral; seguia-se o posicionamento em quatro apoios ou de joelhos com auxílio na bola de pilates. Para voltar à posição inicial, eram realizados os posicionamentos em decúbitos semi-ventral e lateral para os lados opostos aos iniciais (Simkin & Ancheta, 2017). De ressaltar que nem sempre era realizada a sequência de acordo com o descrito. Na ausência de bloqueio motor, a parturiente era incentivada a colocar-se em posição de cócoras ou em posição de quatro apoios com apoio do tórax na bola de pilates, realizando movimentos circulares da bacia para facilitar o posicionamento da apresentação fetal nas estruturas maternas. Nestas posições era também mantida a realização da massagem e da contrapressão na região lombar. A **Figura 1** ilustra os diversos posicionamentos referidos.

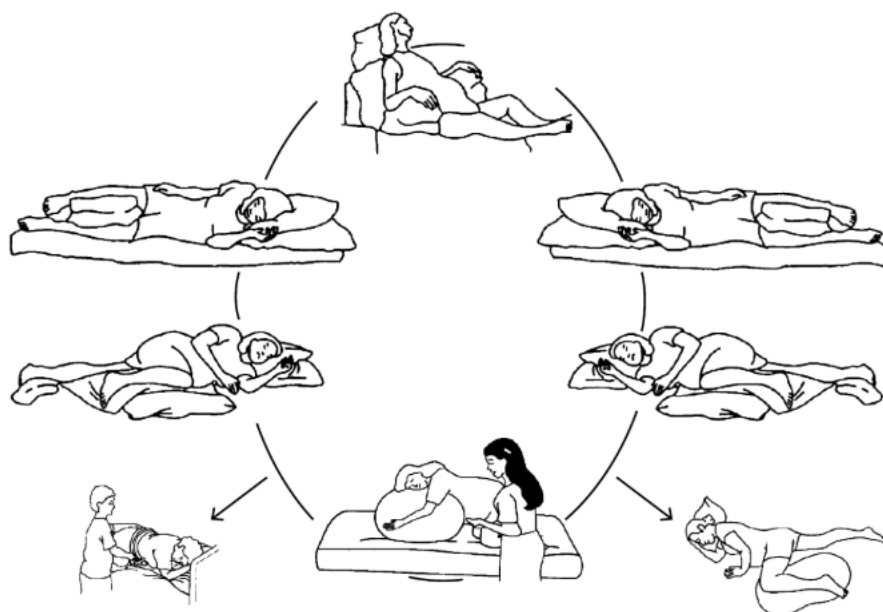


Figura 1: Sequência da técnica “Rollover” aplicada a parturientes com analgesia epidural (Simkin & Ancheta, 2017)

Considerando Simkin e Ancheta (2017), as posições verticalizadas são favorecidas pela ação da gravidade, o que coadjuva a progressão da apresentação fetal e a eficiência das contrações uterinas, uma vez que ocorre uma maior pressão do escalpe fetal sobre o cérvix, promovendo o aumento da dilatação e a progressão do primeiro e segundo períodos do TP. A posição de semi-sentada e o decúbito lateral beneficiam o repouso em parturientes cansadas, sendo que a lateralidade favorece a rotação do feto. Assim, em posições occipito-posteriores direitas, incentivava-se a parturiente a lateralizar para o lado direito, o que promove a rotação do feto em situação occipito-transversa e, seguidamente, a mulher era incentivada a adotar um posicionamento em decúbito semi-ventral direito, promovendo, assim, a variedade occipito-anterior. A sequência de posicionamentos descrita no exemplo facilita o segundo período do TP. O mesmo aconteceria se a parturiente adotasse o decúbito lateral esquerdo, em posições occipito-posteriores-esquerdas, dado que o feto tem tendência a rodar no sentido da gravidade. Posicionamentos como de quatro apoios e de joelhos são especialmente vantajosos nas variedades posteriores, pois promovem a rotação do feto para variedades anteriores, encurtando o segundo período de TP.

Durante a gestação, a bacia adquire uma mobilidade exclusiva — facilitada pela ação da hormona relaxina, que promove a elasticidade e flexibilidade das articulações — sendo acentuada durante o TP, o que permite alterações morfológicas internas que facilitam o encravamento, a descida e a rotação fetal até à sua expulsão. A coordenação de todos os movimentos da bacia contribui para a mobilização e orientação da cabeça fetal para e através da escavação pélvica. Considera-se que a bacia se encontra livre quando os ossos ilíacos se movem em todas as direções, sobre as cabeças femurais, sendo que tal apenas é

possível se os membros inferiores se encontrarem em flexão igual ou inferior a 90 graus em relação ao tronco. Pelo contrário, quando os membros inferiores se encontram em extensão e/ou flexão superior a 90 graus, a bacia não tem mobilidade, pelo que não é considerada livre (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Neste contexto, durante o primeiro período do TP e até à fase de transição para o segundo período do TP, incentivava-se a realização de assimetrias que promovessem o encaixe fetal no canal de parto. Assim, a contranutação ocorre quando o osso sacro bascula para atrás fazendo com que o promontório se afaste da sínfise púbica e o cóccix se desloca para a frente, aproximando-se do ísquion. Este movimento origina o aumento do diâmetro ântero-posterior do estreito superior, sendo, assim, relevante no início do TP. Aquando da fase de transição e até ao final do segundo período do TP, incentivavam-se as assimetrias que promovessem a progressão fetal, aumentando o estreito inferior, bem como a escavação pélvica. Com este intuito, a nutação permite que o osso sacro bascule para a frente, sendo que o promontório se aproxima da sínfise púbica e o cóccix retrocede, afastando-se do púbis. Este movimento impulsiona o aumento do diâmetro do estreito inferior, pelo que assume uma importância extrema durante o período expulsivo. Para a sua realização, a parturiente pode apenas aproximar os joelhos e afastar os pés, mobilizando os ossos sacrococcígeo e ilíacos no sentido inverso à contranutação (Mineiro et al., 2016; Simkin & Ancheta, 2017).

Neste contexto, revela-se útil associar a promoção do relaxamento através manutenção de um ambiente tranquilo, com iluminação ténue e temperatura adequada. Ferreira (2016) afirma que quando se pretende obter o conforto e a concentração máximos e criar um estado de relaxamento, importa considerar as características ambientais. A música também representou uma forma de relaxamento. Esta técnica contribui para reduzir emoções negativas, os níveis de stresse e para alcançar um elevado nível de relaxamento (Ferreira, 2016). Também se recorreu à contração de grupos musculares, alternada com períodos de relaxamento e à imaginação guiada. As técnicas de relaxamento e a musicoterapia promovem uma redução significativa na intensidade da dor percebida pela parturiente na fase latente do TP (Smith et al., 2018).

2.4.5. Assistir no trabalho de parto: suporte contínuo

Ao parto podem estar associados sentimentos e emoções como a ansiedade, o medo as expectativas desenvolvidas pela grávida/casal ao longo da gestação. Podem ser vivenciados sentimentos contraditórios: a alegria pela a proximidade do nascimento do filho, aliada à perda pelo encerramento de um capítulo da sua vida e à preocupação pelo confronto com o

seu papel de mãe. A ansiedade mediante possíveis intervenções que não deseja e o medo do desconhecido contribuem para uma experiência de parto potencialmente negativa (Guerra, 2010).

O suporte contínuo às parturientes/casal tem sido exaustivamente estudado e é definido como uma interação humana intencional entre o EEESMO e a parturiente/casal, objetivando promover uma forma positiva de encarar o processo do nascimento. Vários investigadores categorizam diferentes tipos de suporte, entre eles: o suporte físico e o conforto; o suporte emocional; o suporte de informação e instrução e o suporte de *advocacy* (proteção) (Amaral & Martins, 2016).

Relativamente ao suporte físico e emocional, permitem favorecer o progresso do TP, bem como a satisfação da parturiente na experiência única que vivencia. O suporte físico inclui diversas estratégias: proporcionar um ambiente confortável; assegurar o posicionamento pretendido pela mulher, assim como a deambulação; o toque, na medida em que transmite conforto, considerando as diferenças culturais; a gestão da dor; a estimulação da eliminação urinária, caso a parturiente não se encontre algaliada. Assim, todas as estratégias foram implementadas, de forma a proporcionar suporte físico e emocional à parturiente. De considerar, que o acompanhante de cada mulher, sempre que assim desejava, era ensinado, instruído e treinado neste sentido — o suporte contínuo à parturiente pode ser exaustivo, pelo que importa estimular o acompanhante a realizar pausas e a assegurar a sua alimentação (Amaral & Martins, 2016).

O suporte emocional pressupõe a aptidão para participar e compartilhar os sentimentos da parturiente, conjecturando a capacidade do EEESMO para motivar a parturiente a ocupar a mente com pensamentos positivos, objetivando reduzir medos e ansiedade. Em estudos desenvolvidos acerca da percepção do suporte contínuo em TP, as parturientes descrevem que a satisfação materna se refere mais às atitudes e aos comportamentos dos profissionais de saúde do que ao alívio da dor (Amaral & Martins, 2016). Assim, revelou-se essencial desenvolver uma relação de confiança, através de uma comunicação eficaz. A distração foi promovida através de atividades específicas, como conversar, ouvir música, dançar, focalizar a atenção num ponto ou imagem que auxilie à concentração, reduzindo a ansiedade

A ACOG (2019) salienta a importância do apoio emocional contínuo proporcionado pelo EEESMO durante o TP, uma vez que se encontra associado a vantagens como o encurtamento do TP, taxas inferiores de utilização de analgesia epidural, taxas inferiores de cesarianas, recém-nascidos com índices de Apgar mais altos e experiências de parto mais positivas.

Na prática clínica, as intervenções aplicadas para promoção do bem-estar emocional e da relação terapêutica com a parturiente/casal abarcaram a presença constante, a escuta ativa e o silêncio quando adequados. O acompanhamento de cada parturiente/casal foi individualizado, considerando o apoio e o incentivo. Outras intervenções focaram-se no domínio do conhecimento, provendo informações sobre os procedimentos a efetuar e da

progressão normal do TP, esclarecimento de termos técnicos e preparação para as sensações que a parturiente poderia vivenciar. Revelou-se essencial prover orientações à parturiente e promover a sua segurança e confiança ao longo de todo o processo, a aquisição de poder e sensação de controlo pela própria, favorecendo a participação ativa na tomada de decisão.

Assim, o acompanhamento proporcionado à parturiente/casal foi direcionado para a promoção do seu *empowerment* – conceito que, quando associado à gestação e ao TP, se traduz na autorrealização e independência conquistadas através da interação com o ambiente e com os outros indivíduos, potenciando a energia psicológica necessária para a execução da experiência de parto desejada (Aires, Ferreira Santos & Sousa, 2016).

Considerando o empoderamento da mulher, surge o plano de parto – documento escrito, de carácter legal, onde as gestantes expressam antecipadamente as suas preferências e expectativas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o TP, considerando os seus valores, desejos e necessidades pessoais, de modo a evitar intervenções indesejadas (Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017). Deste modo, elaborar o plano de parto promove o pensamento crítico e uma reflexão sobre os desejos, necessidades e limites, proporcionando uma sensação de controlo sob todo o processo (Medeiros, Figueiredo, Correa & Barbieri, 2019). Durante a experiência de estágio foi possível analisar diversos planos de parto, previamente elaborados pela grávida/casal em simultâneo com uma EEESMO do CHPVVC. Apenas em situações que comprometiam o bem-estar materno e/ou fetal e após a correta transmissão da informação ao casal, não foram cumpridos alguns parâmetros preconizados no plano de parto. No entanto, sempre que possível, os desejos de cada casal foram respeitados, dando, assim, ênfase à informação, ao direito, bem como à voz ativa da mulher.

2.5 Assistir no parto vs executar técnica de parto

O segundo estadio do TP – também designado por período expulsivo – inicia quando a parturiente apresenta a dilatação completa e cessa com a expulsão do feto (WHO, 2018). Nesta fase, uma nova força começa a atuar – a contração da musculatura do diafragma e da parede abdominal – que, associadas às contrações, comprimem o útero de cima para baixo e de frente para trás. A parturiente sente, ao longo do período expulsivo, uma vontade involuntária de puxar conseqüente da contratilidade uterina (Fatia & Tinoco, 2016).

A duração do segundo estadio do TP é condicionada por diversos fatores, entre eles, a eficácia das contrações uterinas, a presença de analgesia, a condição física e emocional, a

posição da parturiente, a paridade, a apresentação e a situação fetal, assim como o apoio proporcionado pelos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco, 2016). A durabilidade do período expulsivo é variável: em nulíparas sem analgesia epidural pode demorar até três horas e em multíparas normalmente conclui-se em duas horas; na presença de analgesia epidural, o *timing* aumenta em uma hora (WHO, 2018). Desde que o traçado cardiotocográfico se mantenha tranquilizador, o prolongamento dos *timings* estipulados não pode ser considerado como preditor dos resultados materno-fetais, devendo-se assegurar que a parturiente se encontre hidratada e confortável.

O segundo estadio do TP subdivide-se em duas fases: a fase latente, cuja dilatação cervical se encontra completa, contudo na ausência de contratilidade expulsiva involuntária, sendo considerada fisiológica e necessária para a recuperação da força física da mulher (*National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2019a) e a fase ativa, principiada pelos esforços expulsivos, ocorre a coroação da apresentação fetal e termina aquando da expulsão fetal, de acordo com o *The Royal College of Midwives* ([RCM], 2012a).

Graça (2017) refere que durante a evolução da fase latente do segundo estadio do TP, decorre uma acomodação gradual da apresentação fetal às estruturas maternas. A passagem do feto pelo canal de parto inclui determinados movimentos fundamentais, nomeadamente, o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça, a rotação externa e a expulsão fetal. Assim, impera a vigilância da progressão fetal ao longo do canal de parto, identificando a variedade e a posição do polo cefálico relativamente à bacia materna. Neste sentido, aquando do exame vaginal, era pesquisada a fontanela posterior – ponto de referência do osso occipital. Na prática clínica, em todas as parturientes avaliadas, a apresentação fetal era cefálica, com posições e variedades distintas. A apresentação fetal pode ser em vértice, occipito-posterior – bregmática – de frente ou de face. Em vértice e bregmática são as mais frequentemente observadas. A cabeça fetal roda no sentido da sínfise púbica, de forma a conseguir o menor diâmetro possível para facilitar a sua passagem pelo canal de parto. Para esta rotação apurou-se, assim, que as variedades anteriores eram mais facilitadoras, sendo que as variedades posteriores antediziam, geralmente, partos mais prolongados.

A posição materna influencia significativamente a acomodação do polo fetal, sendo que as posições verticalizadas parecem promover o encurtamento do segundo estadio do TP, em particular nas variedades posteriores (RCM, 2012a).

De acordo com Mineiro e colaboradores (2016), a posição horizontal – que inclui a posição supina, de litotomia e semirreclinada – apresenta diversas desvantagens: a compressão dos grandes vasos maternos, como a artéria aorta e a veia cava, pelo útero gravídico, podendo originar hipotensão e bradicardia materna; as alterações no fluxo uteroplacentário e, subsequentemente, a redução da quantidade oxigénio que o feto recebe, podendo traduzir-se em alterações significativas no traçado cardíaco fetal; as contrações uterinas são menos

eficazes; a ação da gravidade não favorece a descida fetal ao longo do canal de parto; os esforços expulsivos são dificultados se forem contra a força da gravidade; não permite a mobilidade da bacia e o consequente aumento dos seus diâmetros; os membros inferiores, ao permanecerem imobilizados, atuam como um peso morto e não permitem os movimentos intrínsecos da bacia materna; não permite que a cabeça do feto exerça uma pressão constante sobre o períneo, o que dificulta a sua distensão gradual. Os autores afirmam, ainda, que a posição de litotomia com as pernas nas perneiras é entendida como menos confortável, com maior dor e maior restrição de movimentos.

Os posicionamentos verticais ou laterais, quando comparados com os horizontais, estão associados a menores taxas de episiotomias e partos instrumentados, apesar de existir uma relação com taxas superiores de lacerações de segundo grau. A parturiente com analgesia epidural e que adota uma posição lateral apresenta maior probabilidade de manter o períneo intacto, em comparação com a posição de litotomia – 40% versus 12% (ACOG, 2018a).

Em contexto de estágio, a maioria das parturientes encontravam-se sob efeito da analgesia epidural, pelo que por vezes a sua mobilidade estava limitada, dado o bloqueio motor dos membros inferiores. Neste sentido, não era possível implementar os posicionamentos verticais. Contudo, eram estimulados os decúbitos laterais, a posição de cócoras ou a posição de sentada na cama com a cabeceira elevada numa tentativa de verticalização. Nas parturientes sem analgesia epidural, era promovida a verticalidade – banco de partos e cócoras – e a posição de quatro apoios, dado que as posições maternas aconselhadas equiparam-se às mencionadas para a fase ativa.

Assegurado o posicionamento da parturiente, era colocado o equipamento de proteção individual – barrete, máscara, bata e luvas – assegurando a norma assética, sendo colocado o campo com funil sob o períneo, um campo por cima do abdómen e as perneiras esterilizadas. Na mesa de apoio, era disposto o material necessário para assistir ao parto: duas tesouras – uma para possível episiotomia e outra para seccionar o cordão umbilical; duas pinças hemostáticas de Kocher para clampar; um clamp hollister para o coto umbilical; compressas e um campo de tecido para limpar o RN. Em parturientes com tipo de sangue O e/ou com fator Rhesus D negativo acrescentava-se o material para colheita de sangue do cordão, devido à possível isoimunização.

A progressão da apresentação fetal no canal de parto desencadeia o estímulo involuntário do puxo. Este reflexo – designado como reflexo de Ferguson – decorre devido à pressão exercida pela apresentação fetal nos recetores da face posterior da vagina, levando à libertação de ocitocina (Graça, 2017). De salientar que a analgesia epidural origina um bloqueio neuronal desta perceção, o que reduz a sensibilidade e este estímulo. Assim, o puxo dirigido é, por diversas vezes, utilizado. Porém, o puxo dirigido – especificamente a manobra de Valsalva – acarreta algumas desvantagens, entre elas, o compromisso na oxigenação fetal; reduz a funcionalidade dos músculos pélvicos; aumenta a duração do

segundo estadio de TP e diminui a satisfação materna com a experiência de parto. Assim, o RCM (2012a), defende que não existe evidência científica que suporte a necessidade de orientar o puxo, pelo que o EEESMO deve promover o encorajamento da parturiente e orientá-la seguir as indicações do seu próprio corpo.

Para parturientes que se encontram sob o efeito da analgesia epidural, recomenda-se o adiamento do puxo até duas horas após a dilatação cervical completa, objetivando que a mulher readquira a sensibilidade na zona perineal e efetue um puxo espontâneo (WHO, 2018). Por outro lado, a ACOG (2019) sugere que o puxo seja efetuado da forma que a parturiente preferir, considerando o que se demonstrar mais eficaz em cada contexto. Nos partos que decorreram sem analgesia epidural, constatou-se a realização do puxo espontâneo eficaz. De igual modo, em parturientes com analgesia epidural com reflexo de Ferguson presente. Porém, em algumas parturientes sob analgesia epidural verificou-se a ineficácia dos esforços expulsivos, sendo empregue o puxo dirigido através da coordenação da respiração com os esforços expulsivos, nomeadamente, a manobra de Valsava, considerando a prática clínica supervisionada. Para a sua realização, incentivava-se a mulher a encher o peito de ar, fechar a boca e fazer força prolongada, contraindo o útero e empurrando o feto (Amorim, Melo & Katz, 2017).

Durante o segundo estadio do TP, a parturiente evidencia a sua vulnerabilidade, o receio e a ansiedade, verificando-se uma maior sensibilidade ao tom de voz utilizado, à comunicação verbal e não verbal, ocorrendo frequentemente alterações nas suas expressões faciais, nas ações e vocalizações. Assim, além da promoção do conforto, considera-se fulcral o envolvimento do acompanhante, promovendo o contacto físico e a comunicação verbal, através do toque, do encorajamento verbal e de comportamentos significativos como molhar o rosto com compressas de água fresca e proporcionar um ambiente mais fresco para a mulher, por exemplo com recurso a um leque. Souza e Gualda (2016) destacam, deste modo, o suporte físico e emocional que o acompanhante pode proporcionar e a sua importância para a parturiente. Esta temática foi alvo de uma revisão integrativa da literatura, pelo que se encontra aprofundada no **Subcapítulo 2.9**.

Consoante decorre o processo de moldagem da apresentação fetal ao canal de parto, o períneo sofre gradualmente um abaulamento, seguido da coroação da cabeça do feto (Fatia & Tinoco, 2016). Surge, assim, a necessidade de promover a integridade perineal.

Os autores supracitados defendem que a posição do nascimento, as características tecidulares das mulheres e o controlo no período expulsivo são essenciais. A promoção da integridade do períneo é facilitada pela sua manipulação reduzida no segundo estadio do TP, pela verticalidade, pelos esforços expulsivos espontâneos, pela massagem perineal e pela episiotomia seletiva. A episiotomia consiste numa incisão do períneo que objetiva aumentar a área de saída do feto. De salientar que os autores defendem, também, que não existe evidência científica que fundamente a utilização da episiotomia para redução da

frequência de lacerações perineais, da incontinência urinária ou de futuros prolapso vaginais.

A episiotomia encontra-se indicada apenas em determinadas condições, nomeadamente: partos vaginais distócicos; macrosomia fetal; distócia de ombros; apresentação pélvica; cicatrizes prévias que possam resultar em lacerações graves; sofrimento fetal agudo; rigidez perineal e/ou altura do períneo superior a três centímetros (Fatia & Tinoco, 2016). O procedimento pode acarretar consequências a curto, a médio e a longo prazo, como a hemorragia, a dor no pós-parto, a dispareunia e a disfunção sexual até 18 meses após o parto, a infeção e a deiscência da ferida cirúrgica, a incontinência urinária, implicações na mobilidade e na recuperação pós-parto, dificuldades na amamentação e vinculação com o RN, assim como o possível aumento do risco de trauma perineal em partos subsequentes. Neste sentido, A ACOG (2018a) e a WHO (2018) preconizam a sua realização de forma ponderada, seletiva e individual, sendo que a utilização rotineira consiste numa prática prejudicial para a mulher.

A ACOG (2018a) menciona que entre 53% a 79% das mulheres sofrem algum tipo de laceração perineal durante o parto vaginal, sendo a maioria lacerações de primeiro e de segundo grau. As lacerações espontâneas ou associadas à episiotomia podem ser classificadas em quatro graus, de acordo com as estruturas envolvidas. As lacerações de primeiro grau envolvem a fúrcula, a pele do períneo e a mucosa vaginal; as lacerações de segundo grau envolvem, ainda, a fáscia e os músculos do diafragma urogenital; nas lacerações de terceiro grau acrescem às estruturas anteriores a mucosa retal e nas lacerações de quarto grau acresce o esfíncter anal (Fatia & Tinoco, 2016).

A WHO (2018) defende que é fulcral alterar comportamentos e capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia, abandonando a sua prática por rotina. Na prática clínica verificou-se que a episiotomia apenas foi realizada quando estritamente necessário: em partos instrumentados e quando bem-estar fetal não estava assegurado.

Dos 40 partos eutócicos realizados, em nenhum se verificou a necessidade de realizar a episiotomia. Contudo, quando necessário, a mesma deve ser efetuada na direção médio-lateral, efetuada a partir da fúrcula, segundo um ângulo de cerca de 45 graus relativamente à linha mediana. Em comparação com a episiotomia mediana, a episiotomia médio-lateral é de reconstrução anatómica mais difícil, as deiscências são mais frequentes, apresenta maior dor e dispareunia no pós-parto, maior hemorragia e risco aumentado de lesões do esfíncter anal e do reto. Porém, apresenta menor risco de atingimento da mucosa anal (Fatia & Tinoco, 2016). Na execução do procedimento deve-se considerar: garantir a administração de anestesia local, na ausência de analgesia epidural; executar durante a contração uterina; no momento de coroamento e distensão do períneo; sem muita antecedência para não aumentar o tempo de hemorragia; partindo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática; com extensão suficiente para aliviar a resistência perineal; inserindo o dedo indicador e

médio entre a apresentação e a parede vaginal e colocando a tesoura entre os mesmos (Fatia & Tinoco, 2016).

As manobras executadas para facilitar a expulsão fetal apresentam, também, impacto na promoção da integridade do períneo. A escolha do tipo de abordagem não é uniforme na comunidade científica. De acordo com a abordagem *hands-off*, o profissional de saúde adota uma atitude expectante e observacional, sem contacto com o períneo nem com a cabeça fetal até à extração espontânea dos ombros. Já de acordo com a abordagem *hands-on*, o profissional de saúde deve colocar uma mão a suportar a cabeça fetal e a outra apoia o períneo. A WHO (2018) defende que a abordagem *hands-off* não aumenta a incidência de períneos íntegros e parece estar relacionada com um aumento na taxa de lacerações de primeiro grau. Neste sentido, recomendam as manobras *hands-on* para proteção do períneo.

Fatia e Tinoco (2016) sugerem que deve ser controlada a velocidade de saída da cabeça através da pressão com uma mão sobre o polo cefálico, para prevenir deflexão súbita da cabeça fetal, bem como lacerações da uretra e clítoris. A outra mão deve proteger o períneo posterior. Este procedimento designa-se por manobra de *Ritgen*. Assim, na assistência aos partos eutócicos, privilegiou-se a tração controlada da cabeça fetal através da referida manobra. O RCM (2012b), defende que manobra de *Ritgen* parece estar associada a uma diminuição na incidência do trauma perineal ao estimular a extensão precoce da cabeça fetal.

Após a exteriorização da cabeça fetal, verificou-se a restituição da mesma, direcionando-se no sentido da tuberosidade isquiática livremente ou, quando necessário, com apoio das duas mãos assentes nos parietais. Posteriormente à rotação dos ombros para o menor diâmetro biacromial, realizava-se a exteriorização do ombro anterior com uma ligeira tração no sentido descendente e, depois, no sentido ascendente para libertar o ombro posterior. Enquanto a mão direita protegia o períneo, a esquerda procedia à exteriorização total do feto.

Embora numa percentagem reduzida, assistiu-se à execução da manobra de *Kristeller* — pressão exercida manualmente no fundo uterino, objetivando facilitar o nascimento. Dadas as complicações maternas e fetais associadas à sua execução — a rotura e o prolapso uterino; lacerações perineais de terceiro e de quarto grau; maiores taxas de episiotomia; fratura de costelas maternas; embolia por líquido amniótico; maior risco de disfunção neurológica fetal devido à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral; diminuição da FCF; acidose fetal; distócia de ombros; paralisia do plexo braquial quando a técnica é realizada em presença de distócia de ombros — a manobra de *Kristeller* não é recomendada. Porém, a sua realização pode ser ponderada em situações de sofrimento fetal e exaustão materna, sendo a forma de a realizar ainda controversa (WHO, 2018). A realização desta técnica foi observada em dois partos instrumentados devido aos esforços maternos ineficazes.

Em alguns dos partos realizados foi verificada a presença de circulares do cordão umbilical após a exteriorização da cabeça. Neste momento, era solicitado à parturiente para não realizar esforços expulsivos e procedia-se ao desenrolar do cordão à volta da cabeça. Perante uma circular apertada adotou-se uma conduta interventiva, através da clampagem e laqueação prévia do cordão umbilical, considerando o estágio uma prática clínica supervisionada. Contudo, a evidência científica desaconselha a pesquisa de circulares do cordão umbilical aquando da exteriorização da cabeça fetal, assim como a remoção de circulares e a laqueação prévia em circulares apertadas, uma vez que suporta efeitos adversos neonatais pelo corte de fluxo sanguíneo e de oxigénio. Assim, na presença de circulares largas, o parto deverá decorrer normalmente. Na presença de circulares apertadas, a literatura indica a execução da manobra de *Somersault*, que consiste no apoio à exteriorização fetal, mantendo a cabeça perto da sínfise púbica (Amorim et al., 2017).

Em 18 dos partos assistidos, observou-se a presença de líquido amniótico com mecónio. Osava, Silva, Oliveira, Tuesta e Amaral (2012) indicam no seu estudo que a incidência é de 10% a 16% em partos a termo e de baixo risco. A síndrome de aspiração meconial (SAM) constitui uma das complicações derivadas desta condição, representando um fator determinante na mortalidade perinatal. Os efeitos mecânicos e químicos, bem como as respostas inflamatórias proporcionadas pela SAM podem interferir com a normal transição para a vida extrauterina, causando obstrução das vias aéreas, danos no tecido pulmonar, inativação do surfactante, pneumonia química e diminuição da pressão arterial de oxigénio. Atualmente, não se encontra preconizada a aspiração de secreções nasofaríngeas à vulva. A evidência científica atesta que a SAM pode suceder mesmo em recém-nascidos após a aspiração, independentemente de quando realizada. Assim, a ACOG (2017b) não recomenda a aspiração de secreções intraparto por rotina, na medida que a sucção na faringe posterior pode desencadear a estimulação do nervo vago e, subsequentemente, períodos de apneia ou bradicardia. Se o RN apresentar choro vigoroso, esforços respiratórios normais e bom tônus muscular, a ACOG (2017b) defende que devem ser prestados os cuidados normais para adaptação à vida extrauterina. Nos casos observados foi executada a aspiração de secreções pelo pediatra. Após o procedimento, se o RN se encontrasse estável era colocado em contacto pele-a-pele com a mãe.

2.5.1 Nascimento: assistir na adaptação à vida extrauterina

Após o nascimento, os cuidados prestados ao RN são fundamentais para a sua adaptação à vida extrauterina, assumindo uma importância essencial, pois promovem, além do referido, a saúde e o bem-estar.

Para uma atuação segura e eficaz, Freitas e Baptista (2016b), sugerem que o EEESMO se deve preparar para receber o RN, validando toda a informação disponível sobre a gravidez, nomeadamente, no que se refere à vigilância pré-natal (consultas e exames); o historial da gestação; aspetos psicossociais do parto (PPPP, suporte emocional durante o TP, o envolvimento familiar, a comunicação estabelecida entre a equipa de saúde, a parturiente e o acompanhante durante o TP); antecedentes maternos e paternos. A informação recolhida tem um valor preditivo na antecipação das situações com que os profissionais de saúde se podem confrontar.

A avaliação inicial do RN é efetuada através da utilização do índice de Apgar e de uma observação física sumária, objetivando: avaliar a adaptação à existência extrauterina; identificar anomalias congénitas evidentes; despistar os efeitos de um ambiente fetal adverso e detetar a presença de traumatismos decorrentes do parto (Freitas & Baptista, 2016b).

O índice de Apgar possibilita uma rápida observação das condições de vitalidade do RN, implicando a avaliação de cinco itens: a frequência cardíaca, a respiração, a coloração da pele, a irritabilidade reflexa (choro) e o tônus muscular ao primeiro, quinto e, eventualmente, décimo minutos de vida. É efetuada a auscultação da frequência cardíaca; a observação direta dos movimentos torácicos; a observação da cor (pálida, cianótica ou rosada); a identificação do tipo de choro (ausente, gemido ou vigoroso) e a avaliação do grau de flexibilidade dos membros. O score final é obtido através da soma da pontuação atribuída a cada item. O índice de Apgar caracteriza de forma sistemática o período de transição, sendo indicador das necessidades de cuidados imediatos/reanimação. Porém, não antecipa resultados neurológicos futuros (Freitas & Baptista, 2016b).

A observação física inicial deve ser efetuada rápida e cuidadosamente, após a respiração se encontrar normalizada. A avaliação implica uma revisão dos sistemas, sendo a inspeção visual simultânea à prestação de cuidados e à auscultação do tórax, palpação e manipulação do RN (Freitas & Baptista, 2016b).

Promover o contacto pele-a-pele

Inicialmente, colocava-se o RN sobre o abdómen da mãe. A limpeza do nariz e da boca era realizada com recurso a uma compressa limpa de forma a promover a permeabilização das vias aéreas e a estimulação do dorso, no sentido ascendente, permitindo a mobilização das secreções. Para evitar a perda de calor por evaporação através da pele, o RN era imediatamente embrulhado num campo seco previamente aquecido. Freitas e Baptista (2016b) defendem que o campo deve ser substituído após o contacto e a limpeza iniciais por um novo campo aquecido — que facilita a absorção da humidade da pele, responsável pelo arrefecimento — de forma a promover a termorregulação da temperatura corporal, pelo que era colocado um lençol previamente aquecido sobre o RN e trocado sempre que necessário. O tempo que o RN permanece com a mãe depende da sua condição, avaliada

através do índice de Apgar. A literatura é uniforme ao defender o contacto pele-a-pele em recém-nascidos sem complicações, uma vez que promove a sua adaptação à vida extra-uterina, na medida em que auxilia a estabilizar a temperatura corporal, prevenindo-se a hipotermia; reduz os níveis de stresse do RN; aumenta os níveis de ocitocina na mãe; fomenta o início precoce da amamentação e potencia a vinculação e a ligação mãe-filho. Assim, a evidência científica recomenda este contacto durante a primeira hora de vida do RN, adiando, se possível, os seus cuidados mediatos (ACOG, 2018b; NICE, 2019b; WHO, 2018). Na prática clínica, sempre que possível, o RN permaneceu em contacto pele-a-pele com a mãe e, sempre que desejado, com o pai o máximo de tempo possível.

Posteriormente, procedia-se à laqueação do cordão umbilical, com a colaboração do acompanhante ou da própria parturiente, de acordo com as preferências antecipadamente discutidas com a mulher/casal. Atualmente, é cada vez mais recomendada a clampagem tardia do cordão umbilical, dados os benefícios para o RN. A clampagem tardia fomenta a passagem contínua de sangue da placenta para o RN durante um a três minutos após o nascimento. Este fator beneficia o aumento das reservas de ferro até 50%, com consequente redução em 61% da anemia na infância, diminuição da incidência de hemorragia intraventricular em 59% nos recém-nascidos prematuros e redução da incidência de enterocolite necrosante (62%), bem como de *sepsis* neonatal (29%). Apesar dos benefícios, esta prática é ainda controversa, pois acarreta um aumento na incidência de icterícia neonatal com necessidade de fototerapia. Mesmo assim, a ACOG (2017c) elucida que as vantagens para o RN excedem os potenciais riscos e recomenda a clampagem tardia do cordão umbilical em pelo menos um minuto. Sempre que possível, a clampagem do cordão era realizada ao fim do primeiro minuto de vida.

Promover a interação entre a mãe/pai e o RN imediatamente após o parto deve ter em consideração o facto de o RN se encontrar num estado de inatividade alerta — mantido por 45 a 60 minutos após o nascimento. Assim, este período é o momento ideal para incentivar a ligação mãe/pai-filho. A ligação mãe/pai-filho, definida pela ICN (2019) como o estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança, representa um foco de atenção da prática de enfermagem. O parto pode representar um momento de tensão, angústia e receio. Neste sentido, os cuidados imediatos prestados longe do olhar da mãe e do pai podem sobrevalorizar esses sentimentos, acrescendo a sensação de separação. Neste sentido, os cuidados devem ser prestados na sala de partos, possibilitando uma interação contínua com a mãe e com o pai, de forma a não interferirem negativamente no contacto inicial e na formação do vínculo precoce (Freitas & Baptista, 2016b).

2.6 Assistir na expulsão uterina: dequitação

O terceiro estadio do TP — designado por dequitação — decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta. Após a expulsão do feto, ocorre uma diminuição súbita das dimensões uterinas que, alicerçada à contratilidade uterina, proporciona uma redução significativa da área de implantação da placenta, sofrendo um espessamento. A tensão consequente provoca a rotura das vilosidades com formação de hematoma retroplacentar, estimulando o deslocamento do revestimento basal e a expulsão placentar (Fatia & Tinoco, 2016). A expulsão placentar decorre em dois tempos: primeiro ocorre a separação da placenta da parede uterina e a descida para o segmento uterino inferior e/ou para a vagina; de seguida, decorre a saída através do canal de parto.

Existem dois mecanismos de expulsão placentar. O mais frequente designa-se por mecanismo de *Schultze* e corresponde a cerca de 75% dos casos. Caracteriza-se por uma separação inicial que decorre na zona mais central da placenta, com formação de um hematoma que apenas é expulso após a exteriorização da placenta. No mecanismo de *Schultze*, a face fetal sai em primeiro lugar, com sangramento somente após a expulsão completa. Já o mecanismo de *Duncan*, inicia o descolamento placentar pela periferia, separando as membranas da parede uterina, com descida lateral da placenta. A superfície materna apresenta-se em primeiro lugar, acompanhada de direto e contínuo sangramento (Fatia & Tinoco, 2016).

Neste estadio podem ocorrer determinadas complicações, tais como a retenção placentar, a dequitação incompleta, a atonia uterina, a inversão uterina, assim como o traumatismo do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). Como consequência das condições referidas, pode advir a hemorragia pós-parto, definida como a perda sanguínea igual ou superior a 1000ml, ou perda sanguínea acompanhada de sinais e sintomas de hipovolemia nas 24 horas após o parto. De salientar que, segundo a ACOG (2017d), a hemorragia pós-parto constitui a principal causa de mortalidade materna ao nível mundial, pelo que o terceiro estadio do TP exige uma vigilância permanente de forma a prevenir ou minimizar complicações para a mulher.

A intervenção do EEESMO no terceiro estadio do TP pode ter duas abordagens, nomeadamente, a atitude expectante ou a atitude ativa. A primeira implica que o profissional aguarde pela expulsão placentar espontânea, sem intervenções mecânicas ou farmacológicas, respeitando os mecanismos fisiológicos e vigiando os sinais que caracterizam a saída da placenta. É importante que o tempo fisiológico de descolamento da placenta seja respeitado, uma vez que o mesmo é variável. Na generalidade, a placenta separa-se do revestimento basal cerca de cinco a sete minutos após a expulsão fetal. Caso

este período seja prolongado, o profissional pode aguardar até 45 minutos a uma hora, se as perdas sanguíneas não forem excessivas (Graça, 2017). Os sinais de dequitação incluem o súbito fluxo de sangue pela vulva, a elevação do útero no abdómen, a mudança da forma uterina de discoide para ovoide e a progressão do cordão umbilical para o exterior (Fatia & Tinoco, 2016). A gestão ativa objetiva reduzir o risco de hemorragia pós-parto e consiste na administração de uterotômicos, a clampagem do cordão umbilical antes de terminar de pulsar e a tração controlada do cordão após os sinais de separação da placenta.

A WHO (2018) preconiza a administração de uterotômicos – ocitocina 10 UI IV – e a realização da tração controlada do cordão, na medida em que está associada a uma diminuição da perda sanguínea e a uma redução da duração do terceiro estadio do TP. A massagem uterina contínua não está recomendada como intervenção para prevenir a hemorragia pós-parto em mulheres que receberam ocitocina profilática, uma vez que pode originar desconforto materno e pode não produzir uma redução da perda sanguínea. Contudo, recomenda-se a vigilância do tônus uterino através da palpação, de modo a identificar precocemente situações de atonia uterina pós-parto.

No estágio clínico, após a expulsão do feto, era realizada a colheita de sangue para células estaminais, sempre que o casal assim indicava, ou era efetuada a colheita de sangue do cordão na presença de uma mulher com grupo de sangue O ou Rhesus D negativo, de modo a prevenir a doença hemolítica do RN.

Após estes procedimentos, era removida a pinça do cordão umbilical, uma vez que parece promover a separação mais célere da placenta. Simultaneamente assegurava-se a observação para verificar a presença dos sinais de separação placentar. Para averiguar se a placenta se encontrava devidamente separada, era efetuada a manobra de *Kustner* – colocação do bordo externo da mão acima do bordo superior da sínfise púbica, exercendo pressão na vertical em direção à coluna vertebral e verificando se o cordão retrai ou não (se retrair considera-se que ainda não ocorreu a separação completa). Aquando da expulsão placentar, procedia-se à tração controlada do cordão, de modo a não provocar a inversão uterina ou a rotura do mesmo, enquanto os esforços expulsivos eram incentivados. A manobra de *Dublin* era efetuada quando a placenta alcançava o intróito vaginal, isto é, os movimentos rotativos até à sua exteriorização completa, assim como das respetivas membranas. Em nenhuma parturiente foi observada retenção placentar nem membranas fragmentadas. De acordo com a prática clínica supervisionada, a perfusão de ocitocina IV era ponderada de acordo com as necessidades de cada parturiente.

Após a expulsão da placenta, seguia-se a sua inspeção, assim como das membranas e do cordão umbilical. A ACOG (2017d) defende que esta vigilância é crucial para detetar uma possível retenção de fragmentos placentares, que se podem associar a quadros hemorrágicos e, posteriormente, ao desenvolvimento de infeção puerperal.

Graça (2017) esclarece que relativamente à placenta, importa analisar o seu tamanho e a forma, a regularidade dos bordos, a reconstrução da câmara âmnica, a verificação dos dois folhetos — o córion e o amnión — a inserção da placenta e a integridade dos cotilédones ou a presença de cotilédones aberrantes. No cordão umbilical devem ser avaliados o número de vasos — duas artérias e uma veia — a presença de nós (verdadeiros ou falsos) e de outras anomalias, bem como a presença de geleia de Wharton e o comprimento do cordão.

2.7 Executar a episiorrafia

De seguida era inspecionado o canal de parto. Se o períneo se encontrasse íntegro, eram realizados os cuidados de higiene perineal e prestados os restantes cuidados. Por outro lado, na presença de lacerações, procedia-se à higiene perineal, à disposição do material necessário e à substituição do material de proteção individual. A seleção do fio de sutura deve considerar o tipo de correção necessária. Porém, o fio preconizado pela instituição era o Vicryl Rapid 2.0 ou 3.0. Durante a prática clínica, não foram observadas lacerações de terceiro nem de quarto grau, tendo surgido a oportunidade de corrigir oito lacerações de primeiro grau e duas lacerações de segundo grau.

Depois de efetuada a higienização perineal, era realizada uma nova inspeção do canal de parto. Antes de iniciar a perineorrafia, era considerada a necessidade de infiltração analgésica. Campos e Calado (2014b) defendem que a sutura contínua com encerramento intradérmico está relacionada com uma menor intensidade de dor nos primeiros 10 dias de puerpério, a menor necessidade de remoção dos pontos, a menor incidência de deiscência da ferida e a melhor satisfação da mulher com a sutura, representando, assim, o método primordial para correções de lacerações do segundo grau e episorrafias. No contexto de uma prática clínica supervisionada, era efetuada a sutura contínua não cruzada na mucosa vaginal até às carúnculas hiemeniais, seguida de nó corrido triplo a este nível; encerramento dos músculos e tecido celular subcutâneo com pontos simples e nó triplo; seguindo-se o encerramento do períneo em direção à vagina, com recurso a pontos simples ou de Donatti. Posteriormente, prestavam-se novamente os cuidados de higiene perineais, com aplicação de gelo na região perineal se os tecidos se apresentassem edemaciados. Os benefícios da crioterapia no períneo serão analisados no **Subcapítulo 3.2 — Avaliar a evolução do puerpério.**

2.8 Avaliar a evolução no puerpério imediato e a adaptação à vida extrauterina

De seguida, realizava-se a palpação uterina para avaliar a perda sanguínea e verificar a formação do globo de segurança de Pinard. O período de hemostase acomoda à primeira hora após a expulsão da placenta. Nesta fase, verifica-se que a musculatura uterina mantém uma contratilidade potente, tamponando a saída dos vasos sanguíneos que irrigavam a placenta e impedindo o sangramento excessivo. Em simultâneo, decorre a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, formando um hematoma na região da ferida placentar. Após este período, o útero apresenta-se firmemente contraído e completa o mecanismo de homeostasia (Fatia & Tinoco, 2016). Durante esta fase, e considerando os autores citados, procedia-se à palpação abdominal para averiguar a presença do globo de segurança de Pinard, era avaliada a perda sanguínea e monitorizados os sinais vitais de 15 em 15 minutos.

Ao longo deste processo era mantido o contacto pele-a-pele entre a mulher e o RN e promovida a amamentação. Sardo (2016) defende que iniciar o aleitamento materno nos primeiros momentos de vida e simultaneamente colocar o RN em contacto pele-a-pele acarreta inúmeros benefícios e com forte influência no estabelecimento do vínculo afetivo. A amamentação na primeira hora devida representa um fator de proteção da mortalidade neonatal, dada a colonização intestinal por bactérias presentes no leite materno e aos fatores imunológicos presentes no mesmo. Também a ACOG (2016b) elucida que o contacto pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida parecem aumentar a manutenção da amamentação em mais 42,6 dias.

Desta feita, na ausência de complicações após a mamada, era promovida a ingestão de alimentos e a hidratação da mulher. Concluída a perfusão de ocitocina e removido o cateter epidural, a puérpera era auxiliada no autocuidado higiene e vestuário e, quando possível e apropriado, era realizado o primeiro levante e a mulher era encorajada a usar o sanitário.

No que respeita ao RN, era mantido em contacto pele-a-pele com a mãe por pelo menos uma hora ou até finalizar a mamada. De seguida era avaliado o peso corporal, o perímetro cefálico e o comprimento. Freitas e Baptista (2016b) elucidam que o RN se encontra em risco de alterações na coagulação sanguínea e de hemorragia por défice de vitamina K, pelo que a mesma deve ser administrada. Era também aplicada a pomada oftálmica, como defendem os mesmos autores para profilaxia ocular. Considerou-se também pertinente manter a vigilância dos parâmetros de vitalidade, nomeadamente, a frequência cardíaca, o padrão respiratório, o tônus muscular, a coloração e a irritabilidade reflexa, de modo a prevenir qualquer complicação neonatal.

Posteriormente à prestação de cuidados a ambos, eram realizados os registos inerentes ao TP e parto. Na ausência de complicações, após duas horas, a puérpera e o RN eram transferidos para o serviço de puerpério.

2.9 Prática baseada na evidência: revisão integrativa da literatura

Um dos objetivos do presente relatório relaciona-se com o desenvolvimento de uma revisão da literatura inerente a uma questão/problema clínico. Como tal, revela-se primordial a definição do conceito de Prática Baseada na Evidência (PBE). Sousa, Marques-Vieira, Severino e Antunes (2017) sugerem que consiste na aplicação criteriosa, explícita e prudente da melhor evidência científica na tomada de decisão. A PBE representa o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, utilizando provas científicas atuais e disponíveis no momento, titulares de boa validade interna e externa, para a aplicação dos seus resultados na prática clínica (Sousa et al., 2017). Porém, é de considerar que nem toda a evidência possui o mesmo tipo de utilidade, sendo que a evidência conseguinte a uma investigação científica acarreta o recurso a uma metodologia sistemática de recolha e análise dos dados, demonstrando, assim, ser mais fiável para o processo de tomada de decisão (ICN, 2012). Quando aplicada à disciplina de enfermagem, a PBE sustenta o processo de tomada de decisão clínica, o que possibilita melhorar a qualidade dos cuidados de acordo com as verdadeiras necessidades do cliente.

Dada a vasta informação disponível no âmbito da saúde, urge a necessidade de organizar o conhecimento científico através de revisões da literatura. Entre elas, a revisão sistemática da literatura baseia-se na síntese de estudos primários, contendo objetivos, matérias e métodos claramente explícitos, tendo sido conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível (Botelho, Cunha & Macedo, 2011). Por sua vez, a revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que possibilita a investigação, a apreciação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca de uma temática, cujo objetivo final implica a implementação de intervenções efetivas na prática dos cuidados. Além do mencionado, envolve a redução de custos e permite identificar lacunas que podem conduzir a novas investigações (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Dadas as características enunciadas, este foi o método de pesquisa eleito.

A revisão integrativa da literatura implica cumprir seis etapas. A primeira — identificar o tema/hipótese/questão de partida — representa a etapa que norteia a investigação e, como tal, deve ser elaborada de forma clara e específica, não descurando a definição explícita do

tema a pesquisar, assim como dos objetivos do estudo e das palavras-chave correspondentes. A segunda – estabelecer os critérios para a inclusão e exclusão de estudos/pesquisa da literatura – envolve a pesquisa nos motores de busca, deve ser vasta e diversificada e contemplar critérios para proceder de forma ponderada à seleção dos artigos a serem incluídos. A terceira – definição das informações a serem extraídas nos estudos/categorização dos estudos – implica recolher a informação adequada das pesquisas decorridas, devendo contemplar a amostra, os objetivos, a metodologia, os principais resultados, bem como as conclusões. A quarta etapa – avaliar os estudos incluídos na revisão integrativa da literatura – implica uma análise crítica dos estudos, examinando o nível de evidência de cada um. Para a sua análise, considerou-se a hierarquia de evidências proposta por Pompeo, Rossi e Galvão (2009) que se encontra explanada no **Quadro 2**. Por conseguinte segue-se a interpretação dos resultados obtidos comparando-os com o referencial teórico existente, o que permite identificar sugestões para a prática clínica, lacunas no conhecimento atual e direcionar para investigações futuras. Por fim, a sexta etapa – apresentar a revisão/síntese do conhecimento – afeta à discussão dos resultados com referência às conclusões obtidas, considerando possíveis vies de investigação e propostas para trabalhos futuros (Sousa et al., 2017).

Quadro 2: Hierarquia de níveis de evidência

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas

Fonte: Pompeo et al. (2009)

2.9.1 Contextualização da temática

A gravidez surge na vida de um casal como um ponto de viragem, representando uma experiência de mudança e renovação e constituindo o começo da preparação para a paternidade/maternidade (Brandão, 2009).

De acordo com a mesma autora, o parto é um processo fisiológico, contudo são de valorizar os aspetos emocionais, visto que se trata de um momento único e íntimo na vida de um casal, cuja influência se relaciona com as características da personalidade de cada pessoa. A gestação, o parto e o pós-parto não decorrem como fenómenos isolados, pertencendo as três fases a um processo dinâmico, no qual impera a relação que a mãe e o pai estabelecem com o seu filho. Sendo a parentalidade um processo que envolve a mãe e o pai, é evidente a vasta literatura existente sobre a perspetiva materna. Contudo, e cada vez mais, a fase do ciclo de vida que reporta ao nascimento de um filho já não é apenas um assunto somente dedicado à mulher.

Atualmente, tem-se constatado o envolvimento paterno não somente nos cuidados à criança, como também na gestação e no nascimento (Brandão, 2009), pelo que se considera essencial fazer uma breve referência à vivência do homem durante estes períodos.

Decorrente da notícia da gestação, o homem vivencia um desenvolvimento emocional que decorre em três fases (May, 1982 cit. por Brennan, Ayers, Ahmed, & Marshall-Lucette, 2007). A primeira fase – o anúncio – ocorre entre a suspeita e a confirmação da gravidez, sendo caracterizada, por um lado, por felicidade e emoção se a gravidez fora desejada ou, por outro lado, por choque se não o fora. A segunda fase – moratória – é referente ao período em que ainda não são visíveis as alterações no corpo da mulher e cessa quando as mesmas começam a ser notórias, por volta do segundo trimestre. Matos (2012) corrobora que nesta fase é possível uma identificação do homem com a mulher grávida, o que em diversas culturas se expressa como a Síndrome de *Couvade* – fenómeno psicossomático cuja etiologia é desconhecida, caracterizado pelo conjunto de sintomatologia física e psicológica experienciada pelo homem durante a gravidez da companheira sobretudo no primeiro e terceiro trimestres, cessando no início do pós-parto (May, 1982 cit. por Brennan et al., 2007). Este fenómeno pode ser explicado como o resultado da expressão somática da ansiedade, sendo que o stresse, a ansiedade e a depressão aumentam a probabilidade de desenvolver a sintomatologia. Os sintomas manifestados pelo homem variam desde cefaleias, náuseas, vômitos, pirose, dor abdominal, obstipação, alterações do apetite, aumento ou perda de peso corporal, dificuldades respiratórias, insónia, irritabilidade, entre outros. Quanto maior o nível de envolvimento dos homens associado ao maior grau de preparação do seu papel, mais frequente será a exibição de sintomatologia de *Couvade* (Clinton, 1987 cit. por Brennan et al., 2007. Por fim, a terceira fase – focalização – ocorre

entre a vigésima quinta ou a trigésima semana de gestação até ao parto e caracteriza-se pelo enfoque do homem no modo como experiencia a vivência da gestação da companheira e a paternidade, com base na relação que tem com o seu pai, objetivando construir a sua identidade paterna (May, 1982 cit. por Brennan et al., 2007).

Deste modo, é diversa a literatura que afirma que o envolvimento precoce do homem no pré-natal assume vantagens a vários níveis. A ligação emocional entre o pai e o filho é determinante para a transição para a paternidade, bem como para o desenvolvimento da criança (Genesoni e Tallandini, 2009). Para a mulher a atenção por parte do homem é fulcral, na medida em que a grávida vivencia uma transformação de filha para mãe e a procura de atenção por parte do companheiro pode ser traduzida na procura de atenção, conforto e aconchego (Marques, 2016). Também a mesma autora considera que a ligação entre o pai e a criança tem início durante a gestação e progride até ao nascimento, afirmando que a vontade de ter conhecimento sobre o feto, o instinto de proteção e o prazer na interação com o mesmo são indicadores de um envolvimento positivo.

May (1982) cit. por Brennan e colaboradores (2007) identifica três estilos paternos de distanciamento e/ou envolvimento durante a gestação: o observador, o expressivo e o instrumental. No primeiro estilo mencionado, os pais assumem-se como observadores, narram pouco envolvimento emocional na gravidez e assinalam que, apesar de se sentirem felizes com a gravidez, esta não é uma parte importante da sua vida. No estilo expressivo, constata-se um maior envolvimento dos pais com a gravidez, que adotaram uma preparação mais consciente com base na procura de informações. No estilo instrumental, os pais centram-se nas tarefas que têm que ser realizadas, enfatizando a sua própria responsabilidade de proteção e apoio à companheira.

De acordo com Genesoni e Tallandini (2009), são também evidentes os inúmeros benefícios para a tríade mãe-pai-filho a presença do pai durante o TP da mulher e o nascimento do filho. Segundo os mesmos autores, foi em junho de 1985 que a lei conferiu o referido direito ao casal (Decreto-lei nº 14/85, 1985). Tomeleri et al. (2007) assinalam que os pais ao assistirem ao nascimento do filho vivenciam experiências positivas e únicas tanto pelo apoio emocional que oferecem à companheira como pelos sentimentos e emoções que os próprios experienciam, o que pode beneficiar o maior envolvimento emocional precoce com a criança. Além disso, a presença do pai durante o TP reduz a ansiedade da parturiente, o que favorece a evolução do TP. Carvalho (2003) salienta os benefícios para a relação conjugal, dada a partilha de um momento íntimo. Contudo, Genesoni e Tallandini (2009) relatam a existência de sete estudos que analisaram a experiência do pai durante o TP, cujos resultados assinalam sentimentos de ansiedade, inutilidade e desamparo, uma vez que não era esperado por parte dos homens que o parto fosse tão exigente, sentindo-se frequentemente deslocados, desprotegidos e mal preparados. O sofrimento físico manifestado pela parturiente e as rotinas hospitalares são fatores que influenciam a percepção que os homens têm do TP, assim como a presença de sentimentos de inaptidão,

impotência, receio e angústia por parte dos homens, dado que a percepção de sofrimento da companheira origina um impacto significativo, sendo mencionado pelos homens que no que se refere o stresse, a ansiedade, a dor e a desordem emocional poucas experiências na vida se aproximam à do TP e parto (Carvalho, 2003).

Através da observação de casais em TP, Motta e Crepaldi (2005) deduziram três categorias que descrevem o homem durante o TP: presença passiva, referência familiar e acompanhante ativo. No que respeita à presença passiva, o homem não se envolve fisicamente no TP, demonstrando dificuldade em se relacionar com a companheira. Nesta categoria, o homem mantém-se em silêncio sem estabelecer interação física nem verbal. Referentemente à segunda categoria mencionada, o homem apresenta maior disponibilidade e apoio à mulher, demonstrando carinho e atenção. Porém, necessita de orientação sobre o que pode fazer para auxiliar a companheira durante o TP. Por fim, o acompanhante ativo é caracterizado pela habilidade em acompanhar a parturiente, proporcionando-lhe segurança e conforto de forma autónoma e espontânea. O apoio emocional surge relacionado ao carinho e às interações verbais de encorajamento, elogio e incentivo.

De acordo com a WHO (2018), o envolvimento dos homens é idealizado enquanto estratégia prioritária para os serviços de saúde materno-fetal, porém são diversas as descrições masculinas que atestam factos diferentes, com experiências de exclusão pelos profissionais de saúde (Darwin et al., 2017). Para o homem, a sua participação no TP representa o culminar de todo o seu investimento emocional ao longo da gravidez, absorvendo todas as emoções e sentimentos narrados pela companheira, observando o feto em crescimento pelas ecografias, ouvindo-o pela auscultação dos batimentos cardíacos fetais e sentindo-o quando toca no abdómen materno. Porém, Camus (2002) destaca que não se deve impelir o futuro pai a estar presente durante o TP, sendo que este deve poder entrar na sala de partos, sair e regressar.

Considerando que “agora que os homens são encorajados a envolverem-se na gravidez e a assistirem ao parto, estão a acontecer coisas maravilhosas” (Colman & Colman, 1994, p.167 cit. por Brandão, 2009) e verificada a importância da presença do pai durante o TP, surge, então, a questão de como pode o pai prestar suporte à parturiente durante o decorrer de todo o processo. O que pode o pai fazer durante o TP e parto? Deverá apenas assistir/ estar presente fisicamente ou ter um papel ativo e, nesta situação, quais são as atividades que poderá assumir? Que intervenções pode o EEESMO implementar com a intencionalidade de promover a preparação do pai para proporcionar suporte à mulher durante o TP?

Segundo a OE (2019a), O EEESMO tem como alvo de cuidados a mulher inserida na família e comunidade ao longo do ciclo reprodutivo, comportando os períodos pré-concepcional, pré-natal e intra-parto e pós-parto. Porém, durante o TP, segundo a mesma entidade, o EEESMO apresenta como funções conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e respetivos conviventes significativos. Deste

modo, pretende-se com o tema exposto abordar o paradigma da paternidade, com foco na inclusão do pai durante o TP, com o objetivo de este proporcionar suporte à parturiente. Como tal, os PPPP não podem nem devem ser dirigidos apenas à grávida, sendo prioritário envolver os pais, que assim o desejem, e possibilitar que estes adquiram competências para que a sua presença na sala de partos seja cada vez mais ativa e gratificante.

No contexto do estágio de TP e parto, foram efetuados diversos partos em que o companheiro da parturiente questionava acerca do que poderia fazer para a apoiar de modo oportuno. Esta questão suscitou a necessidade de refletir sobre as práticas e compreender como podem ser as mesmas ser melhoradas para satisfazerem as necessidades dos casais, pelo que se revelou manifesto o interesse em investigar quais as intervenções de enfermagem promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher durante o TP.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem foi desenvolvida com o objetivo de classificar as intervenções, tanto as interdependentes, como as autónomas. Isto é: as intervenções de enfermagem interdependentes visam as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais de saúde, para alcançar um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas; por outro lado, as intervenções de enfermagem autónomas representam as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 2015). Tendo por base a definição dos dois tipos de intervenções de enfermagem, pretende-se com revisão integrativa da literatura analisar quais as intervenções de enfermagem autónomas que dão resposta à questão norteadora, apresentada de seguida.

2.9.2 Questão norteadora

De acordo com Fortin (2009), posteriormente à identificação do tema/problema a ser investigado, segue-se a definição da questão norteadora, que deve ser clara, precisa e não equívoca, apresentando os conceitos e a população-alvo a serem analisados. A questão norteadora corretamente definida facilita a investigação (Sousa et al., 2017). A sua formulação pode ser realizada segundo a estratégia PICO, na qual o P corresponde ao Participantes do estudo, o I corresponde ao fenómeno de Interesse e o Co ao Contexto do estudo (Karino & Felli, 2012).

Contextualizando a estratégia PICO com a temática em estudo, considera-se:

- Participantes: pais envolvidos no TP e parto da companheira;
- Fenómeno de interesse: intervenções de enfermagem;
- Contexto do estudo: promover a preparação do pai para o suporte da mulher durante o TP.

Mediante a aplicação da estratégia PICO, formulou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher durante o TP?”.

2.9.3 Método

Definida a questão norteadora, importa seleccionar os termos a utilizar para pesquisar nos motores de busca. Cada base de dados indexada detém um repertório alfabético de termos normalizados para categorizar os seus artigos. Assim, revela-se fundamental determinar os descritores que representam os conceitos primordiais da questão norteadora. Na temática em estudo, foram encontrados os seguintes descritores: *childbirth; labour; birth; labor; delivery; pregnancy; father; dad; paternal; male; men; empowerment; empowering e empower*.

Posteriormente, realizou-se a adaptação da questão norteadora à linguagem booleana, considerando os descritores seleccionados com os operadores booleanos: o *AND*, que representa uma combinação restritiva; o *OR*, patenteando uma combinação aditiva e o *NOT*, por sua vez, referente a uma combinação eliminatória (Sousa et al., 2017). Deste modo, a questão norteadora é traduzida em linguagem booleana do seguinte modo: *(Childbirth OR Labour OR Birth OR Labor OR Delivery OR Pregnancy) AND (Father OR Dad OR Paternal OR Male OR Men) AND (Empowerment OR Empowering OR Empower)*, sendo que os dois primeiros conjuntos foram aplicados apenas ao título.

A pesquisa sobre a temática evidenciada foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2020. Os motores de busca utilizados foram a *Cochrane Database of Systematic Reviews*, bem como a *EBSCOhost*, que incluiu as seguintes bases de dados: *Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Complete; CINAHL Plus with Full Text; ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text*, bem como a *MEDLINE*. Posteriormente, utilizou-se o motor de busca *Nursing Reference Center*, bem como o *RCAAP*.

Enquanto critérios de inclusão, definiu-se que os artigos selecionados se deveriam enquadrar num período temporal de publicação entre 2012 e 2020, com acesso ao texto integral e disponíveis em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Por sua vez, enquanto critérios de exclusão: estudos que relatassem intervenções realizadas por outros profissionais de saúde que não enfermeiros e estudos que abordassem partos com complicações.

Através do agregador de conteúdos da *Cochrane Database of Systematic Reviews*, obtiveram-se 369 estudos, dos quais 141 se enquadraram no período temporal definido. Destes, após selecionado o filtro “*pregnancy and childbirth*”, resultaram 18 estudos, tendo sido analisado apenas um, uma vez que os restantes 17 não se relacionam com a temática abordada.

Através do motor de busca *EBSCOhost* — considerando que os dois primeiros conjuntos de *Mesh Terms* foram aplicados ao título — obtiveram-se 26 resultados no total. Após a aplicação do critério de texto completo, foram obtidos 21 artigos, aos quais foi realizada uma pré-análise através da leitura do título, bem como dos respetivos resumos. Destes, um relacionava-se com um parto com complicações; dois não se encontravam no período temporal definido; três eram repetidos; 10 não se relacionavam com a temática, dado que o termo “*Labor*” pode ter dupla interpretação, nomeadamente, ao nível do TP ou de uma tarefa e, por fim, um dos documentos, apesar de se relacionar com o tema, não era considerado um estudo científico. Deste modo, dada a sua qualidade metodológica e pertinência científica, foram analisados na íntegra os quatro artigos restantes.

Ao longo da pesquisa na *Nursing Reference Center*, não foram obtidos resultados diferentes dos anteriormente descritos. Por sua vez, através do motor de busca RCAAP, obtiveram-se 394 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, resultaram 227 artigos, dos quais, após leitura dos títulos e resumos, se destacaram dois estudos, dado que os restantes não se encontravam relacionados com a temática em estudo por abordarem, maioritariamente, apenas o período gestacional, sem incluírem a preparação do pai para o TP.

De seguida, na **Figura 2**, é apresentado o fluxograma corresponde à pesquisa efetuada.

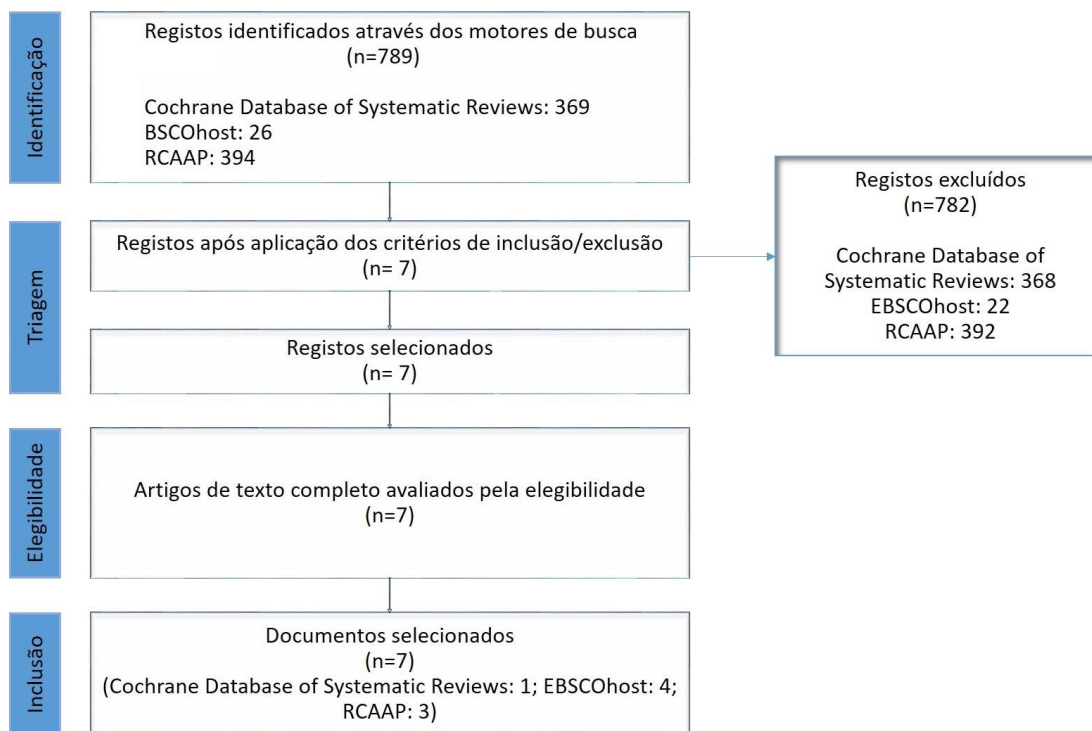


Figura 2: Fluxograma da pesquisa efetuada nos motores de busca: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *EBSCOhost* e *RCAAP*.

2.9.4 Apresentação e discussão dos resultados

Posteriormente à seleção, os estudos foram submetidos a uma avaliação da qualidade metodológica, bem como do nível de evidência científica, considerando a classificação proposta por Pompeo e colaboradores (2009). Assim, dos estudos selecionados, um enquadra-se no nível IV, dado que representa uma evidência científica com origem em estudos de caso-controle; um corresponde ao nível V, pois corresponde a evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; por fim, cinco correspondem ao nível VI, uma vez que retratam evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Sendo esta considerada uma avaliação satisfatória no que respeita à qualidade e pertinência científica dos estudos, todos foram integrados na revisão e submetidos a análise.

De considerar que o estudo *“Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review)”*, apesar de não se referir apenas ao acompanhamento prestado pelo pai à parturiente durante o TP, foi incluído, uma vez que ao longo da análise do mesmo se constatou que a presença do companheiro é a mais desejada pelo casal e a mais favorecedora de uma experiência de parto positiva. O estudo *“Supporting and Sharing – Home Birth: Fathers’ Perspective”*, referente aos partos planeados no domicílio, foi igualmente abrangido por identificar os tipos de suporte que o pai pode prestar

à mulher em TP. O estudo *“Fathers’ feelings related to their partners’ childbirth and views on their presence during labour and childbirth: A descriptive quantitative study”* identifica os sentimentos e as necessidades dos pais durante o TP, evidenciando a necessidade de intervir na sua preparação para prestar apoio à parturiente, pelo que também foi abrangido. De igual forma, foi incluído o estudo *“Pai e acompanhante de parto: Perspetivas dos homens sobre o processo reprodutivo e assistência obstétrica”*.

No **Quadro 3** são apresentadas as características metodológicas, assim como os principais resultados de cada estudo científico.

Quadro 3: Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura

Título/Autor(es)/ Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia/Amostra	Principais Resultados	Nível de Evidência
<i>“Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review)”</i> Bohren MA; Berger BO; Munthe-Kaas H; Tunçalp Ö 2019	Descrever e explorar as experiências e percepções das mulheres em TP, dos respectivos companheiros ou outros acompanhantes, assim como dos profissionais de saúde e membros da comunidade relativamente ao companheirismo durante o TP para identificar os fatores que comprometem a implementação bem sucedida e a sustentabilidade da companhia durante o TP.	Revisão sistemática da literatura Foram analisados 51 estudos com recurso à metodologia qualitativa, tendo sido pesquisados nas bases de dados <i>MEDLINE</i>, <i>CINAHL</i> e <i>POPLINE K4Health</i> para estudos elegíveis até 9 de setembro de 2018. Não foram aplicadas restrições de idioma, de data nem de localização. Foram incluídos estudos que utilizaram métodos qualitativos para a colheita e análise de dados; focados nas percepções e experiências de companheirismo durante o TP, prestado pelo companheiro, por familiares ou por doulas à mulher em TP.	Os principais resultados evidenciam que durante o TP, os companheiros podem prestar apoio em diversos níveis, nomeadamente, suporte informativo, fornecendo informações sobre o desenvolvimento do processo fisiológico, bem como colmatando lacunas entre os profissionais de saúde e a parturiente; suporte físico, através da massagem, da contração, da respiração, das técnicas de relaxamento e do toque calmante; suporte emocional, com recurso aos elogios e ao encorajamento verbal. Os resultados evidenciam, ainda, que o companheirismo durante o TP favorece uma experiência positiva. Contudo, os fatores que podem comprometer este apoio são o facto de, por vezes, a mulher não desejar companhia, a falta de espaço e de privacidade, assim como a postura assumida pelos profissionais de saúde. De salientar, ainda, que em comparação com a presença de familiares ou doulas, na generalidade as mulheres preferem o companheiro.	V
<i>“Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto”</i> Mónica Muñoz-Serrano; Claudia Uribe-Torres; Luiza Hoga 2018 Espanha	Identificar as necessidades de preparação do pai para oferecer suporte à companheira durante o TP.	Focus group Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 12 pais e às suas companheiras.	Destacou-se a necessidade de trabalhar com o casal estratégias que preparem o pai e aumentem os seus conhecimentos e habilidades para o acompanhamento durante o TP. Neste âmbito, foram trabalhadas “competências do saber”, relacionadas com a informação inerente a todo o processo do TP, bem como a possíveis complicações; competências do “saber fazer”, proporcionando aos pais as habilidades necessárias para prestar o apoio adequado à companheira, e do “saber ser” com ênfase na sensação de segurança em si mesmo.	VI
<i>“The Effectiveness of Community-Based Continuous Training on Promoting Positive Behaviors towards Birth”</i>	Descrever o protocolo do estudo de um desenho quase experimental para testar a eficácia de um programa intervencionista que promova a preparação	Estudo quasi-experimental Com recurso à técnica de amostragem por cluster, foram selecionados dois grupos — o de controlo e o de intervenção — cada um envolvendo 180 casais com IG inferior ou igual a 24 semanas.	As variáveis avaliadas foram: os sinais de alerta durante a gravidez, durante o TP, durante o pós-parto, assim como os sinais de alarme no RN, tendo sido utilizada uma escala de Likert. Posteriormente, foram transmitidas informações inerentes à preparação para o parto (cuidados pré-natais,	

<i>Preparedness, Male Involvement, and Maternal Services Utilization among Expecting Couples in Rukwa, Tanzania: A Theory of Planned Behavior Quasi Experimental Study</i> Faviola V. Moshi; Stephen M. Kibusi; Flora Fabian 2018 Tanzânia	para o parto, considerando o envolvimento masculino e a utilização dos cuidados de saúde. Dada a elevada taxa de mortalidade materna na Tanzânia, capacitar os homens com as informações necessárias acerca das condições obstétricas de emergência.	A intervenção consistiu em duas sessões precedidas de discussões sobre as crenças que dificultam a preparação para o parto, o envolvimento masculino e o recurso aos cuidados de saúde disponíveis. A primeira sessão foi realizada antes das 24 semanas de gestação; a segunda sessão foi realizada após as 28 semanas. O programa envolveu a transmissão de conhecimento sobre a preparação para o parto (cuidados pré-natais, sinais de alerta e preparação para TP em instituições de saúde); sinais de TP e cuidados ao RN.	sinais de alerta e preparação para o TP em instituições de saúde); sinais de TP e cuidados ao RN. Os principais resultados evidenciam mudanças ao nível do conhecimento sobre a preparação para o parto, evidenciado o envolvimento masculino, bem como sobre o recurso aos cuidados de saúde maternos, apresentando potencial para reduzir atrasos na tomada de decisão na procura de apoio médico, no acesso a uma unidade de saúde materna, bem como na obtenção de cuidados adequados. Sentindo-se informados e confiantes em si mesmos, os pais destacam a importância da sua presença no TP no que respeita ao suporte que podem prestar à companheira: de carácter físico, emocional e informativo.	IV
<i>“Supporting and Sharing–Home Birth: Fathers’ Perspective”</i> Maija-Riitta Jouhki; Tarja Suominen; Päivi Åstedt-Kurki 2015 Finlândia	Descrever e avaliar as experiências dos pais sobre o parto planeado no domicílio, dado que, apesar de o parto no domicílio ser considerado uma experiência positiva, a sua segurança é controversa. Existem diversos estudos que analisam as percepções maternas sobre a temática, contudo são escassos os estudos relativamente à experiência paterna.	Estudo exploratório Foram realizadas 11 entrevistas abertas a pais cujos filhos nasceram em ambiente domiciliar.	Em todos os casos, a decisão de parir em casa foi baseada no desejo de cada grávida e apoiada pelo companheiro. A decisão pelo parto no domicílio deve-se a fatores como experiências negativas em partos hospitalares, o facto de ser considerado pelos casais que o corpo das mulheres se encontra fisiologicamente preparado para o TP e sem necessidade de assistência por profissionais de saúde, bem como a possibilidade de participação dos irmãos. Assim, o estudo confirma que as experiências do parto no domicílio significam para os homens partilhar responsabilidades e prestar apoio às parturientes a diversos níveis, entre eles, a participação do próprio através da preparação do ambiente domiciliar para o parto e do suporte à mulher a nível físico (por exemplo, através de massagens e apoio na deambulação), a nível emocional (através de palavras de encorajamento) assim como o fortalecimento das relações familiares. Destaca-se a necessidade de preparar os profissionais de saúde para oferecerem diferentes opções de parto, incluindo o conhecimento dos aspetos médicos e sociais do parto em casa.	VI
<i>“Fathers’ feelings related to their partners’ childbirth</i>	Identificar os sentimentos dos homens em relação ao TP das suas companheiras,	Estudo descritivo Foram analisados 403 questionários que indagavam sobre os dados sociodemográficos dos pais em	Os resultados do estudo indicam a importância da presença do pai durante o TP, dadas as diversas vantagens para a tríade. Considerando as características sociodemográficas dos pais,	

<i>and views on their presence during labour and childbirth: A descriptive quantitative study</i> Hong-Gu He; Katri Vehviläinen-Julkunen; Xiao Fang Qian; Despina Sapountzi-Krepia; Yuhua Gong; Wenru Wang 2015 China	assim como as suas opiniões acerca da sua presença durante o TP.	estudo, sobre os dados clínicos das respetivas companheiras, assim como acerca dos sentimentos dos pais relativamente ao TP, contendo, ainda, uma questão aberta - “Qual é a sua opinião sobre o significado da presença do pai na sala de parto?”.	compreende-se, no que respeita à faixa etária, que os pais mais jovens se apresentam mais receosos e preocupados do que os pais mais velhos, assim como os pais com um nível superior de escolaridade, considerando a literacia. No entanto, os pais consideram a sua presença significativa para as companheiras, uma vez que lhes podem prestar suporte emocional e físico. O estudo evidencia a necessidade de preparação dos pais para que estes ofereçam suporte à companheira durante o TP.	VI
<i>“Pai e acompanhante de parto: Perspetivas dos homens sobre o processo reprodutivo e assistência obstétrica”</i> Ana Carolina Arruda Franzon 2013 Brasil	Descrever e analisar as experiências e percepções dos homens que acompanharam o TP da companheira.	Estudo exploratório Foram realizadas 23 entrevistas semi-estruturadas a pais que estiveram presentes no parto, cujo roteiro de questões era referente à participação do homem no pré-natal, no parto e no pós-parto, assim como acerca da importância da amamentação.	Pela análise das entrevistas, depreende-se que os pais sentem a necessidade de dialogar com outros homens sobre o parto e sobre as responsabilidades oriundas com o nascimento de um filho. Contudo, apesar de os próprios reconhecerem essa importância, alguns consideram uma “fraqueza masculina” abordar o tema. Foi unânime o reconhecimento da importância do pai no TP, como elemento de proteção do binómio mãe-filho, capaz de proporcionar segurança e acolhimento familiar diante de um estado de reconhecida vulnerabilidade para a mulher. Assim, assegurar a presença do homem no TP acarreta benefícios não apenas para triade e beneficia a experiência subjetiva dos homens com o processo reprodutivo e a paternidade. Porém, a participação paterna ainda representa um desafio em alguns serviços de saúde, contrariando as evidências que sustentam o cuidado efetivo centrado na mulher e a valorização do nascimento enquanto experiência familiar. Sendo o acolhimento familiar no parto uma estratégia eficaz para melhorar os resultados perinatais no Brasil, urge a sua implementação e aplicação para aumentar a satisfação do casal com o parto, bem como a redução de taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Neste sentido, o estudo destaca a necessidade de preparar os homens para o TP da	VI

			companheira, com ênfase nas medidas de suporte que este pode adotar para apoiar a parturiente.	
<i>“Orgulho de pai: cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez”</i> Adriana Manganiello 2012 Brasil	Explorar as vivências dos pais relativas à gestação, parto, pós-parto, amamentação e cuidados ao RN; identificar necessidades e dificuldades por parte dos pais relativas ao ciclo gravídico-puerperal; elaborar um documento educativo direcionado para os pais, objetivando esclarecer as principais dúvidas, superar dificuldades e suprir necessidades.	Estudo exploratório Foram realizadas entrevistas não estruturadas a 17 pais com o intuito de avaliar as suas necessidades relativas à gestação, parto, pós-parto, amamentação e cuidados ao RN, recorrendo à técnica de amostragem em “bola de neve”. Posteriormente, foi elaborado um documento informativo sobre as principais temáticas indicadas pelos pais. A primeira versão do documento foi avaliada por 5 pais, seguindo-se a atualização do documento com as sugestões efetuadas pelos próprios, de modo a simplificar a leitura e compreensão das informações.	Através da análise das entrevistas depreende-se que os sentimentos relativos à notícia da gravidez dependem do seu planeamento, observando-se um ideal em termos de sequência até ao processo de paternidade: a estabilidade financeira, o casamento e, posteriormente, o nascimento do primeiro filho, devidamente planeado. O seguimento destas etapas foi considerado fundamental para vivenciar tranquilamente o ciclo gravídico-puerperal. No entanto, verificou-se a presença de sentimentos ambivalentes — alegria pela gestação e preocupação pela responsabilidade advinda com a paternidade — independentemente do planeamento da gravidez. Compreende-se, também, pela interpretação das entrevistas que os pais tiveram dificuldades em lidar com as alterações físicas e emocionais sentidas pela grávida, essencialmente as náuseas e os vômitos, bem como os episódios de síncope. Os pais receavam a prática de atividade sexual durante a gestação e foi verificada uma grande preocupação com a possibilidade de terem um filho com problemas de saúde. Relativamente ao TP, os pais indicaram que a falta conhecimento sobre o assunto representou o primordial motivo de preocupação, sendo que muitos pais desconheciam o direito de acompanhar as esposas e foram impedidos de o fazer, sobretudo em hospitais públicos. Os pais que estiveram presentes afirmam que se sentiram confusos por não saberem como auxiliar a companheira e salientam que se tivessem recebido as orientações adequadas para o momento teriam tido a possibilidade de vivenciar uma experiência mais positiva. Já no que respeita ao pós-parto, os pais referem dúvidas e receio na prestação de cuidados ao RN, sobretudo relativamente à causa do choro, à regurgitação do leite materno, à possibilidade de engasgamento e risco de aspiração, bem como ansiedade perante a amamentação. Neste sentido, a autora do estudo elaborou um documento informativo, onde procura esclarecer os aspetos enumerados pelos pais entrevistados: alterações comportamentais das gestantes; sonolência e fadiga; náuseas e vômitos; mal estar e síncope; aumento do apetite; aumento do peso; alterações	VI

			nas mamas; dores; edema; dificuldade em dormir; uso de fármacos; atividade física e laboral; prática sexual; saúde do RN. Destacam-se as informações relativas ao TP, em que a autora esclarece as características do TP, as suas fases, a função das contrações uterinas, o momento de recorrer ao hospital, os tipos de parto. Apresenta, ainda, a lei em vigor no Brasil referente ao direito de a parturiente ter um acompanhante durante o TP e pós-parto, afirmando que a sua função é oferecer suporte psíquico e emocional à companheira, estimulando-a positivamente nos períodos mais difíceis. Fisicamente, o pai pode estimular a parturiente a adotar posições verticais, a deambular, a realizar exercícios com a bola de pilates e massajar a companheira na região lombar e sagrada. Relativamente à fase puerperal, aborda temas como a depressão pós-parto; a sexualidade; a licença parental; a amamentação e os cuidados ao RN.	
--	--	--	---	--

Depreende-se, através da análise dos artigos, que as parturientes desejam o acompanhamento do companheiro durante o TP, considerando-o como a pessoa de referência para prestar apoio na vivência de um momento único como o nascimento de um filho (Bohren, Berger, Munthe-Kaas & Tunçalp, 2019), proporcionando segurança e acolhimento familiar, dado que a mulher se encontra num estado vulnerável (Franzon, 2013). A mesma autora refere-se, também, à valorização do nascimento enquanto experiência familiar. Jouhki, Suominen & Åstedt-Kurki (2015), no seu estudo, sobre as experiências paternas relacionadas com o parto planeado no domicílio também evidenciam o fortalecimento das relações familiares, favorecido pela presença e suporte do homem à mulher durante o TP. De considerar que na China, de acordo como He e colaboradores (2015), a presença do pai durante o TP não é uma prática comum. Os autores justificam esta prática com base na timidez e na responsabilidade por estar presente no TP associada à falta de conhecimento sobre o mesmo, bem como à falta de incentivo por parte das companheiras. Como tal, os autores elaboraram um estudo sobre os sentimentos dos pais chineses em relação à sua presença no TP e concluíram que os mesmos desejam estar presentes, carecendo de informações sobre o TP e sobre as medidas de apoio que podem prestar à companheira.

Para que o pai possa prestar suporte à parturiente, é necessário considerar as suas necessidades. Assim, os estudos analisados evidenciam que os pais expressam o desejo de serem valorizados e reconhecidos enquanto figura importante do ciclo gravídico-puerperal (Bohren et al., 2019; Franzon, 2013; He et al., 2015; Jouhki et al., 2015; Manganiello, 2012; Muñoz-Serrano et al., 2018, Uribe-Torres & Hoga, 2018;). Destaca-se a unanimidade evidenciada nos estudos analisados sobre a falta de preparação do homem para o TP da companheira. Muñoz-Serrano et al. (2018) referem-se à necessidade dos pais conhecerem mais sobre o nascimento, destacando a importância da confiança em si para prestarem o suporte adequado às companheiras. Moshi, Kibusi & Fabian (2018) acrescentam que para o pai prestar o suporte adequado, precisa de se envolver na preparação para o parto, pois, assim, o nível de preparação melhorará consideravelmente. Franzon (2013), no seu estudo sobre as perspetivas dos pais que acompanharam o TP das companheiras, concluiu que os homens sentem a necessidade de dialogar com outros homens sobre o parto e as responsabilidades que advêm com o nascimento de um filho. Além disso, considera evidente a carência de conhecimentos sobre o ciclo gravídico-puerperal, pelo que, neste sentido, a autora destaca a necessidade de preparar os homens para o TP da companheira, com ênfase nas medidas de suporte que este pode adotar para apoiar a parturiente. De igual forma, Manganiello (2012) menciona no seu estudo que os pais que estiveram presentes no TP das companheiras se sentiram confusos por não saberem como a auxiliar e salientam que se tivessem recebido as orientações adequadas para o momento teriam tido a possibilidade de vivenciar uma experiência mais positiva.

Os resultados dos documentos analisados enfocam que o pai pode prestar diversos tipos de suporte à mulher em TP:

- O “trabalho em equipa”, considerando que, na presença do pai, a mulher não está a passar pelo TP sozinha, tendo o seu apoio a diversos níveis (Bohren et al., 2019; Muñoz-Serrano et al., 2018);
- Medidas de apoio informativo, ou seja, o pai assume uma posição relevante na possibilidade de ser o mediador entre a parturiente e os profissionais de saúde, se necessário, obtendo informações sobre o processo fisiológico do TP ou complementando as informações fornecidas pelos profissionais de saúde (Bohren et al., 2019; Jouhki et al., 2015; Manganiello, 2012; Muñoz-Serrano et al., 2018) assim como sobre possíveis complicações decorrentes do mesmo (Muñoz-Serrano et al., 2018);
- Medidas de conforto, através do toque calmante (Bohren et al., 2019) e de estímulos positivos (Bohren et al., 2019; Jouhki et al., 2015; Manganiello, 2012);
- Suporte físico, com recurso às massagens, à contrapressão, à respiração e às técnicas de relaxamento (Bohren et al., 2019; Jouhki et al., 2015; Manganiello, 2012; Muñoz-Serrano et al., 2018;), assim como apoiando na deambulação, na adoção de posicionamentos verticais e no uso da bola de pilates, por exemplo (Manganiello, 2012);
- Suporte emocional, através de elogios e de encorajamento (Bohren et al., 2019; Jouhki et al., 2015; Manganiello, 2012).

O homem considera a sua participação no nascimento como o culminar de tudo o que vivenciou, do apoio prestado à companheira durante a gestação, dos PPPP e das consultas que presenciou. Contudo, apesar de o suporte proporcionado pelo companheiro à parturiente ser essencial, dados os benefícios reconhecidos, importa atentar nos sentimentos e emoções experienciados pelo homem, uma vez que este vivencia todo o processo de forma distinta da companheira, sendo a sua transformação pessoal de igual importância. Os homens procuram e necessitam de informação e de partilhar experiências inerentes à transição para a paternidade, bem como à sua participação no TP. Considerando os estudos analisados, verifica-se que os pais expressam sentimentos ambivalentes ao longo do processo gravídico-puerperal e que apresentam dificuldades em exprimir as suas emoções por considerarem que a grávida é a prioridade. Neste sentido, os estudos evidenciam que a maioria dos pais se preocupa com o bem-estar e com a saúde da companheira, com as alterações intrínsecas à gestação, com a necessidade de apoio físico e emocional e com a sua participação no TP. De acordo com a análise, depreende-se que quando os homens vêm esclarecidas as suas incertezas, demonstram uma maior serenidade e capacidade para apoiarem a companheira. Por outro lado, na presença de incertezas e de preocupações, os pais tendencialmente apresentam dificuldade em prestar suporte à mulher em TP. Reconhece-se, assim, a importância da preparação pré-natal que possibilita, por um lado a

aquisição e a validação de conhecimentos do casal inerentes às alterações físicas, psicológicas e sociais relativas ao ciclo gravídico-puerperal e, por outro lado, permite o desenvolvimento de competências para a prestação de suporte à parturiente, no caso do pai. A preparação para o parto apresenta como grande objetivo capacitar o casal para a vivência de um parto gratificante e saudável, pelo que os PPPP assumem uma importância crucial na experiência de parto, pós-parto e no processo de construção da parentalidade da futura mãe e do futuro pai. As intervenções implementadas pelo EEESMO promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher durante o TP serão abordadas no Subcapítulo seguinte.

2.9.5 Conclusões

As intervenções provenientes da análise dos estudos fundamentam-se nas perspectivas e necessidades reconhecidas pelos pais que neles participaram, representando, assim, uma fonte primordial para o conhecimento acerca das intervenções do EEESMO no âmbito da preparação do pai para o suporte da mulher em TP.

Essencialmente, verifica-se a necessidade de amplificar a valorização do pai na gestação, no parto e no pós-parto, pois, apesar de a literatura evidenciar inúmeras vantagens para a tríade com a presença do pai no TP, urge que os profissionais de saúde recebam formação de modo a proporcionar ao pai uma experiência positiva e gratificante. Esta preparação deverá ser efetuada durante a gestação, o que destaca a importância dos PPPP. Neste sentido, demonstra-se evidente que o EEESMO assume uma posição fulcral na promoção do envolvimento do pai no TP ao reduzir os sentimentos negativos vivenciados pelo casal e propiciando uma experiência de nascimento positiva.

Assim, de modo a responder à questão norteadora do presente estudo – “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da preparação do pai para o suporte da mulher durante o TP?” – é apresentado o seguinte esquema, ilustrado pela **Figura 3**:

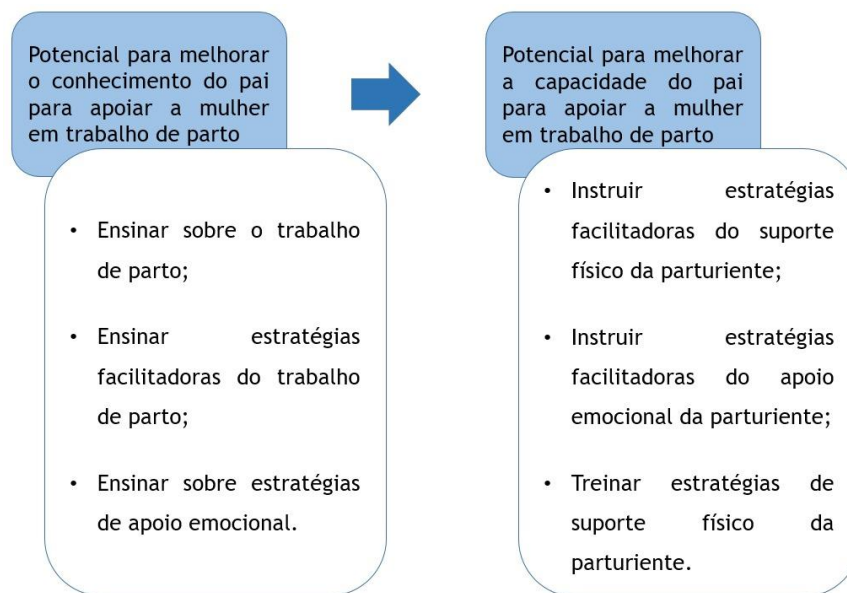


Figura 3: Intervenções promotoras da preparação do pai para o suporte à mulher em TP

O nível de evidência dos artigos analisados variou desde estudos descritivos e exploratórios, de caráter qualitativo dada a natureza do objeto de estudo, uma revisão sistemática da literatura e um estudo quasi-experimental. De salientar que, na sua maioria, os estudos incluíram amostras pequenas, baseando-se em investigações retrospectivas com apuramento de informações sobre as experiências vividas pelo homem ou pelo casal anteriormente. Verifica-se, assim, a necessidade de acometer investigações mais amplificadas. Além do referido, parte dos estudos salientam a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde, de modo a que estes preparem o pai para o TP da companheira, não apresentando, estes estudos, as intervenções a realizar. De igual forma, demonstra-se evidente a necessidade de investir em mais estudos que esclarecem o teor das intervenções promotoras da preparação do pai para o TP.

Em suma, a presente revisão integrativa da literatura possibilitou compreender a relevância do EEESMO na preparação do pai para prestar suporte à mulher em TP, sendo este o profissional mais significativo para proporcionar o apoio necessário para a vivência de um momento de extrema importância na vida de um casal.

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

O puerpério caracteriza-se pelo conjunto de alterações físicas e psíquicas decorrentes do pós-parto, que ocorrem com o objetivo de o corpo e a mente da mulher voltarem ao estado não gravídico (Ferreira, 2016). O referido período inicia-se após a dequitação, prolongando-se por seis a oito semanas. O puerpério divide-se em três fases, nomeadamente, o puerpério imediato – que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto; o puerpério precoce – que se prolonga pela primeira semana após o parto; por último, o puerpério tardio – que diz respeito ao período que decorre até à sexta semana após o parto, no qual se verifica a involução uterina completa (Graça, 2017).

Como se compreende pela definição apresentada, o puerpério representa a fase do ciclo de vida da mulher em que esta apresenta algum grau de vulnerabilidade, uma vez que esta é a fase em que se poderá encontrar mais focada na proteção do RN em detrimento de si mesma (Leitão, 2016). Além do mencionado, esta fase é acompanhada por significativas alterações hormonais, por mudanças a nível psicológico, familiar e social, da adoção de um novo papel e reorganização dos demais papéis da sua vida, assim como da elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade (Leitão, 2016). Porém, segundo a WHO (2013), o puerpério representa o período mais negligenciado na prestação de cuidados obstétricos. Assim, impera que o EEESMO intervenha no sentido de proporcionar uma avaliação da evolução e na prestação de cuidados não apenas à puérpera e ao RN, como ao pai e familiares significativos.

3.1 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do puerpério: autocuidado pós-parto e parentalidade

O estágio decorreu no serviço de puerpério do CHPVVC, sendo a supervisão do mesmo efetuada por umas das EEESMO destacada para assegurar o turno no Puerpério. A unidade de cuidados onde o período de estágio foi realizado abrange o internamento de puérperas e de recém-nascidos em alojamento conjunto, permitindo ainda presença do pai ou de um

convivente significativo durante todo o período de internamento. O serviço apresenta, ainda, uma ala específica para o internamento de grávidas com patologia, assim como outra para o pré e pós-operatório de mulheres com patologia ginecológica.

Na ausência de complicações, a puérpera e o RN são admitidos no serviço de puerpério duas horas após o nascimento. O serviço está organizado de modo a promover o alojamento conjunto dos três durante todo o tempo de internamento. O envolvimento do pai é cada vez mais preconizado em todas as fases que a família vivencia – desde a gestação ao processo de assumir a responsabilidade de ser mãe e pai – sendo, assim, considerada essencial por Mendes (2018) a inclusão do pai nos cuidados diretos ao RN.

A duração do internamento depende do tipo de parto (se parto vaginal – eutócico ou distócico por ventosa/fórceps, o internamento tem a duração de dois dias; se parto distócico por cesariana, o internamento prolonga-se por três dias) e do estado de saúde da puérpera e/ou do RN.

No decorrer do referido estágio foram prestados os cuidados de enfermagem a diversas mulheres, casais e recém-nascidos, como se pode observar na **Tabela 3**.

Tabela 3: Experiências no âmbito do Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade

Experiências no Módulo “Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade”	
Puérperas	Recém-nascidos
Baixo risco: 54	Baixo risco: 41
Alto risco: 47	Alto risco: 60
Total: 101	Total: 101

Tendo por base as referências à gestação de alto risco, com todas as modificações que acarreta à grávida, revela-se necessário repensar a prática do cuidado nesse contexto do pós-parto, ressignificando a vivência puerperal após a gestação de alto risco como um período também de alto risco, ou seja, como puerpério de alto risco. Roque e Carraro (2015) referem que o “puerpério de alto” risco abrange as situações nas quais a mulher apresenta complicações por patologia pré-existente ou intercorrências puerperais, provocadas quer por fatores orgânicos, quer por fatores socioeconómicos e/ou demográficos adversos. Os mesmos autores mencionam ainda que a vivência de uma gravidez de baixo risco não implica um puerpério igualmente de baixo risco, dada a possibilidade de ocorrerem complicações intraparto e mesmo no pós-parto. Afirmam ainda que o internamento do RN na UCIN

classifica, também, o puerpério em alto risco. Na prática clínica, as puérperas assistidas classificadas com “alto risco” deveram-se a patologias que surgiram com o desenvolvimento da gravidez, exemplificando, a DG. Também patologias prévias à gestação, como a HTA, contribuíram para a mesma classificação, assim como a febre materna intraparto e o internamento do RN na UCIN.

Relativamente ao RN, considera-se de alto risco quando se encontra exposto a situações em que existe maior probabilidade de evolução desfavorável, nomeadamente, decorrente de internamento ou intercorrência gestacional; baixo peso ao nascimento (inferior a 2500 gramas), IG inferior a 37 semanas; Índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto de vida; mãe adolescente; mãe com grau de instrução inferior a oito anos de estudo; residência em áreas de risco; historial de morte de crianças na família. Os fatores de risco englobam a associação dos fatores ambientais – extrínsecos – e biológicos – intrínsecos – maternos e perinatais, que, associando-se, podem provocar efeitos cumulativos para o RN (Formiga, Silva & Linhares, 2018). Recém-nascidos filhos de mães diabéticas, dado o risco de comorbilidades fetais, neonatais e infantis; recém-nascidos cujas mães apresentam positivo o rastreio para EGB, pelo risco de *sepsis*, pneumonia ou meningite na primeira semana de vida (Afonso, 2012); recém-nascidos cuja rotura da bolsa amniótica foi superior a 18 horas antes do parto, dado o risco de *sepsis*, assim como febre materna (Pinheiro, Ferreira, Brum, Guilherme & Monte, 2007) foram os classificados como sendo de “alto risco” no decorrer do estágio.

3.2 Avaliar a evolução do puerpério

O EEESMO assume, enquanto competência preconizada pela OE (2019a), a promoção da saúde da mulher e do RN no período pós-natal, objetivando potenciar a saúde da puérpera e do RN e apoiar o processo de transição e de adaptação à parentalidade.

O acolhimento no serviço tem um impacto predominante na experiência de internamento da mulher/casal. Deste modo, aquando da chegada ao serviço de puerpério, o acolhimento era iniciado pela apresentação enquanto estudante do MESMO. De seguida, era descrito e demonstrado o espaço físico relativo à enfermaria, tal como ao serviço, esclarecendo-se quais as rotinas do mesmo, nomeadamente, o horário das visitas e a possibilidade de acompanhamento por uma convivente significativo.

Posteriormente, era realizada a avaliação inicial efetuando a recolha da dados com recurso à puérpera, assim como à informação transmitida pelo EEESMO do Bloco de Partos que havia

procedido à transferência e eram consultados os dados clínicos registados informaticamente, obtendo, na totalidade, informações como o tipo de parto, o índice obstétrico, os antecedentes pessoais relevantes, o grupo sanguíneo e fator Rhesus D, presença ou ausência do agente EGB na mucosa vaginal/retal, condição do períneo, características da contração uterina e lóquios; idade, profissão, estado civil, presença ou ausência de alergias, historial obstétrico e da gravidez atual.

Seguia-se o exame físico da mulher. Neste sentido, mediante uma avaliação cefalocaudal, era observada a coloração da pele e mucosas oral e ocular para despiste da descoloração característica de anemia ou de uma eventual hemorragia decorrente do parto; aquando da observação das mamas, era avaliada a sua consistência, sensibilidade, presença de colostro, formato e integridade dos mamilos; no abdómen avaliava-se a presença de globo vesical e respetiva necessidade de esvaziamento; palpava o fundo uterino, sendo expectável que no final das primeiras duas horas após o parto ainda se mantenha formado o globo de segurança de Pinard, causado pela contração permanente das fibras musculares uterinas. O fundo do útero nesta fase é palpável cerca de dois centímetros abaixo do umbigo. Especificamente no pós-parto de uma cesariana, é avaliado o penso da ferida cirúrgica — se está limpo, seco e aderente à pele ou, por outro lado, se se encontra repassado. A nível perineal avaliavam-se os lóquios e respetivas características — quantidade, coloração e odor — assim como se avaliava a ferida perineal resultante da reparação da episiotomia ou laceração. Relativamente aos membros inferiores, era avaliada a presença de edema, através do sinal de *Godet*, bem como sinais de tromboembolismo, mediante o sinal de *Homans*. Ao longo do exame físico a puérpera era incentivada a exprimir as suas dúvidas e receios e a partilhar a sua experiência de parto, de forma a avaliar o seu estado emocional.

Ressalva-se que o exame físico era realizado aquando da avaliação inicial e, posteriormente, pelo menos uma vez por turno. Acresce ao já mencionado a monitorização dos sinais vitais — pressão sanguínea e pulso radial uma vez por turno, temperatura auricular duas vezes por dia (final do turno da noite e início do turno da tarde), respiração e avaliação da dor a cada contacto — a vigilância da eliminação vesical e intestinal; avaliação da capacidade para prestar cuidados ao RN; promoção da amamentação e apoio à mesma; avaliação do estado emocional da puérpera, como corroboram Santos e colaboradores (2014).

Como referem Freitas e Baptista (2016a), as necessidades em cuidados de enfermagem no âmbito do pós-parto desencadeiam dois tipos de intervenções, nomeadamente, as preventivas de complicações e as promotoras do autocuidado e do bem-estar. Referentemente à primeira, após o parto, gradativamente os órgãos da mulher retomam a sua anatomofisiologia, pelo que o EEESMO deve realizar uma avaliação cuidadosa da puérpera, de acordo com o tipo de parto, estadio pós-parto e antecedentes relevantes. Através do segundo tipo de intervenções objetiva-se a rápida recuperação da puérpera, bem como a sua dotação de competências. Neste seguimento, de seguida serão descritas atividades de vigilância inerentes à fase do ciclo de vida mencionada, seguindo-se a

descrição das intervenções de enfermagem autônomas associadas à promoção do autocuidado e, posteriormente, no Subcapítulo seguinte será feita referência às intervenções de enfermagem resultantes de prescrição.

Monitorizar o estado hemodinâmico

O sistema cardiovascular da puérpera sofre alterações imediatamente após o parto. A redução célere da pressão intra-abdominal origina a dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos, originando a estase de sangue nas vísceras, o que pode provocar hipotensão ortostática no pós-parto. Após as primeiras 24 horas, os valores tensionais tendem a estabilizar. O débito cardíaco, o volume de ejeção e, consequentemente, a frequência cardíaca encontram-se aumentados já na gravidez e permanecem elevados durante as primeiras 48 horas após o parto. A função respiratória pode estar alterada, apenas retornando ao normal até às seis semanas após o parto, devido à descida do útero e, consequentemente, do diafragma (Graça, 2017). Neste sentido, era avaliada a pressão sanguínea e a frequência cardíaca uma vez por turno e sempre que se justificasse (por exemplo, na presença de uma puérpera com valores tensionais alterados, a mesma era avaliada mais frequentemente).

Monitorizar a temperatura corporal

Durante as primeiras 24 horas pós-parto, a temperatura corporal pode elevar-se para os 38.°C em consequência da possível desidratação originada pelo TP. Após 24 horas, é esperado que a puérpera esteja apirética. Um diagnóstico de *sepsis* puerperal é sugerido se existir um aumento da temperatura para 38.°C nas primeiras 24 horas após o parto e se este aumento persistir (Graça, 2017), pelo que na prática clínica a temperatura era avaliada duas vezes por dia e sempre que se justificasse (por exemplo, na presença de uma puérpera que teve febre intraparto, a temperatura era avaliada mais frequentemente).

Monitorizar a dor pós-parto

No pós-parto a dor é referida pela maioria das mulheres, estando presente em diferentes locais anatómicos, dependendo do tipo de parto, sendo a dor perineal a mais comum, independentemente do tipo de trauma perineal. Por outro lado, a dor abdominal, resultante da ferida cirúrgica, predomina se se tratar de uma cesariana. Associada à amamentação pode, ainda, surgir dor provocada pela contração uterina simultânea e/ou pela dor no mamilo (Figueiredo, Filho, Mendonça, Rodrigues & Silva, 2018). Decorrente da imobilidade prolongada e/ou da posição durante o TP pode surgir dor músculo-esquelética e, ainda, enquanto consequência adversa da analgesia epidural podem resultar as cefaleias, segundo os mesmos autores. Assim, considera-se fulcral a monitorização da dor que, segundo o protocolo do serviço, era avaliada através da Escala Numérica da Dor, a cada contacto com a puérpera.

Vigilância das mamas e da lactação

De acordo com Fatia e Tinoco (2016), nas primeiras 24 horas após o parto, as mamas encontram-se moles e segregam colostro. Assim, durante o exame físico, a mama era examinada quanto ao tamanho, simetria, tensão, coloração, temperatura, tipo de mamilo e a sua integridade, assim como era avaliada a presença de colostro aquando da mamada. A prevenção das complicações decorrentes da amamentação encontra-se explorada no **Subcapítulo 3.7.4 – Conhecimento sobre amamentação e capacidade para amamentar.**

Vigilância da involução uterina e dos lóquios

O processo pelo qual o útero, após o nascimento, retorna ao estado não gravídico designa-se por involução uterina. Tal processo começa imediatamente após a expulsão da placenta com a contração da musculatura uterina lisa. A manutenção do útero firmemente contraído é essencial para prevenir a perda excessiva do sangue. Em 12 horas, o fundo do útero pode estar aproximadamente um centímetro acima do umbigo. A involução progride rapidamente durante os dias seguintes. O fundo involui aproximadamente um a dois centímetros a cada 24 horas. No sexto dia pós-parto, o fundo uterino encontra-se normalmente localizado na linha média entre a sínfise púbica e o umbigo. Ao final de dez dias este já não deve ser palpado no abdómen pois encontra-se na pelve. Ao final de seis semanas o útero retorna ao seu tamanho inicial. A amamentação e a massagem no fundo uterino facilitam a involução. A subinvolução, decorrente da dificuldade do útero em voltar para o estado não gravídico, apresenta como causas mais frequentes a atonia uterina e a retenção de fragmentos placentários (Graça, 2017).

A principal causa de hemorragia pós-parto é a atonia uterina, ou seja, a incapacidade de o músculo uterino se contrair firmemente. Assim, para prevenir a hemorragia importa a manutenção de um bom tônus uterino, isto é, a estimulação do útero através de massagem no fundo uterino que favorece a contratilidade uterina e estimula expulsão de conteúdo uterino (WHO, 2014).

A avaliação regular da altura do fundo do útero e do grau de contração uterina nas primeiras horas depois do parto são cruciais. Como tal, a palpação do útero era realizada com a bexiga vazia, uma vez que a bexiga cheia ocupa espaço abdominal e desvia o útero da linha média. A dilatação da bexiga empurra o útero para cima e interfere na sua capacidade contrátil (Graça, 2017).

No processo de cicatrização da ferida placentar, ocorre a libertação do fluxo sanguíneo pelo canal vaginal – os lóquios, cujas características modificam ao longo do puerpério. Nas primeiras horas após o parto o fluxo é intenso, de coloração vermelho-vivo – lóquios hemáticos – podendo conter coágulos e são constituídos essencialmente por sangue, decídua e restos de trofoblasto; posteriormente às primeiras 24 horas, observa-se uma redução gradual da quantidade de lóquios; a sua coloração também modifica passando para

rosados cerca de três a quatro dias após o parto — lóquios sero-hemáticos; a partir dessa altura e até por volta da terceira semana após o parto, surgem os lóquios serosos, de coloração acastanhada e em reduzida quantidade (Ferreira & Baptista, 2016). A avaliação da quantidade da perda sanguínea era executada através da avaliação da saturação do penso higiénico, tendo em conta o seu grau de saturação num período de duas horas. A interpretação era considerada abundante se o penso se encontrasse totalmente saturado no final deste período. A vigilância da perda sanguínea é essencial para relacionar com a contração uterina e despistar a possível retenção de fragmentos placentares ou lacerações vaginais.

Vigilância da ferida perineal ou abdominal

De acordo com Ferreira e Baptista (2016), nos primeiros dias o períneo encontra-se edemaciado, especialmente na região da sutura perineal, se for o caso. O processo de cicatrização é equivalente ao das feridas cirúrgicas, sendo essencial uma higiene adequada e a manutenção do períneo o mais seco possível, com a mudança frequente dos pensos higiénicos. O períneo era examinado aquando do exame físico, objetivando avaliar a ferida cirúrgica perineal, se presente, assim como alterações locais, como rubor, edema, equimoses e/ou hematomas.

No caso de um parto distócico por cesariana, existe a presença de uma ferida no abdómen. Assim sendo, deverá ser executada a vigilância à ferida, para prevenir complicações e deverão ser prestados os cuidados relativos a uma ferida cirúrgica (Graça, 2017). O local da incisão deve ser vigiado para se verificar a presença de edema, equimose, dor ou hematoma e, deste modo, avaliar a evolução do processo de cicatrização da ferida cirúrgica. Assim, a vigilância da ferida cirúrgica inclui vigiar a ferida e a pele adjacente, a observação do tecido da ferida com atenção à reepitelização, bem como a integridade da linha de sutura.

No serviço encontra-se protocolado que o tratamento à ferida cirúrgica deve apenas ser realizado no dia da alta, sendo que se procede à observação do penso uma vez por turno e, apenas se mais de 50% do penso se encontrar repassado, é que se procede ao tratamento da ferida, reforçando-se a vigilância do penso.

Vigilância da eliminação vesical e intestinal

Após o parto, a diminuição da pressão intra-abdominal conduz a um aumento da capacidade vesical da bexiga, podendo atingir os 1500ml. Este facto, associado aos traumatismos pélvicos provocados pela ferida cirúrgica, lacerações ou edema e aos efeitos da analgesia administrada durante o parto podem justificar a diminuição do reflexo de micção (Graça, 2017). Assim, importa estimular o esvaziamento precoce e, idealmente, espontâneo, da bexiga nas primeiras quatro a seis horas após o parto.

A retenção urinária pós-parto é considerada uma disfunção miccional, caracterizando-se pela ausência de micção espontânea quatro a seis horas após o parto vaginal ou após a

remoção do cateter vesical (Oliveira, 2017). A sua fisiopatologia é multifatorial, nomeadamente, relacionada com os partos instrumentados, a cesariana, a analgesia epidural, o trauma perineal, a macrosomia fetal, a dor perineal e a obstipação.

De igual modo, importa atentar na vigilância da eliminação intestinal, pois a evacuação espontânea pode demorar entre dois a três dias após o parto, em consequência da redução da tonicidade muscular intestinal durante o TP e o puerpério imediato, da diarreia pré-trabalho de parto, do jejum e/ou da desidratação (Graça, 2017).

As hemorroides constituem outra condição a avaliar, pois ficam mais exacerbadas no pós-parto devido aos esforços expulsivos, dificultando a eliminação intestinal e causando desconforto e/ou dor (Ferreira & Baptista, 2016).

Vigilância do estado nutricional

Como corroboram Ferreira e Baptista (2016), o reinício da alimentação nas puérperas de parto vaginal poderá ocorrer logo após o parto. Nas puérperas submetidas a cesariana, a progressão da alimentação decorre de forma gradual.

Vigilância do estado emocional

Como já referido, o puerpério é a fase do ciclo de vida mulher que comporta uma maior vulnerabilidade originada pelas alterações hormonais, mudanças a nível psicológico, familiar e social, a adoção de um novo papel e reorganização dos demais. Todos estes aspetos propiciam alterações emocionais.

O *blues* puerperal caracteriza-se pela alteração de humor (labilidade emocional, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda de apetite, fragilidade e falta de autoconfiança e de autoestima), sendo observado em cerca de 80% das puérperas. Geralmente tem início entre o terceiro e o sétimo dia pós-parto e prolonga-se uma a duas semanas ou até por mais tempo. O *blues* pós-parto decorre das alterações hormonais, cumulativas à exaustão provocada pelo parto, ao confronto do bebé imaginário com o bebé real e ao ajustamento de papéis (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010).

Durante o estágio, não foram identificadas situações de *blues* pós-parto. Foram, no entanto, diversas as puérperas que demonstraram alguns sinais de labilidade emocional, como o choro fácil, demonstrando sentimentos de insegurança no exercício do papel parental de mãe, essencialmente no que respeita aos cuidados ao seu filho.

Importa mencionar que uma particular situação concorrente para a alteração emocional no pós-parto é o internamento do RN na UCIN. Ao longo do estágio, esta experiência foi vivenciada por algumas puérperas, tendo sido verificados sentimentos/emoções de tristeza, angústia, receio e ansiedade.

No que respeita à vigilância do estado emocional, destaca-se, ainda, uma situação particular de um parto e pós-parto a decorrerem sem intercorrências tanto para a puérpera como para o RN até ambos receberem visitas de familiares, desconhecendo que um dos membros tinha varicela. Esta é uma patologia causada pelo vírus Varicela-Zoster da família herpesvírus. Trata-se de uma doença exantemática frequente na infância e que acomete geralmente crianças com idades superiores aos seis meses de idade. Nas crianças com idade inferior aos seis meses é rara, principalmente pela imunidade materna conferida, frequentemente reforçada pela transferência passiva de imunoglobulinas através do leite materno (Oliveira, 2015). Porém, consciente dos riscos, foi comunicado pelo casal aos profissionais de saúde o que acontecera. Embora seja habitualmente benigna, quando a varicela ocorre até aos três meses de idade, dada a maior imaturidade imunológica, pode decorrer em complicações, designadamente, infeções bacterianas (pneumonia e encefalite) (Oliveira, 2015). Verificou-se que sentimentos como a felicidade, o amor e o bem-estar deram lugar à culpa, ao medo e à angústia. As emoções negativas foram exacerbadas devido a atitudes e comentários de alguns profissionais de saúde, que evidentemente culpavam a mãe e o pai pelo sucedido. De atentar que até ao momento era desconhecido que o familiar contraíra o vírus, pelo que a sua visita poderia decorrer normalmente. Foi, então, decidido pela equipa de pediatria que, por prevenção, seria iniciada a terapêutica com aciclovir IV, o que implicaria a transferência do RN para a UCIN. Aos sentimentos já referidos acrescem as incertezas. Uma vez mais, com reforço da culpa por parte de profissionais de saúde.

Deste modo, tornou-se preponderante a implementação de intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação à transferência do RC para a UCIN, abordadas adiante.

Vigilância de puérperas com cuidados especiais (diabetes gestacional)

Durante o estágio existiu a oportunidade de prestar cuidados a puérperas com patologia associada, essencialmente decorrente da gravidez – especificamente a DG – patologia abordada no presente relatório.

Este diagnóstico médico acarreta atividades de vigilância acrescidas, de forma a detetar precocemente e a evitar complicações. As mulheres com antecedentes de DG apresentam um risco aumentando de a desenvolver numa futura gravidez. Apresentam, ainda, risco acrescido de desenvolver hiperglicemia intermédia, diabetes tipo 2 ou síndrome metabólica. Segundo a SPD (2017), a vigilância, no puerpério imediato, das mulheres com diagnóstico prévio de DG é semelhante à da puérpera sem patologia. Porém, é relevante promover estilos de vida saudáveis e incentivar a amamentação, dados os benefícios maternos. Stuebe, Rich-Edwards, Willett, Manson & Michels (2005) referem no seu estudo que a amamentação durante um ano pode reduzir a probabilidade de desenvolver a patologia em 15%, sendo cada ano subsequente de amamentação associado a uma redução do risco ainda mais prevalente. Os autores salientam que o efeito protetor dura por pelo menos 15 anos após o último período de amamentação. Os antecedentes de DG não são por si só restritivos

à escolha do método contraceptivo, assegurando que todos as opções são seguras em mulheres com antecedentes de DG. Ao planejar uma futura gravidez, é aconselhável efetuar uma pesquisa de glicemia em jejum e, se indicado, uma PTOG prévia à concepção. De ressaltar, ainda, que as puérperas com DG realizam entre as seis e as oito semanas após o parto a PTOG para nova reclassificação.

De acordo com a prescrição médica, eram avaliados os valores de glicemia capilar segundo o esquema prescrito até se obterem valores normais em pesquisas consecutivas. Representam objetivos glicêmicos os seguintes valores: jejum ou pré-prandial – inferior ou igual a 95mg/dl; uma hora após o início das refeições – inferior ou igual a 140mg/dl (SPD, 2017). Em todos os contactos, era avaliada sintomatologia compatível com quadro de hipoglicemia (por exemplo, palidez e sudorese) e de hiperglicemia (por exemplo, poliúria, polidipsia e xerostomia). Todas as puérperas observadas apresentaram valores normoglicêmicos e em nenhuma puérpera fora identificada sintomatologia sugestiva de hipoglicemia, nem de hiperglicemia.

Intervenções de enfermagem autónomas

Face às necessidades identificadas, eram implementadas intervenções de enfermagem, especificamente, no que respeita ao alívio da dor perineal, à eliminação vesical e à eliminação intestinal, bem como ao estado emocional.

De acordo com Silva (2019), a crioterapia revela-se útil para aliviar a dor perineal, reduzindo o edema e o hematoma, se aplicada por 10 minutos e com intervalos superiores a duas horas, com o objetivo de evitar efeitos adversos, sendo a bolsa de gelo envolvida com tecido para não contactar diretamente com a pele, pelo que esta intervenção era implementada.

No que respeita à eliminação vesical, se quatro horas após o parto não estivesse restabelecida, eram implementadas medidas para promover a estimulação urinária, entre elas, motivar a deambulação, se possível; deixar a água correr no lavatório enquanto tenta urinar; colocar água no monte de Vénus e nas virilhas; colocar as mãos num recipiente com água fria (Oliveira, 2017).

Relativamente à eliminação intestinal, a puérpera deve ser aconselhada a manter uma dieta rica em fibras e uma adequada hidratação oral. A estimulação da deambulação melhora não só o funcionamento intestinal, como também promove a saída dos lóquios, ajuda na involução uterina e melhora a circulação o que reduz a incidência de tromboembolismo (Freitas & Baptista, 2016a).

No que respeita ao estado emocional, considerando o caso particular descrito, verificou-se a importância de proporcionar apoio emocional, promover a expressão de emoções e a partilha de experiências, assistindo nas tarefas de autocuidado e nos cuidados ao RN, sempre que necessário.

Pelo rosto da puérpera escorreriam inúmeras lágrimas, pela sua boca apenas eram proferidas palavras de culpa. O pai optava por não partilhar os pensamentos, no entanto era notório o seu sofrimento. Assim, primeiramente apenas estar presente e escutar revelou-se a estratégia adequada. Escutar atentamente os sentimentos que o casal tentava transmitir, verbal e não verbalmente, para, posteriormente, apoiar e informar corretamente a mãe e o pai sobre todos os novos cuidados de saúde inerentes ao RN. É fundamental não esquecer que a comunicação terapêutica deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, essencialmente numa área tão delicada quanto a da Saúde Materna e Obstétrica, para garantir o êxito nos cuidados, a par do respeito e da compreensão pelos sentimentos e emoções de outrem.

Neste contexto, de acordo com Fernandes e Silva (2015), o EEESMO assume como intervenção trabalhar com o casal estratégias que promovam a mestria no sentido de adquirirem conhecimentos e capacidades para prestarem os cuidados ao seu filho. Para tal, verificou-se o quão essencial é apoiar o casal, mantendo a esperança e a resiliência e promovendo a ligação afetiva com o RN, através de visitas ao serviço de Neonatologia ou, quando não era possível, através de fotografias fornecidas pelo acompanhante. Também a promoção da lactação através da extração mecânica de leite materno se revelou uma intervenção eficaz, assim como a comunicação terapêutica e a escuta ativa.

3.3 Intervenções resultantes de prescrição no âmbito do pós-parto

O puerpério é considerado um período fisiológico. Todavia, poderão existir alguns aspetos que careçam da ação da equipa multidisciplinar, nomeadamente, ao nível da gestão da dor pós-parto e a prevenção da obstipação.

A gestão da dor pós-parto era feita, com frequência, com recurso a medicação. Neste sentido, para fazer face à dor perineal, e de acordo com prescrição médica, era administrada analgesia por via oral – o paracetamol um grama de oito em oito horas – e anti-inflamatórios por via oral ou IV – Ibuprofeno, 400mg de seis em seis horas, porém nas primeiras 24 horas após o parto se a dor era verbalizada de forma intensa, o ibuprofeno era substituído pela administração de diclofenac, 75mg via intramuscular. No pós-parto de cesariana, é mantido o cateter epidural nas primeiras 24 horas, pelo que é administrada morfina de 12 em 12 horas e ropivacaína, se necessário, associado à analgesia via oral protocolada para o pós-parto via vaginal.

No que respeita ao trânsito intestinal, caso a puérpera não evacue após a adoção das medidas anteriormente referidas, de acordo com prescrição médica, preconiza-se a administração de laxantes até a mulher apresentar o trânsito intestinal regularizado (Ferreira & Baptista, 2016). As hemorroides constituem outra condição a avaliar, pois ficam mais exacerbadas no pós-parto devido aos esforços expulsivos, dificultando a eliminação intestinal e causando desconforto (Ferreira & Baptista, 2016). De acordo com prescrição médica, enquanto tratamento, no decorrer do estágio, procedia-se à aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária e gelo, promovendo a vasoconstrição e o conforto.

3.4 Diagnósticos e intervenções de enfermagem no âmbito do autocuidado pós-parto

De seguida serão apresentados os diagnósticos e as respetivas intervenções de enfermagem relevantes para o autocuidado no pós-parto. De ressaltar que, como referido na Introdução do presente relatório, este consta de escolhas, pelo que serão destacados somente alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem.

3.4.1 Conhecimento sobre autovigilância durante o puerpério

De acordo com a OE (2018) um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados do EEESMO é a preparação do regresso a casa, sendo esta concretizada considerando as necessidades da puérpera, do RN e da família, onde o ensino, a instrução e o treino visam a autonomia nos cuidados ao filho com mestria. Dado o curto tempo de internamento após o parto, urge a necessidade de o EEESMO implementar, desde o momento da admissão no serviço do puerpério, intervenções de enfermagem promotoras da melhoria dos conhecimentos e das capacidades.

Assim, para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância durante o puerpério”*, era avaliado o conhecimento sobre os parâmetros de autovigilância fase puerperal: o aparecimento de febre, persistência de lóquios ruborizados e/ou com lóquios com odor fétido, dor perineal,

edema e/ou deiscência da ferida cirúrgica. Não sendo apresentados os critérios de diagnóstico para o conhecimento adequado e considerando, também, a disponibilidade para aprender (demonstrada, por exemplo, pelo interesse em saber, colocando questões) era, então, implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre autovigilância no pós-parto*, em que era transmitido à puérpera a importância de consultar um profissional de saúde na presença de febre, persistência de lóquios ruborizados e/ou lóquios com odor fétido, dor perineal, edema e/ou dor deiscência da ferida cirúrgica.

3.4.2 Conhecimento sobre autocuidado pós-parto

O acompanhamento puerperal implica a avaliação das alterações fisiológicas que decorrem neste período, bem como a preparação da mulher para cuidar de si e detetar possíveis complicações. Neste sentido, as orientações relativas aos cuidados com o próprio corpo são cruciais para que a mulher compreenda como cuidar de si mesma e manter-se saudável durante o puerpério.

Para tal, importa averiguar o conhecimento que a puérpera detém sobre a higiene das mamas, a higiene perineal/íntima, o padrão alimentar e a sua relação com a amamentação, o padrão de exercício, o padrão de sono e repouso e as medidas de segurança. Após verificação de que o conhecimento necessita ser melhorado para progredir para a mestria e considerando o momento próprio para intervir, é formulado o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado pós-parto”*, sendo implementadas intervenções de enfermagem, das quais destaco:

- *Ensinar sobre os cuidados ao períneo/ferida perineal*, na qual deve ser transmitido à puérpera que deve assegurar uma higiene adequada e a manutenção do períneo o mais seco possível, com a mudança frequente dos pensos higiénicos. A literatura científica não é consistente quanto à frequência da realização dos cuidados de higiene perineais. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia ([SPG], 2012), recomenda-se realizar a higiene perineal no puerpério imediato entre uma a três vezes por dia. Deverá ser realizada com água corrente e com uma solução de limpeza com pH ácido para não prejudicar as características da pele perineal. Deve, ainda, ser dermocompatível com a mucosa, não irritando nem secando a mesma, assim como não deve alterar o manto lipídico, devendo manter o pH da mucosa vaginal (entre 4,2 e 5,6). A OE (2011) recomenda efetuar a higienização perineal

após cada micção e/ou dejeção, no sentido ântero-posterior, objetivando evitar a contaminação da região vulvar com bactérias provenientes da flora intestinal. No CHPVVC era seguida a recomendação de acordo com a OE (2011), incentivando-se as puérperas a realizar a higiene perineal após cada micção e/ou dejeção. Recomenda-se que a troca do penso higiênico seja realizada a cada quatro horas e de acordo com a saturação do penso, sendo recomendado que nesta fase a troca ocorra em cada ida à casa de banho;

- *Ensinar sobre padrão alimentar.* A DGS estima um aumento de cerca de 300 calorias por dia durante a gravidez e sugere que o incremento energético durante o puerpério seja superior ao da gestação, chegando a 500 calorias diárias (DGS, 2015d). A puérpera deve ser incentivada a manter uma alimentação saudável e variada. No período de internamento, as refeições eram realizadas com um intervalo máximo de três horas. Verificou-se a presença de muitas dúvidas sobre a influência da alimentação materna no âmbito da amamentação. De facto, analisado o estudo de Ferreira, Neves, Virella e Ferreira (2010) sobre os mitos e os preconceitos existentes sobre esta temática, 89% das mulheres que amamentavam no final do primeiro trimestre após o parto suprimiram alguns alimentos da sua dieta, por associarem o seu consumo a alguma sintomatologia no RN, essencialmente cólicas. O chocolate, os amendoins, o feijão, as conservas, as couves, os frutos secos, os morangos, as laranjas e os enchidos constituíram os alimentos eliminados da dieta. Por outro lado, alguns mitos relacionam-se com o aumento da produção de leite materno, entre eles, os líquidos, os lacticínios, a sopa e o bacalhau. Porém, os autores referem que não existe evidência que comprove os efeitos de qualquer destes alimentos na lactação. As limitações alimentares durante a amamentação podem estar relacionadas com uma menor variedade de sabores a que o RN é exposto, podendo interferir na aceitação de alguns alimentos quando se introduzirem os sólidos. Igualmente importante foi desmitificar a crença de que a cerveja pode aumentar a produção de leite materno. Assim importa evidenciar que não existem restrições especiais. No entanto, alguns alimentos podem alterar o gosto do leite e o RN pode gostar ou não. Existem componentes nos alimentos que podem ser mais alergénicos, contudo todos as crianças são diferentes e, assim, é necessário controlar o efeito do alimento quando ingerido pela mãe na criança (por exemplo, dejeções líquidas). Se algum alimento provocar efeito, aconselha-se a sua remoção da dieta, reintroduzindo-o mais tarde, de modo a perceber a reação da criança. Se a sintomatologia melhorar com a exclusão do alimento e piorar com a sua reintrodução, este deve ser evitado. A ingestão de alimentos que contêm cafeína deve ser controlada: café, chás verde e preto, refrigerantes e cafeína, cujo consumo diário não deve exceder os 300mg por dia. Estas substâncias devem ser ingeridas somente após as mamadas, pois a criança poderá ficar mais agitada e apresentar maior dificuldade em adormecer, quando

ingeridas previamente à mamada. Além do referido, recomenda-se a abstenção alcoólica, dado que a criança tem uma reduzida capacidade para metabolizar o álcool, proveniente do leite materno, mesmo que em pequena quantidade. O consumo de bebidas alcoólicas durante a amamentação pode reduzir a produção de ocitocina, embora não se conheçam os efeitos para o RN (Correia, 2015).

3.4.3 Conhecimento sobre planeamento familiar

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre planeamento familiar*”, previamente eram averiguados determinados dados, nomeadamente, o conhecimento das alterações que podem decorrer a nível vaginal no período pós-parto; a partir de quando o casal pode reiniciar a atividade sexual e que método contraceutivo pode ser utilizado, considerando a amamentação. Face às necessidades identificadas, era implementada a seguinte intervenção de enfermagem:

- *Ensinar sobre planeamento familiar.* Os profissionais de saúde devem considerar a importância de informar sobre a sexualidade no período puerperal, tendo em conta a relevância que tem na vida afetiva e sexual da mulher e do casal. As alterações hormonais, os distúrbios emocionais, as alterações físicas (preocupação com a recuperação perineal/muscular), a dispareunia e as exigências enquanto mãe também podem concorrer para a redução do interesse da mulher pela atividade sexual após o parto (ACOG, 2018b). A literatura não é uniforme relativamente ao *timing* adequado para o reinício da atividade sexual, pelo que no âmbito do estágio supervisionado, foi transmitido que as relações sexuais devem ser evitadas pelo menos até à consulta de revisão do puerpério, considerando que a decisão final será do casal e ambos se devem sentir preparados (ACOG, 2018b). Importa informar as puérperas que amamentam exclusivamente ou que utilizam contraceção com progestativo de que poderá ocorrer um aumento transitório da atrofia vaginal e redução da lubrificação, o que pode ser melhorado com a aplicação de lubrificantes à base de água ou cremes com estrogénio tópico (Cavadas, 2009). A contraceção hormonal recomendada deve incluir apenas progestativos, pois, ao invés dos contracetivos hormonais combinados, não se encontram associados a risco trombótico para a mulher, nem foi comprovado qualquer impacto na lactação ou no desenvolvimento infantil da criança amamentada. A probabilidade de ovulação é reduzida nos primeiros seis meses após o parto, na presença de aleitamento materno

exclusivo e amenorreia, contudo foi transmitido aos casais que apesar de a puérpera estar a amamentar este fator por si só não constitui um método contraceptivo.

3.5 Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil: recém-nascido

No que diz respeito à avaliação inicial do RN, inicialmente procedia-se à recolha e análise da informação transmitida pelo EEESMO do Bloco de Partos – tipo e hora do parto, o sexo, o índice de Apgar, a amamentação na primeira hora de vida e a presença/ausência de eliminação vesical/intestinal – bem como através do processo clínico, onde constavam os dados antropométricos e a avaliação realizada pelo Pediatra. Neste sentido, decorre a observação física do RN, executada através de um exame cefalocaudal, sendo a coloração cutânea um dos primeiros aspetos a considerar, uma vez que é expectável que o RN apresente coloração rosada, ainda que, devido à lenta circulação periférica, a cianose nas extremidades seja um achado normal na fase de adaptação à vida extrauterina. Na cabeça era analisada a presença/ausência de *caput succedaneum*, cefalohematoma e/ou escoriações do couro cabeludo, para se proceder à respetiva vigilância, se presentes. Eram despistados sinais de dificuldade respiratória, designadamente, a tiragem intercostal e a retração do apêndice xifóide, associando-se também o adejo nasal. No abdómen era analisado o cordão umbilical, a sua correta clampagem e a presença/ausência de sinais inflamatórios. Ao nível genital eram observados os órgãos genitais externos e confirmada a perfuração do ânus. Por último, era verificada a presença da pulseira de identificação com o nome da puérpera e a pulseira eletrónica, correspondente a um sistema de alarme anti-rapto.

Vigilância dos reflexos

De forma a avaliar a capacidade do RN para se alimentar, é crucial verificar a presença de determinados reflexos, nomeadamente, o de busca, o de sucção e o de deglutição. Para avaliar a presença do primeiro reflexo referido, pode-se colocar um dedo próximo da boca do RN em várias posições, sendo esperado que o mesmo reaja abrindo a boca, desviando a cabeça na direção do dedo e movendo a língua em direção ao estímulo proporcionado. Já os reflexos de sucção e de deglutição podem ser observados durante a mamada ou, eventualmente, colocando um dedo no palato do RN e provocando movimentos ondulatórios anteroposteriores com a língua. A presença destes reflexos assume essencial importância, pois permite que o RN se adapte à mama e estabeleça o padrão de coordenação-sucção-deglutição (Beck, Ganges, Goldman & Long, 2004).

Outros reflexos primitivos podem ser vigiados no RN e são indicadores do seu desenvolvimento neuromotor, entre eles, o reflexo de preensão, de Moro e de Babinski.

Vigilância da ingestão nutricional

Em alguns recém-nascidos observou-se compromisso no reflexo de sucção, o que, subsequentemente, compromete a ingestão nutricional, pelo que, em alternativa, dado o risco de hipoglicemia, os recém-nascidos eram alimentados transitoriamente por copo. De acordo com a evidência científica, esta técnica proporciona ao RN a estimulação oral e olfativa, proporcionando um maior treino motor maxilofacial (Melo, 2015). Contudo, a alimentação por copo está associada a um maior risco de aspiração, o que segundo McKinney e colaboradores (2016), não se constata se a mesma for efetuada corretamente, pois como o RN se alimenta a um ritmo próprio não existem episódios de apneia ou bradicardia. Também a *United Nations International Children's Emergency Found* preconiza esta prática (Levy & Bértolo, 2012).

Vigilância da eliminação vesical e intestinal

Referentemente à eliminação urinária, espera-se que nas primeiras 24 horas de vida o RN apresente a primeira micção, sendo progressiva a evolução do sistema urinário, pelo que a partir do terceiro dia de vida se inicia a fase diurética, o que se traduz num aumento da produção de urina, sendo expectável que ocorram cerca de seis a oito micções por dia de cor amarelo límpido. As primeiras micções podem conter cristais de urato, conferindo uma coloração alaranjada na fralda, sem significado patológico (Beck et al., 2004).

Relativamente à eliminação intestinal, o RN elimina inicialmente o mecónio – viscoso e de coloração verde escura – que se mantém presente nas primeiras 48 horas de vida. Após o terceiro dia de vida, começam a observar-se alterações na cor, odor e consistência das fezes, que se vão tornando mais amareladas. Os recém-nascidos que são amamentados apresentam fezes de cor amarela, moles, duas a dez vezes por dia. Os recém-nascidos que são alimentados com leite artificial, apresentam fezes pastosas, amareladas, usualmente uma vez ao dia, ou em dias alternados (Beck et al., 2004).

Vigilância do choro

De acordo com Cardoso (2011), existem diversas causas para o choro no RN, entre elas, causas físicas – fome, roupa desconfortável, frio ou calor, sono, fadiga, excesso de estímulos, dificuldade em estabelecer autocontrolo. Também as cólicas constituem comumente uma causa de choro, pelo que se revelou crucial vigiar este parâmetro. Esta temática encontra-se explorado no **Subcapítulo 3.7.3** – Conhecimento sobre o choro do RN e capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do RN.

Vigilância da dor

Logo após o nascimento os recém-nascidos podem ser submetidos a procedimentos invasivos (exemplificando, monitorização da glicemia capilar em RN filho de mãe diabética, a vacinação, a punção venosa) cuja dor deve ser prevenida, avaliada e tratada como prioridade. Para tal, a dor pode ser avaliada através de sinais fisiológicos – alterações na frequência cardíaca, respiratória e de saturação de oxigénio – e comportamentais – o choro, a expressão facial e a atividade motora exacerbada (Balda & Guinsburg 2018). Como profilaxia ou prevenção, privilegiam-se as atividades sensoriais, cujo mecanismo de ação não é totalmente conhecido, porém acredita-se que envolva os sistemas opioides endógenos e oxitocinérgicos, estimulados pelo paladar, sucção, olfato e o contacto materno (DGS, 2012). Assim, gerir os estímulos ambientais (controlar a luz e o ruído ambiental), agrupar os cuidados de forma a permitir períodos de repouso (respeitar os ciclos de sono-vigília), colocar o RN numa posição confortável, realizar manipulações mínimas e espaçar os procedimentos dolorosos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais constituem exemplos de intervenções (DGS, 2012). De igual modo, a sucção não nutritiva pode ser especialmente útil, na medida em que, apesar de não possuir propriedades analgésicas, ajuda o RN a reorganizar-se após um estímulo doloroso.

Além das intervenções a descritas, pode-se recorrer à administração de sacarose ou, de acordo com a prescrição médica, à analgesia via oral. A solução de sacarose a 25%, dose única, de 0,5 a 1ml, administrada cerca de dois minutos antes do procedimento auxilia na prevenção da sensação dolorosa. Relativamente à administração de analgesia, a primeira linha de fármacos consiste no Paracetamol via oral, 10 a 15 mg/kg de seis em seis horas (DGS, 2012). No estágio, era administrada a sacarose a 25% antes de qualquer procedimento doloroso, como uma punção venosa.

Vigilância da glicemia capilar

Durante a gestação, o feto depende integralmente do aporte materno e da transferência transplacentar de glicose, de aminoácidos, de ácidos gordos, de cetonas e de glicerol para as suas necessidades energéticas. Porém, após a clampagem do cordão umbilical, a concentração de glicose decresce rapidamente, alcançando o valor mínimo entre as duas e a três horas de vida, normalizando posteriormente entre as seis e a 12 horas de vida, de acordo com a SPN (2013b). Segundo a mesma entidade, para o RN com IG superior a 34 semanas pode ser aceitável nas primeiras 24 horas de vida um valor de glicemia entre 30-35 mg/dL, aumentando o limiar mínimo para 45mg/dL após a alimentação. No entanto, após as 24 horas de vida, o valor de referência mantém-se nos 45 mg/dL. Recém-nascidos com valores de glicemia inferiores a 20-25mg/dL requerem a administração de glicose por via endovenosa até restabelecerem os níveis plasmáticos para valores superiores a 45mg/dL, uma vez que a hipoglicemia persistente está relacionada com sequelas no neurodesenvolvimento infantil. São diversas as causas para hipoglicemia no RN, entre elas:

reservas de glicose insuficientes (especificamente, nos recém-nascidos prematuros e nas situações de RCIU); diminuição da produção de glicose no caso de doenças metabólicas; hiperinsulinismo, devido ao tratamento materno intraparto com glicose (SPN, 2013b). Por outro lado, entre os fatores de risco maternos estão a DG, a diabetes *mellitus* tipo 1 e 2, a pré-eclâmpsia, a HTA, o historial de macrosomia fetal, a toxicodependência, a terapêutica com tocolíticos beta-agonistas, a terapêutica com antidiabéticos orais e a administração de glicose durante o parto. Como consequência dos fatores de risco enunciados, surge a prematuridade, a RCIU, RN grande para a IG, hipoxia-isquêmica perinatal, *sepsis*, hipotermia, policitemia e malformações cardíacas. A hipoglicemia neonatal pode ser prevenida através do contacto pele-a-pele após o parto, a amamentação precoce (na primeira hora de vida) e a identificação dos fatores de risco de hipoglicemia (Beck et al, 2004).

De acordo com a prescrição médica, as intervenções mencionadas são aplicadas no CHPVVC, pelo que a monitorização da glicemia capilar, era reservada para casos em que o RN se encontrava sintomático, tinha algum fator de risco conhecido (mais frequentemente filhos de mães diabéticas) e/ou se encontrava em recusa alimentar. Quando os valores de glicemia se encontravam diminuídos, o RN era colocado à mama e procedia-se à observação da mamada para determinar a sua eficácia. Se não fosse eficaz introduzia-se o leite adaptado por copo. Na prática clínica não foram observadas situações de hipoglicemia no RN.

Vigilância da coloração da pele

A coloração amarela da pele, mucosas e escleróticas designa-se por icterícia neonatal, sendo visível quando o valor de bilirrubina total no sangue é superior a 5mg/dl. De acordo com (Romano, 2017), apesar de normalmente ser fisiológica, a sua avaliação deve ser cuidadosa, uma vez que vários fatores podem condicionar a sua evolução para uma situação patológica, com necessidade de tratamento. A icterícia fisiológica ocorre após as 24 horas de vida – geralmente entre o terceiro e o quinto dia de vida – e advém das características intrínsecas ao RN, como a produção aumentada de bilirrubina, resultante da massa eritrocitária elevada, curta vida dos eritrócitos e imaturidade hepática. Quando não tratada pode provocar toxicidade no sistema nervoso central. Constituem fatores de risco, segundo a SPN (2013), a incompatibilidade ABO, o teste de Coombs positivo, IG entre as 35 e 36 semanas, a presença de cefalohematoma, raça asiática, patologia na gravidez – sobretudo DG – o tipo de parto, especificamente o parto instrumentado ou induzido com ocitocina pelo maior risco para o aparecimento de cefalohematoma ou aumento da hemólise, o atraso na laqueação do cordão umbilical, o baixo índice de Apgar e a eliminação intestinal diminuída, por dificultar a excreção da bilirrubina. Deste modo, impera que o EEESMO atente na presença dos fatores de risco enunciados para despistar a eventual presença de icterícia no RN, cujo tratamento de eleição é a fototerapia. Apesar da sua taxa de percentagem relativamente frequente (60%, segundo Romano (2017)), ao longo do estágio não foram verificados casos de icterícia neonatal.

3.6 Intervenções resultantes de prescrição no âmbito dos cuidados ao recém-nascido

Os cuidados ao RN assumem uma relevância crucial para a redução da morbilidade neonatal e infantil, assim como para a promoção da sua qualidade de vida. No CHPVVC é realizado pelo EEESMO o rastreio auditivo neonatal após as primeiras 24 horas e vida. Segundo a DGS (2017a), os recém-nascidos devem ser submetidos ao Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) até ao final do primeiro mês de vida. A surdez representa a alteração congénita mais comumente identificada no RN. Esta patologia apresenta consequências extramente negativas no desenvolvimento da fala e da linguagem, no aproveitamento escolar, na capacidade de comunicação, na cognição, na leitura e no desenvolvimento sócio emocional, com consequências inevitáveis na educação e na empregabilidade, pelo que a deteção e intervenção precoce da surdez é determinante para evitar estas consequências e permitir às crianças com surdez desenvolver o seu máximo potencial. O RANU é efetuado através do exame de Otoemissões Acústicas, consistindo em colocar uma sonda no canal auditivo do RN e no registo da resposta ao estímulo sonoro emitido pelo equipamento. A análise das características dos sons registados apresenta duas possíveis respostas: “passa”, significando funcionamento aparentemente normal do ouvido interno; “refere” que, por sua vez, significa que não fora possível detetar sons de resposta do ouvido interno. Aquando desta ocorrência, era visível que a mãe e o pai, presentes na realização do rastreio, demonstravam receio e preocupação com a saúde auditiva do seu filho, pelo que lhes era explicado que o “refere” pode advir da presença de secreções no canal auditivo externo, líquido no ouvido médio ou mesmo se o RN se encontrar agitado. Assim, considerando estas hipóteses, o rastreio era repetido, observando-se a alteração do estado emocional da mãe e do pai, ficando estes tranquilizados. Em nenhum rastreio foram detetadas alterações.

Para a concretização do rastreio das cardiopatias congénitas recorre-se à oximetria de pulso, que é um teste não invasivo, indolor e de fácil de execução, apresentando uma grande fiabilidade na avaliação da hipoxemia. A metodologia utilizada pressupõe a monitorização das saturações de oxigénio pré e pós-ductal do membro superior e inferior direito, estabelecendo-se o limiar de saturação de oxigénio nos 95%. O referido rastreio justifica-se pelo facto de as cardiopatias serem o grupo de anomalias congénitas mais comum. Neste conjunto, 25% são consideradas críticas, sendo necessária a realização de cirurgia ou cateterismo de intervenção durante o primeiro ano de vida. Por isso, o diagnóstico precoce destas situações melhora o prognóstico, diminuindo as taxas de morbilidade e de mortalidade associadas às patologias. Existe um grande interesse na utilização da oximetria

de pulso como método de rastreio das cardiopatias congénitas, justificada pelo facto de que em algumas cardiopatias congénitas críticas, pode haver algum grau de hipoxemia mesmo antes de a cianose ser clinicamente evidente (Morais & Mimoso, 2013). Na prática clínica não foram verificadas alterações a este nível.

De forma a cumprir o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2017b), era administrada ao RN a vacina contra a hepatite B (VHB 1) na manhã da alta, pelo que a mãe e o pai eram informados sobre os potenciais efeitos adversos da vacina e sobre os cuidados com o local da punção. Na eventualidade de o internamento se prolongar até ao terceiro dia de vida do RN, era realizado o rastreio metabólico, sendo a mãe e o pai informados sobre a justificação do teste, como se realiza, bem como sobre a forma de aceder ao seu resultado.

3.7 Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio das competências parentais

Atualmente a parentalidade assume-se como uma temática social com grande pertinência e detém um impacto predominante ao nível da promoção da saúde. A transição para a parentalidade acomoda a um processo irreversível e comporta modificações pessoais e interpessoais, que se prolongam até os cuidados a prestar à criança deixarem de ser desconhecidos ou imprevistos, cessando quando a mãe e o pai apresentarem mestria no desempenho das habilidades. A Teoria das Transições de Meleis (2010), enquadra a transição para a parentalidade como sendo do tipo desenvolvimental, associando-se a uma mudança ao longo do ciclo vital, que exige reorganização individual e conjugal e implica a aquisição de conhecimentos e competências por parte do casal, de forma a facilitar a transição. Estas competências parentais são definidas por Cardoso (2011) como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, assegurando o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.

A adaptação à parentalidade difere da parentalidade, sendo que a primeira se direciona para as necessidades parentais associadas aos comportamentos que recaem no ajustamento à gestação e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, enquanto que a parentalidade se relaciona com o assumir a responsabilidade pelo exercício efetivo do papel (Cardoso, Silva & Marín, 2016). Sabe-se que nos primeiros meses de vida a criança é completamente dependente da mãe e do pai para satisfazer as suas necessidades, sendo o desenvolvimento saudável influenciado, assim, pelo papel parental, pelo que é imperativa

a intervenção do EEESMO na promoção e no desenvolvimento das competências parentais. Com base num estudo desenvolvido por Cardoso (2011) são 13 as competências parentais consideradas essenciais para o desempenho com mestria do exercício do papel parental, apreciadas as perspetivas das mães e dos pais e com base numa revisão da literatura, nomeadamente: preparar a casa para receber o RN; preparar o enxoval; preparar a integração do novo elemento na família; alimentar a criança; colocar a eructar; assegurar higiene e manter pele saudável; tratar do coto umbilical; atender ao choro; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normais; promoção e vigilância da saúde do filho; garantir a segurança e prevenir acidentes; lidar com problemas comuns na criança; criar hábitos para dormir; estimular o desenvolvimento da criança.

Considerando o estudo desenvolvido por Silva & Marinha (2018), destacam-se como as principais dificuldades sentidas após o parto, no que diz respeito às competências parentais, a amamentação, os cuidados de higiene ao RN, os cuidados ao coto umbilical, assim como o lidar com o choro no RN.

De facto, verificou-se ao longo do estágio, que as dúvidas mais prevalentes se prendiam com os contextos mencionados. Atendendo ao predomínio de dúvidas/receios/incertezas e aos dois estudos referidos, de seguida serão abordadas essas temáticas numa perspetiva de plano de cuidados de enfermagem.

3.7.1 Conhecimento e capacidade sobre higiene no recém-nascido

Para identificar a necessidade de formular o diagnóstico de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade sobre a higiene do RN”*, previamente eram averiguados determinados dados, entre os quais, analisar se a mãe e o pai sabem qual o material necessário e quais as condições prévias para o banho no RN; quais os critérios para escolher os produtos de higiene, assim como a frequência e horário do banho; como dar banho; como lavar os olhos e os ouvidos; como lavar o períneo; qual o material necessário para a troca da fralda; quais os sinais de eritema pela fralda e respetivos fatores de risco/medidas de prevenção; como e quando cortar as unhas, justificando a implementação das seguintes intervenções de enfermagem:

- *Ensinar sobre os cuidados de higiene ao RN;*
- *Ensinar sobre os cuidados à pele do RN;*
- *Ensinar sobre higiene oral no RN;*
- *Instruir a dar banho ao RN;*

- *Instruir a cuidar da higiene oral do RN;*
- *Instruir a tratar do coto umbilical;*
- *Instruir a trocar a fralda ao RN;*
- *Treinar a dar banho ao RN;*
- *Treinar a tratar o coto umbilical.*

O banho constitui uma atividade necessária para manter a higiene do RN, mas pode também integrar uma experiência prazerosa, promovendo a ligação entre o casal e a criança.

De acordo com Beck et al. (2004) e Fernandes, Machado e Oliveira (2011), as condições prévias para o banho envolvem a preparação do material (toalha, muda de roupa disposta pela ordem a ser usada, fralda, emoliente, escova de cabelo, compressas esterilizadas, fralda de pano lavada), bem como o da banheira com água a 37.°C, que não deve ultrapassar os 10 a 20 centímetros de altura. Sendo o processo de termorregulação do RN imaturo, deve-se aquecer previamente o ambiente e evitar correntes de ar. Além disso, imediatamente antes de o RN ser colocado na banheira, deve ser testada a temperatura da água com termómetro de água ou com o pulso/cotovelo, que, por apresentar uma maior distribuição de termorreceptores, corresponde à zona corporal mais sensível à temperatura.

Segundo a WHO (2018), preconiza-se que o primeiro banho do RN ocorra após as primeiras 24 horas de vida, mantendo a pele com a camada protetora do vernix caseoso, o que favorece a adaptação do RN ao meio extrauterino seco, promove a função antimicrobiana, a hidratação da pele, a diminuição da descamação, bem como a termorregulação – tal como acontece no CHPVVC – ou pelo menos, após as primeiras seis horas considerando o risco de hipotermia. O momento do banho era acordado com o casal, principalmente para assegurar a participação do pai. A principal dificuldade manifestada pelos casais corresponde à aquisição de destreza para manipular o RN.

A frequência do banho deve corresponder às necessidades da criança e aos valores das mães/pais e hábitos da família. De acordo com Fernandes e colaboradores (2011) para um RN são suficientes dois a três banhos por semana, sendo que a sua duração não deve ultrapassar os cinco a 10 minutos, pois a hiper-hidratação pode aumentar a espessura da camada córnea pelo edema, que leva a menor resistência e a alterações da pele. O banho pode ser dado em qualquer altura do dia, exceto após as refeições, uma vez que a manipulação em excesso do RN pode incitar a regurgitação.

Contrariamente à dos adultos, a pele do RN caracteriza-se por ser fina, sensível e frágil, apresentando pH tendencialmente neutro, o que diminui substancialmente o seu efeito protetor contra microrganismos. No entanto, a pele é um órgão com uma importância elementar para o RN, uma vez que efetua a função de barreira, confere proteção mecânica, termorregulação e previne a perda de fluídos corporais. Adjuvante a uma permeabilidade epidérmica elevada, considera-se manifesto o risco aumentado de toxicidade sistémica por absorção cutânea de agentes externos potencialmente nefastos

(Fernandes et al., 2011), o que demonstra a importância da escolha e aplicação dos produtos de higiene. Considerando a revisão de literatura efetuada pelos autores supracitados, no primeiro mês de vida o banho deve ser realizado, preferencialmente, apenas com água. Na sua maioria, os sabonetes são alcalinos, aumentam o pH cutâneo e beneficiam a destruição da camada lipídica na superfície da pele, sendo por isso desaconselhados. Mesmo os sabonetes de glicerina absorvem água em excesso, o que promove a secura e irritação da pele, devendo ser também evitados. Por outro lado, os *syndets*, ou “sabão sem sabão”, possuem as características ideais: pH ligeiramente ácido, pouca espuma, pouco perfume, baixa irritabilidade, e apresentam-se em forma líquida ou sólida (Fernandes et al., 2011; Machado, 2014). A revisão integrativa de Goés e colaboradores (2020) também conclui que o banho apenas com água e os *syndets* não afetam a pele do RN nas primeiras quatro semanas de vida. Quanto à introdução dos produtos de higiene, a literatura não é consensual, sendo normalmente recomendado a partir do primeiro mês de vida, excetuando os *syndets* que podem ser utilizados desde o nascimento. Na prática clínica, verificou-se que, após a explicação sobre as características da pele do RN e sobre os produtos de higiene, maioritariamente a mãe/pai optaram por utilizar somente água.

Relativamente à higiene ocular, verifica-se na literatura alguma divergência, sendo, no entanto, mais consensual que a limpeza seja cuidadosamente efetuada do canto interno para externo, evitando, assim, que as secreções se acumulem no ducto nasolacrimal e que a pressão sobre os canalículos lacrimais seja reduzida. Além disso, se existirem secreções, primeiro devem ser removidas num movimento descendente de modo a diminuir a suscetibilidade a infeções (Machado, 2014). Considerando a mesma fonte, no que respeita à limpeza dos ouvidos, podem ser utilizados cotonetes próprios para crianças, com uma proteção mais arredondada, apenas para limpeza do pavilhão auricular. De acordo com a Ordem dos Médicos Dentistas, deve-se limpar as gengivas do RN com uma compressa humedecida com água, pelo menos uma vez por dia, preferencialmente à noite. Os cuidados às unhas devem ser efetuados posteriormente ao banho, quando estas se encontram mais macias ou quando o RN está a dormir, sendo que a mãe/pai deve primeiramente separar o dedo da unha a cortar, destacar a polpa do dedo e apenas depois cortar cuidadosamente a unha com uma tesoura de pontas redondas. Para tal, deve-se aguardar que as unhas cresçam o suficiente.

Para a higiene genital, recomenda-se a utilização de compressas e água ou de toalhetes constituídos maioritariamente por água (Fernandes et al., 2011). Verificou-se, na prática clínica, que a maioria das mães/pais aplicavam cremes barreira cada vez que a fralda era trocada. Neste sentido, foi transmitido que em crianças com pele normal, não é necessário o uso por rotina de produtos tópicos para prevenção do eritema da fralda, pelo risco de sensibilização de contacto ou irritação cutânea. Contudo, na presença de “dermatites irritativas” justifica-se o emprego de cremes hidratantes e emolientes, sendo que na região perineal devem ser utilizados cremes barreira ou óxido de zinco (especialmente se as lesões

forem exsudativas). A prevenção e o tratamento da dermatite pela fralda englobam um conjunto de medidas que consistem em: manter esta área seca, limitar a mistura e dispersão da urina e das fezes, reduzir o contacto com a pele, evitar irritação e maceração e manter o pH natural da pele (ácido). A lavagem e secagem imediata da zona húmida e suja e mudança de fralda, logo após micção/dejeção, ajudam a prevenir o eritema.

Existem medidas preventivas de acidentes que importam, também, ser transmitidas à mãe e ao pai: não deixar a criança sozinha na banheira; usar tapete antiderrapante no fundo da banheira; evitar o uso de cadeiras de banho, dada a sua instabilidade; segurar bem a criança – através de uma ‘argola’ realizada com o dedo polegar e dedo médio, junto à axila e mantendo a cabeça apoiada no antebraço; quando se lava as costas, ter em atenção a face para que não fique submersa pela água; avaliar sempre a temperatura da água (Beck et al., 2004).

O momento do banho é também ideal para analisar os conhecimentos relacionados com o tratamento ao coto umbilical.

3.7.2 Conhecimento e capacidade para tratar do coto umbilical

Para identificar a necessidade de formular os diagnósticos de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para tratar do coto umbilical*”, previamente eram averiguados determinados dados, entre os quais, analisar se a mãe e o pai sabem qual o material necessário para efetuar o tratamento ao coto umbilical; se sabem quando é esperada a queda do coto umbilical; como e com que frequência proceder à sua limpeza; quais as estratégias para promover a mumificação e cicatrização, bem como quais os sinais de infeção do coto umbilical. As intervenções de enfermagem implementadas foram:

- *Ensinar sobre tratamento ao coto umbilical;*
- *Instrui a tratar do coto umbilical;*
- *Treinar a tratar o coto umbilical.*

A evidência científica não é consensual relativamente aos produtos para o tratamento do coto umbilical, enquanto alguns autores defendem a utilização de álcool a 70% ou clorexidina pelo seu poder antibacteriano, outros refutam que manter o coto umbilical limpo e seco (*dry care*) é a estratégia suficiente para garantir a mumificação do coto umbilical. Esta técnica está associada a um menor tempo de queda do coto umbilical, que pode ocorrer entre o quarto e o décimo quinto dia de vida. Deste modo, ao longo do estágio, foi utilizada a técnica *dry care*, sendo executado o tratamento uma vez por dia e sempre que necessário.

A mãe e o pai foram informados de que após a queda do coto devem manter a limpeza da ferida umbilical com soro fisiológico até à completa cicatrização da mesma.

A humidade na superfície cutânea, assim como a acumulação de secreções comprometem o processo de cicatrização da pele peri-umbilical e atrasam o processo de mumificação, constituindo um meio de crescimento bacteriano. A fralda não deve cobrir o coto umbilical, uma vez que quando molhada ou suja de fezes, protela ou impede a mumificação do coto, o que propicia o risco de infeção. Por outro lado, a exposição do coto ao ar promove a manutenção do coto seco e evita a humedificação e a contaminação (Branco, 2003). Os sinais de alerta transmitidos à mãe e ao pai são, designadamente, o rubor, a presença de odor fétido e de secreções purulentas. Após a queda do coto umbilical pode haver escassa perda de sangue, constituindo um achado normal (Branco, 2003).

3.7.3 Conhecimento sobre choro do RN e capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do RN

Para identificar a necessidade de formular os diagnósticos de enfermagem *“Potencial para melhorar o conhecimento sobre o choro do RN e para melhorar a capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do RN”*, previamente eram averiguados determinados dados, entre os quais, analisar se reconhecem que o RN chora para exprimir as suas necessidades e que o choro é influenciado pelo temperamento e pela idade da criança; se reconhecem que o RN pode apresentar diferentes tipos de choro e qual a distinção entre eles; quais as estratégias de consolo; quais os sinais de cólica/síndrome de cólica; quais os fatores de risco para a cólica/síndrome de cólica; quais as medidas de alívio da dor abdominal. As intervenções de enfermagem implementadas foram:

- *Ensinar sobre choro;*
- *Ensinar sobre estratégias de consolo;*
- *Ensinar sobre choro inconsolável;*
- *Ensinar sobre técnica de 5'S;*
- *Ensinar sobre massagem abdominal;*
- *Ensinar sobre massagem infantil;*
- *Instruir a executar técnica de 5'S;*
- *Instruir a massajar a criança;*
- *Treinar a executar técnica de 5'S;*
- *Treinar a massajar a criança.*

O choro representa a primeira forma de comunicação do RN, sendo considerado uma manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida. O choro patenteia diferentes características de acordo com a situação que o provoca, devendo ser interpretado de forma a decidir pelos cuidados mais adaptados à necessidade: fome, sede, sono, fralda suja, desconforto relacionado com a temperatura ambiente, posição desconfortável, roupa apertada, cólica, desejo de ser aconchegado representam as causas mais frequentes (Seabra, 2009). Na prática clínica verificou-se que as mães e os pais indicavam apenas a fome como causa do choro, pelo que foi fundamental informar sobre as diversas causas.

O choro apresenta um padrão melódico e a sua frequência varia de criança para criança. A duração diária do choro de um RN pode variar entre cinco minutos a duas horas, sendo que a durabilidade amplifica ao longo do primeiro mês. A quantidade de choro diário reduz com o menor intervalo entre as refeições, a precocidade da resposta e com a maior quantidade de tempo de colo (Seabra, 2009). O padrão normal do choro é caracterizado por um aumento rápido da sua quantidade até às seis semanas e, posteriormente, uma diminuição até aos quatro meses, sendo que o decréscimo da quantidade de choro após as seis semanas reflete a capacidade para usar mecanismos de regulação e de comunicação, que substituem a necessidade do chorar para recrutar influências reguladoras externas.

Brazelton e Sparrow (2009) referem que as diferenças individuais do tipo e duração do choro devem-se ao temperamento do RN, à capacidade de se confortar sozinho e aos cuidados parentais prestados. Crianças mais agitadas e exigentes podem demonstrar um alto nível de atividade e uma célere evolução para o choro mais intenso, sendo, por vezes, difíceis de acalmar. Por outro lado, crianças mais calmas e observadoras podem reagir mais lentamente, podendo até tentar desenvolver formas para se acalmarem sozinhas. Os padrões de choro podem traduzir importantes informações sobre o comportamento da criança, predizendo o seu temperamento.

Os recém-nascidos têm a capacidade de produzir diferentes padrões de choro, consequentes à combinação entre o choro, o silêncio e a respiração. Para identificar o tipo de choro, importa atentar na vocalização do choro, bem como na linguagem corporal da criança. No diagnóstico diferencial do tipo de choro é importante considerar diversos fatores — por exemplo: a hora da última mamada, da última sesta e da mudança da fralda, as reações aos ruídos, à luz, à temperatura ambiente, a atividade e os movimentos (Branco, Fekete & Rugolo, 2006).

Considerando Cardoso (2011), estão descritos cinco tipos de choro, desde o nascimento até aos três meses de vida:

- Choro por dor: presente desde o nascimento, caracteriza-se por um lamento curto, agudo e alto, seguido de um período de apneia e, posteriormente, de outro grito; a consoante “H” é evidentemente distinguível; o rosto da criança fecha-se, os braços

e as pernas fletem para junto do seu corpo; este choro diferencia-se dos restantes por não cessar quando se conforta a criança ou se pega no colo;

- Choro por dor tipo cólica: presente desde o nascimento, manifesta-se por um choro agudo e intenso; rubor na face; pulsos cerrados; movimentos intensos dos membros superiores; flexão dos membros inferiores contra o abdómen; costas arqueadas; abdómen distendido e tenso; agitação e irritabilidade;
- Choro por fome: também presente desde o nascimento, este tipo de choro representa um sinal tardio de fome; caracteriza-se por choro em soluços contínuos e curtos, sendo persistente e não muito alto; geralmente é acompanhado de movimentos da cabeça de um lado para o outro, boca entreaberta, levando as mãos à boca. Este tipo de choro diferencia-se do de dor, apresentando rápidas variações de frequência e sons mais curtos, enquanto que o de dor é mais forte, tenso e agudo;
- Choro por desconforto: presente desde o nascimento, este tipo de choro é manifestado para comunicar algo que desconforta a criança (calor, frio, fralda suja); caracteriza-se por ser mais fraco do que o grito de dor, apesar de apresentar momentos de grande intensidade; é facilmente confundido com o choro de dor intensa, devido aos gritos intermitentes; a nível corporal, a testa encontra-se franzida, os olhos inquiridores, os braços e as pernas estão mais tensos do que quando está aborrecido;
- Choro por tédio: este tipo de choro surge a partir do primeiro mês de vida, em que a criança choraminga em soluços, cessando quando se fala com ela, se pega ao colo, se brinca ou se acaricia; o rosto demonstra-se relaxado, assim como o corpo e os olhos normalmente estão abertos, as mãos também estão abertas, enquanto os pés se agitam no ar; se algum objeto lhe chamar à atenção, para de chorar e fixa-o;
- Choro por fadiga: este tipo de choro também surge a partir do primeiro mês de vida e é caracterizado por um choro ligeiro, quase um gemido, que tende a aumentar de tom até um choro forte; normalmente este choro acontece após um dia agitado; a criança encontra-se distendida, com um ligeiro franzido no sobrolho que alterna com o relaxamento do corpo e do rosto.

Dunstan (2006) esclarece os diferentes tipos de choro através da identificação de cinco sons, que considera como sendo as cinco primeiras palavras do RN. De acordo com a autora, se a criança não obtiver resposta ao “som tipo”, este evolui para um choro vigoroso. Os cinco sons indicam o choro de fome (“*Neh*”), de dor (“*Eairh*”), de fadiga (“*Owh*”), de desconforto (“*Heh*”) e de necessidade de eructar (“*Eh*”).

A estratégia para consolar a criança e controlar o choro depende do seu tipo e causa: perante o choro de dor, deve-se procurar a origem da dor pressionando levemente todas as partes do corpo; para o choro por fome, a criança deve ser alimentada; para controlar o choro por fadiga, deve-se procurar um ambiente calmo e comunicar tranquilamente com a criança, colocar uma música serena, caminhar com a criança ao colo de um lado para o outro,

embalando-a, se nenhuma forma de acalmar resultar, deve-se aguardar que a criança adormeça por si; pegar ao colo, brincar, acariciar e falar com a criança num tom calmo representam estratégias para consolar mediante o choro de tédio; perante o choro de desconforto, importa atentar para as causas que podem provocar incómodo à criança, sendo mais simples identificá-las e, assim, tranquilizar rapidamente o choro (Cardoso, 2011).

Em contexto de estágio, foram presenciados diversos tipos de choro, nomeadamente, o de dor (por exemplo, aquando da realização da monitorização da glicemia capilar), o de desconforto (verificado quando a fralda se encontrava suja) e o de fome, quando a mãe e o pai não reconheciam os sinais de fome prévios ao choro (exemplificando, levar a mão à boca, movimentar a cabeça de um lado para o outro). Neste sentido, era transmitido à mãe e ao pai as características que diferenciam cada tipo de choro e qual a atuação perante cada um. O choro que revela sinais de alarme inclui o gemido, caracterizado por um choro baixo, constante, habitualmente associado a dificuldade em respirar, recusa em mamar, diarreia e/ou vômitos e prostração, e o grito que, por sua vez, não é contínuo, a criança está irrequieta, irritada, recusa mamar e não chora — grita (Branco et al., 2006). Na presença de tal, a mãe e o pai eram informados de que deveriam contactar um profissional de saúde.

Especificamente sobre o choro por cólica, caracterizado por ser agudo e intenso, em que a criança se estica, encolhe as pernas, fica com o rosto ruborizado, fecha as mãos, vira a cabeça para os lados, flete as costas sobre o abdómen e apresenta distensão abdominal, podendo ocorrer a eliminação de gases, que a alivia temporariamente. Para prevenir a dor abdominal no RN representam estratégias: colocar a eructar, promover o relaxamento e realizar massagem abdominal. Por sua vez, quando a dor já se encontra instalada, deve-se promover o relaxamento da criança, amamentá-la e/ou colocar uma almofada quente sobre o abdómen (Arikan, Alp, Gözümlü, Orbak & Cifçi, 2008).

Os autores supracitados salientam que não existe um tratamento eficaz e seguro para a redução das cólicas, porém algumas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor poderão ser aconselhadas à mãe e ao pai. Neste sentido, é importante transmitir à mãe e ao pai que necessitam manter a calma, de modo a não estimular mais o RN. A massagem abdominal constitui um dos métodos mais utilizados para o alívio das cólicas dos recém-nascidos, facilitando a expulsão de gases (Bahrami, Mohammad & Noras, 2016). Seguindo os movimentos intestinais, deve-se pressionar suavemente do canto superior direito do abdómen até à espinha ilíaca direita, desenhando pequenos círculos, após completar esse grande círculo no abdómen, voltando ao ponto inicial, repetir a operação tantas vezes quantas necessárias para acalmar o RN. Também pode ser realizada a massagem com recurso aos joelhos do RN: com este deitado em decúbito dorsal, movimentar suavemente as suas pernas, imitando o movimento de “pedalar”, fazendo ligeira pressão sobre o abdómen, podendo também rodar os joelhos e a bacia no sentido dos ponteiros do relógio. Para prevenir as cólicas, deve-se promover a eructação — posição ereta — e o relaxamento, através do contacto pele a pele e da sucção, por exemplo. Também a massagem infantil

representa um dos métodos mais utilizados para promover o relaxamento. Consiste em realizar movimentos de deslizamento de forma simétrica, principiando o procedimento com movimentos de deslizamento superficiais, que se vão tornando mais profundos. O RN deve ser colocado sobre um lençol, toalha ou fralda e pode ser utilizado um óleo vegetal – por exemplo, óleo de amêndoas doces. Idealmente, a massagem deve ser realizada entre as refeições, num local confortável, tranquilo e com a temperatura adequada, cuja duração pode variar entre os cinco minutos, numa fase inicial, até aos quinze a vinte minutos, dependendo da disponibilidade da criança e da mãe ou do pai. Para recém-nascidos com idade inferior a um mês a duração aproximada é de 10 minutos (Cruz & Caromano, 2005).

A técnica da massagem abdominal era frequentemente instruída e treinada com a mãe e com o pai, de modo a que ambos adquirissem confiança na realização desta técnica. Por outro lado, nem sempre era possível treinar a massagem infantil, dada a logística do serviço. No entanto, sempre que o mesmo o permitia, também essa técnica era instruída e treinada com a mãe e com o pai.

Diferentemente, a PURPLE – também designada por síndrome de cólicas – é manifestada pelo choro excessivo e inconsolável e irritabilidade. Frequentemente, mas não sempre, têm início à mesma hora do dia e, em muitos casos, ao final do dia – entre as 18 e as 24 horas. Geralmente surge entre a segunda e a terceira semana de vida, sendo o período mais intenso até ao final do primeiro mês, porém pode manter-se até aos três meses. A síndrome de cólicas pode ter diversas etiologias, nomeadamente, a imaturidade do sistema digestivo; a intolerância ao leite de vaca; a má absorção; o refluxo gastroesofágico; a deglutição de ar durante a mamada. Embora seja objeto de estudo desde há algumas décadas, a etiologia das cólicas continua ainda pouca esclarecida. Representa uma condição transitória, contudo pode produzir stresse nas mães e nos pais, podendo até desencadear sentimentos de frustração e impotência por não conseguirem acalmar o seu filho (Ramos, Silva, Cursino, Machado & Ferreira, 2014; Saavedra et al., 2003).

Uma das estratégias que tem vindo a revelar ter um efeito positivo nestas situações é a técnica dos 5'S. Considerando karp (2004), *in útero* a criança está constantemente a ser tocada, acariciada, embalada e a experienciar diversos estímulos. Neste sentido, o autor pesquisou e desenvolveu técnicas para ajudar a mãe e o pai a acalmarem as suas crianças, objetivando primordialmente estimular o reflexo de calma que nasce com a criança. Karp (2004) defende que o reflexo de calma é um grupo de reflexos – tátil, vestibular e auditivo – que se trabalha rapidamente, necessitando, no entanto, de algumas ações para o desencadear. Surge, assim, a técnica dos 5'S: *Swaddling*, *Slide/Stomach position*, *Shushing*, *Swinging* e *Sucking*. Seabra (2009) esclarece que estes cinco passos pretendem imitar o que acontece no interior do útero materno. Os diversos passos são usados sequencialmente e o critério é parar logo que o choro acalme. O reflexo de calma é ativado automaticamente, originando uma resposta neurológica profunda, sendo a reprodução das condições do útero

materno a melhor forma de o ativar. A técnica demonstra-se eficaz para acalmar crianças até aos três meses de idade, desde que aplicada com rigor.

Assim, o primeiro S — *Swaddling* — consiste no enfaixamento confortável da criança, reproduzindo a restrição de movimentos *in útero* nos últimos meses de gestação. Seabra (2009) acrescenta que esta estratégia é utilizada por diversas culturas, uma vez que os recém-nascidos necessitam de se sentir seguros e protegidos como no ventre materno. O primeiro passo é para imobilizar a criança. Para tal, deve-se envolver a criança num cobertor, manta ou lençol e limitar os movimentos dos seus braços.

O segundo S — *Slide/Stomach position* — compreende, por um lado, o decúbito lateral esquerdo, facilitando a digestão e reduzindo o desconforto gástrico e, por outro lado, a posição fetal que proporciona conforto e segurança à criança, pelo que, quando colocada nesta posição, adquire de forma quase automática a sensação de segurança. Esta posição é ideal para relaxar, mas não para dormir (Karp, 2004). O segundo passo é para lateralizar a criança.

O terceiro S — *Shushing* — consiste em fazer o som *shhh* a cerca de 10 a 20 centímetros de distância do ouvido da criança, quando esta chora. Este som pretende replicar os sons escutados pelo feto no útero materno, devendo este ser tão alto quanto o choro e ir reduzindo conforme a sonoridade do choro também reduz para, assim, conseguir desencadear o reflexo calmante. *In útero*, o feto está constantemente exposto aos sons maternos, como o batimento cardíaco e os sons do intestino, a um nível que ronda os 80 a 90 decibéis. Neste sentido, outros sons semelhantes e que podem ser usados são o do secador do cabelo e o aspirador (Karp, 2004).

O quarto S — *Swinging* — consiste em embalar a criança com movimentos suaves, balanceando a cabeça do RN como se fosse gelatina. De ressaltar que se se balancear o corpo e segurar a cabeça, a técnica não funciona. A cabeça deve mover no máximo dois a cinco centímetros de um lado para o outro e deve estar sempre alinhada com o corpo, de modo a não correr o risco de mover a cabeça para uma direção e o corpo na direção oposta. Estes movimentos equiparam-se aos que o feto sente enquanto a mãe caminha (Karp, 2004). Algumas formas para balançar o RN são: carrega-lo num “*sling*”; dançar com movimentos de cima para baixo; colocá-lo numa cadeira de balanço; passear de carro; caminhar com RN ao colo.

O quinto S — *Sucking* — consiste na sucção não nutritiva para obtenção de um estado de profunda calma e relaxamento, pois o feto já o fazia no útero materno (Karp, 2004). Para tal, a colocação da mão do RN na sua boca ou do dedo mínimo da mãe/pai tranquiliza o RN. Além do referido, a amamentação em horário livre também pode proporcionar essa calma.

Todos os passos da técnica dos 5’S eram transmitidas e praticados com a mãe e com o pai. Aquando da sua realização, verificou-se que, geralmente, não era necessário concluir toda

a sequência para que esta resultasse. No entanto, os cinco passos eram demonstrados e treinados para que a mãe e o pai adquirissem autonomia na realização da técnica.

3.7.4 Conhecimento sobre amamentação e capacidade para amamentar

Para identificar a necessidade de formular os diagnósticos de enfermagem “*Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação e a capacidade para amamentar*”, previamente eram averiguados determinados dados, entre os quais, analisar a intenção da mãe em amamentar; analisar se a mãe e o pai reconhecem os benefícios da amamentação; quais as características do colostro e do leite materno; quais os critérios para decidir entre oferecer uma ou as duas mamas, assim como para decidir qual o intervalo e a duração da mamada; analisar se a mãe e o pai reconhecem os sinais de ingestão nutricional suficiente; se identificam os sinais de fome e de saciedade; analisar se a mãe reconhece qual a posição correta para si e para a criança, bem como os sinais de pega correta; quais as estratégias para manter o RN acordado durante a mamada; quais as medidas que estimulam/comprometem a lactação; quais os fatores de risco para o ingurgitamento mamário e respectivas medidas de prevenção; quais os fatores de risco para as fissuras mamilares e respectivas medidas preventivas. As intervenções de enfermagem implementadas foram:

- *Ensinar sobre amamentação;*
- *Ensinar sobre sinais de fome;*
- *Ensinar sobre sinais de saciedade;*
- *Ensinar sobre sinais de pega adequada;*
- *Ensinar sobre posições do RN durante o mamar;*
- *Ensinar sobre padrão de sucção;*
- *Ensinar sobre estratégias para estimular a amamentação;*
- *Ensinar sobre dispositivos para facilitar a amamentação;*
- *Assistir na amamentação;*
- *Instruir a amamentar;*
- *Treinar a amamentar;*
- *Instruir a amamentar usando dispositivo facilitador;*
- *Treinar a amamentar usando dispositivo facilitador.*

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas tanto a curto, como a longo prazo, existindo um consenso mundial de

que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2012). O aleitamento materno apresenta benefícios para a mãe e para a criança. No que respeita ao RN, previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; apresenta um efeito protetor sobre as alergias, especificamente para as proteínas do leite de vaca; auxilia na adaptação a outros alimentos. A longo prazo, o aleitamento materno assume importância na prevenção da diabetes *mellitus* e de linfomas. No que concerne às vantagens para a mãe, facilita a perda de peso após o parto, pois o consumo de calorias na produção de leite ajuda a consumir as reservas acumuladas durante a gravidez; o aleitamento materno promove uma involução uterina mais precoce por estimulação da ocitocina, produzida para a libertação do leite, sobre o útero, provocando contrações e associa-se a uma menor probabilidade de neoplasia da mama, entre outros. Além disso, do ponto de vista prático, é rápido de “preparar”, encontra-se na temperatura ambiente adequada, é gratuito e representa uma experiência materna inigualável (Levy & Bértolo, 2012; WHO, 2017). Também a WHO (2017) considera o leite materno o melhor alimento nos primeiros seis meses de vida e aconselha a sua manutenção até aos dois anos de idade ou mais, simultaneamente com outros alimentos, para um crescimento e desenvolvimento adequados da criança. Verificou-se, na prática clínica, que normalmente, a mãe e o pai tinham conhecimento de que amamentar é benéfico, no entanto não reconheciam quais as vantagens quer para mãe, quer para o RN, pelo que as mesmas eram transmitidas.

O colostro existe entre o primeiro e o terceiro dia pós-parto, sendo produzido em pequenas quantidades, o que facilita o funcionamento do estômago e dos rins do RN, que não comportam, ainda, grandes volumes de líquido. O colostro confere ao RN a sua primeira imunização. Apresenta coloração amarelada e é cremoso. Na sua constituição, apresenta baixo teor em gordura e elevado em hidratos de carbono, proteínas e anticorpos, sendo facilmente digerível. A sua composição química é variável a cada dia, pois objetiva colmatar as necessidades nutricionais do RN. O colostro atua como uma capa protetora do tubo digestivo, pelo que se o RN ingerir água ou substitutos alimentares, esta capa pode ser removida, o que facilita a ocorrência de infeções. Além disso, inclui mais proteínas e vitamina A do que o leite maduro e apresenta efeito laxante, facilitando a eliminação de mecónio (Antunes et al., 2017)

Posteriormente, quatro a cinco dias após o parto – após a subida do leite – surge o leite de transição, em maior quantidade do que o colostro e com coloração acinzentada. Este leite contém todos os macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerais e água) na quantidade que o RN carece. Apresenta diferentes características ao longo da mamada: no início é mais aguado e no final da mamada contém mais gordura, apresentando uma coloração mais esbranquiçada do que o leite inicial, dado o maior teor lipídico. A concentração de imunoglobulinas e o teor de vitaminas lipossolúveis tornam-se progressivamente menores, enquanto aumenta o conteúdo de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose, com consequente acréscimo do aporte calórico. Até ao quinto dia pós-

parto, verifica-se um aumento súbito na produção de leite aumentando o seu volume até aos 700ml por dia, que permanece 15 a 30 dias após o parto (Antunes et al., 2017; Pedrosa, Silva & Muniz, 2016).

O leite maduro surge aproximadamente 15 dias após o parto. Este leite aumenta em quantidade (o seu volume aumenta de 700 a 800ml em 24 horas) e altera o seu aspeto e composição contendo todos os nutrientes que a criança precisa para crescer. Apresenta um conteúdo adequado de nutrientes metabolizados e facilmente digeríveis, como as proteínas do soro, os lípidos e a lactose, bem como uma distribuição proporcionada de aminoácidos. Apresenta, também, maior conteúdo lipídico e de lactose, apresentando menor quantidade de proteínas e contém a maior parte dos minerais e vitaminas lipossolúveis. Tal como o leite de transição, as características do leite maduro também alteram durante a mamada (Antunes et al., 2017; Pedrosa et al., 2016).

Ao longo do estágio, constatou-se que a mãe e o pai apresentavam conhecimento sobre algumas das características do colostro, como a sua coloração e duração, porém desconheciam a sua composição, bem como as características de leite de transição e do leite maduro. Neste sentido, foram transmitidas as informações sobre as três fases do leite materno.

Nos primeiros dias após o parto, na presença de colostro, a mãe deve oferecer ao RN as duas mamas, durante 10 a 15 minutos em cada uma, de modo a estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama. Não existe evidência de que existam alterações na composição do colostro ao longo da mamada. Perante o leite de transição e, posteriormente, do leite maduro, importa esvaziar uma mama até ao final e somente depois oferecer a outra. A mamada seguinte deve iniciar pela mama que se encontra mais cheia, ou seja, a mama onde o RN mamou menos tempo. Ao contrário do colostro, os dois tipos de leite materno referidos apresentam diferentes características ao longo da mamada, como já referido. Deste modo, quando se limita o tempo da mamada e se transfere a criança da primeira para a segunda mama antes que esta tenha terminado, oferece-se-lhe novamente apenas o leite inicial – menos calórico – não tendo a possibilidade de aceder ao leite final, rico em gorduras e calorias. Por vezes, para suprir o valor calórico do leite final perdido, o volume necessário supera a capacidade gástrica do RN. Assim, este fica com fome, no entanto não tem capacidade gástrica para mais leite e evidencia, em pouco tempo, sinais de fome. Ao receber menos lípidos, presentes no leite final, ingere mais proteínas e mais lactose, o que pode motivar uma intolerância parcial à lactose por sobrecarga. A lactose não digerida fermenta no tubo digestivo e produz gases, cólicas, fezes ácidas e líquidas (diarreia osmótica) (Mulder, 2006; Pedrosa et al., 2016)

O RN deve ser alimentado em regime livre, ou seja, em horário flexível. Para tal, deve-se considerar: a hora e a duração da última mamada; as características da sucção (o ritmo inicial é caracterizado por curtos e rápidos movimentos da mandíbula, que facilitam o

reflexo de ejeção, segue-se um ritmo mais lento, porém mais forte acompanhado por deglutição); as pausas durante a mamada; as características da criança; os sinais de saciedade. Durante o dia, os intervalos podem variar entre as duas horas e meia e as quatro horas e ir até às cinco horas durante a noite. Devem ser, assim, garantidas oito a 10 refeições nas 24 horas. Nos primeiros dias, as mamadas são geralmente curtas. No entanto, com o aumento da produção de leite, a duração pode ir aumentando, estabilizando em torno dos 20 a 30 minutos. O tempo varia conforme as características da criança: algumas crianças conseguem esvaziar a mama em alguns minutos enquanto outras demoram mais tempo (Antunes et al., 2017; Levy & Bértolo, 2012).

Neste sentido, importa esclarecer os sinais de saciedade do RN após a refeição: as sucções são mais lentas; adormece à mama ou larga-a espontaneamente; apresenta bom turgor da pele e bom tônus muscular. Outros aspetos que indicam a eficácia das mamadas são: o número de micções diárias, que devem ser no mínimo seis; uma ou mais dejeções moles e amareladas por dia — ocorrência de seis a oito fraldas molhadas e pelo menos três dejeções por dia, a partir do quarto dia; não perdem mais do que 7% do peso ao nascimento após 15 dias de idade; aumento de peso — um ganho de peso de 25 gramas por dia a partir do 10.º/14.º dia de vida (aumento de 110 gramas a 200 gramas por semana, durante os primeiros três meses) (Antunes et al., 2017; Levy & Bértolo, 2008).

No sentido oposto, considerando os mesmos autores, existem sinais que indicam que o RN está com fome, nomeadamente: manter-se acordado e/ou irrequieto; procurar abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bocal; procurar o mamilo e sugar vigorosamente nos dedos. O choro forte, arquejar as costas e a dificuldade em adaptar-se à mama são sinais tardios de fome. Como tal, previamente à mamada, é fundamental acalmar a criança.

Foi constatado, ao longo do estágio, que as mães e os pais não tinham conhecimento sobre os critérios para oferecer uma ou as duas mamas, nem sobre as características da composição do leite ao longo da mamada, pelo que estas informações foram transmitidas. De igual forma, verificou-se que as mães e os pais não reconhecem os critérios sobre a frequência e duração das mamadas. Por outro lado, constatou-se que, no que respeita aos sinais do fome e de saciedade do RN, as mães e os pais reconhecem alguns sinais — como o procurar abocanhar objetos que toquem na região peri-bocal — em detrimento de outros.

Previamente à mamada, era observado o posicionamento da mãe e do RN e, se necessário, a mãe era assistida no processo. Previamente ao ato de amamentar, importa assegurar a higienização das mãos e um ambiente calmo e relaxante, pois a produção de ocitocina (a hormona responsável pela contração das células mioepiteliais e pela ejeção do leite) apenas decorre se mãe se encontrar relaxada e houver estimulação da libertação pelo contacto ocular mãe/RN e pela sensação táctil da boca do RN na mama. Galvão (2006) refere que a mãe deve posicionar-se confortavelmente: se sentada, deve manter as costas e os pés apoiados, não se curvando sobre o RN, de modo a evitar lombalgias e a promover o

relaxamento. O RN deve ser posicionado de modo a encarar a mama de frente, sem necessidade de voltar a cabeça para mamar. Quando a mãe está na posição de sentada, a criança deve estar com o corpo virado para a mãe: barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperflexão, boca e nariz ao nível da mama. A posição em que a mãe se encontra sentada e o RN fica semi em pé é favorecedora: além de possibilitar uma melhor união da boca com mama, auxilia o movimento peristáltico que impulsiona o leite até ao estômago, evitando a sua entrada na trompa de Eustáquio, dado que a cabeça está mais elevada, reduzindo o risco de engasgamento e de regurgitação. Assim, o RN deve ficar frente-a-frente com a mãe e a boca alinhada com o mamilo. Tocando com o mamilo na parte média do lábio inferior, o RN abrirá a boca, a mãe deve introduzir o mamilo e parte da aréola dentro da boca. A língua fará movimentos ondulantes, peristálticos, espremendo a aréola e o mamilo contra o palato duro e removendo o leite acumulado nos seios galactóforos situados por baixo da aréola, garantido que a sucção será eficaz (Antunes et al., 2017; Levy & Bértolo, 2012).

Para estimular a pega adequada deve-se tocar os lábios do RN com o mamilo, de modo a abrir a boca, esperando até que esteja bem aberta e depois movê-lo até à mama. A boca deverá estar bem aberta, de modo a conter uma grande porção de aréola, direcionando o lábio inferior abaixo do mamilo, de modo a que o seu queixo e lábio inferior toquem a mama antes do lábio superior. O objetivo é levar o RN até à mama em vez do oposto. Se necessário, pode ser colocada uma almofada no colo para elevar o RN ao nível da mama — sem necessidade de a mãe suportar todo o seu peso nos braços. Já na posição de decúbito lateral, a boca do RN deve ficar ao nível do mamilo. O correto posicionamento do RN a mamar é capital para o sucesso da amamentação, pois dele vai depender a extração eficaz do leite e o nível de satisfação do RN. Além disso, evita o aparecimento de problemas como as fissuras e o ingurgitamento mamário. Como tal, são sinais de pega correta: o corpo e cabeça do RN estarem alinhados; a cabeça em ligeira extensão; o queixo do RN toca a mama; o RN respira livremente; a boca está bem aberta; os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama; a pega contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior; o RN suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula; a deglutição pode ser ouvida e/ou vista; está calmo e mantém-se adaptado à mama (Antunes et al., 2017; Pedrosa et al., 2016).

Para manter o RN acordado enquanto mama, são estratégias: estimular com toques suaves a planta dos pés, as orelhas e/ou o nariz, pois estas são zonas sensíveis nas crianças, cuja estimulação permite a manutenção do seu estado de vigília; retirar roupa, uma vez que a descida da temperatura nos membros inferiores causa uma diminuição do conforto, simplificando o seu estado de alerta, contudo é necessário atentar para não expor ao frio uma porção excessiva, dado o risco de perda excessiva de calor, devido à imaturidade do sistema de regulação térmica do RN; massajar suavemente o corpo do RN, falando com ele e mudar a fralda (Levy & Bértolo, 2012).

Os primeiros 14 dias após o parto são cruciais para uma amamentação bem-sucedida, pois é neste período que a lactação se estabelece. Promover a amamentação logo que possível após o parto é crucial, pois o contacto pele-a-pele entre mãe e filho — o toque, o odor e o calor — estimulam o nervo vago, o que, por sua vez, promove a libertação de ocitocina. Existem dois fatores essenciais para a estimulação da lactação: a sucção no mamilo e aréola e o esvaziamento da mama. O ambiente calmo e a disponibilidade para amamentar são elementos que interferem na libertação do leite, sendo que a lactação é inibida pela presença de ansiedade, receio e tristeza — emoções que produzem hormonas de stresse, antagonistas da ação da ocitocina (Antunes et al., 2017; Levy & Bértolo, 2012; WHO, 2017).

Em vista à promoção do autocuidado da mãe no pós-parto, é igualmente importante abordar, se não forem verificados os critérios de conhecimento adequado, a diferença entre subida do leite e ingurgitamento mamário. A subida de leite ocorre entre o segundo e quinto pós-parto, correspondendo ao processo de alteração das características do leite: a transformação do colostro em leite de transição. A sintomatologia é variável entre as púerperas. Existe a percepção de mama túrgida, congestionada, quente e dolorosa, no entanto resolve-se espontaneamente em algumas horas. A subida do leite caracteriza-se por um aumento dos fluxos sanguíneo e linfático para a glândula mamária devido às necessidades metabólicas das células produtoras de leite induzidas pela ação da prolactina. O edema intersticial decorrente da congestão e da obstrução da drenagem linfática, originando a sensação de tensão e desconforto na mama (Ricci, 2008). Por sua vez, o ingurgitamento mamário pode ocorrer quando o leite não é extraído: seja pela sucção do RN, manualmente ou por bomba. Deste modo, o leite fica bloqueado e origina a distensão excessiva dos alvéolos, a compressão dos ductos e, por conseguinte, a obstrução do fluxo de leite. Pode ser acompanhado de febre (inferior a 38.°C) e mastalgia. A mama encontra-se aumentada de tamanho, dolorosa, com áreas difusas ruborizadas, edemaciadas e brilhantes, podendo os mamilos ficar achatados. Existe congestão vascular, aumento da vascularização, acumulação de leite e edema relacionado com a obstrução da drenagem linfática. As mamas ficam firmes, tensas e quentes e podem parecer brilhantes e sob tensão. As aréolas ficam, também, firmes e os mamilos podem ficar planos, dificultando a boa pega do RN. A pressão retrógrada sobre as glândulas lácteas cheias impossibilita a produção de leite e, por este motivo, se o leite não for retirado das mamas, a produção de leite pode diminuir (Ricci, 2008). Assim, representam fatores de risco para o ingurgitamento mamário: o esvaziamento inadequado, provocado por má técnica de amamentação — posicionamento e pega, pois se não se alternar frequentemente a posição ou a pega do mamilo, não ocorre a extração de leite em todos os ductos lactíferos, o que pode contribuir para o ingurgitamento mamário; mamadas de curta duração; uso de soutiens muito apertados; horários rígidos de amamentação; duração das mamadas demasiado curtas; presença de fissura, pois provoca dor com consequente diminuição da frequência e duração das mamadas; uso de chupeta; estado emocional da mãe — se triste, ansiosa, preocupada — existe compromisso no reflexo de ejeção do leite. Por outro lado, as medidas preventivas incluem: técnica de

amamentação correta, assegurando uma pega correta e esvaziamento adequado da mama; horário e duração das mamadas flexíveis, amamentando em regime livre, ou seja, sempre que o RN demonstrar sinais precoces de fome, assegurando oito a 10 refeições nas 24 horas; garantir um ambiente calmo durante a mamada; não oferecer água ou qualquer alimento/suplemento ao RN; usar soutien apropriado, com alças largas, confortável e de algodão (Ricci, 2008). Porém, quando o desconforto já se encontra instalado, as mamas ficam tensas e dolorosas, sendo deveras importante a promoção do seu esvaziamento: sugere-se a drenagem/extração prévia de pequena quantidade de leite antes da mamada para facilitar a pega do RN e após a mamada se as mamas ainda se encontrarem muito tensas. Para potenciar o efeito, recomenda-se a aplicação de calor e em seguida o esvaziamento da mama. Igualmente importante é aplicação de uma compressa fria após a mamada para a redução do fluxo sanguíneo, do edema e da drenagem linfática, o que, conseqüentemente, diminui a produção de leite (Ricci, 2008). Durante o estágio não foram observados casos de ingurgitamento mamário, contudo foram implementadas intervenções de enfermagem para a sua prevenção.

As fissuras mamilares representam, também, uma condição a considerar na amamentação. No período da lactação, caracterizam-se por lesões tipo fendas nos mamilos. De entre todas as intercorrências mamilares existentes são as de maior incidência. Afetam fisicamente a puérpera, podendo interferir a nível psicológico, pois transformam o significado que estas têm da amamentação, traduzido por um quadro clínico materno composto por choro, dor, insegurança, determinando a diminuição das mamadas e, subseqüentemente, o desmame precoce. Para além do abandono precoce da amamentação, as fissuras nos mamilos podem originar uma redução na produção de leite e favorecer a entrada de microrganismos, causando uma infeção – mastite (Ricci, 2008).

A principal causa das fissuras no mamilo está relacionada com pega incorreta do RN enquanto mama (Ricci, 2008). As fissuras são habitualmente bilaterais e somente casualmente são unilaterais. Esta situação justifica-se pela possibilidade de um dos mamilos ser maior e, desta forma, o RN consegue abocanhar apenas o mamilo ou porque a mãe consegue uma melhor posição quando segura o RN com o seu braço dominante. Representam, assim, fatores de risco para as fissuras mamilares: a má pega; a manutenção do mamilo húmido; a higiene inadequada das mamas (uso de sabão); retirar o RN da mama ainda com vácuo entre a boca e a mama, o que pode incitar a agressão do mamilo e da pele envolvente. Para prevenir esta condição, deve-se: assegurar a pega adequada; interromper a sucção antes de retirar a criança da mama (sendo imperativo remover o RN da mama, é essencial “quebrar” a sucção com um dedo entre a língua e a mama previamente à separação); aplicar colostro no final da mamada e deixar secar, devido às suas propriedades protetoras e cicatrizantes; expor os mamilos ao ar por períodos; substituir o disco de amamentação frequentemente; usar arejadores de mamilo (Costa et al., 2013; Levy & Bértolo, 2012; Ricci, 2008). Relativamente à higiene das mamas, recomenda-se a lavagem das mesmas apenas com água

corrente, uma vez por dia, evitando a aplicação de sabões e a fricção, uma vez que os mesmos interferem na lubrificação natural da pele, tornando-a mais suscetível ao aparecimento de fissuras (Costa et al., 2016).

No final da mamada, é fundamental promover a eructação do RN, ou seja, a eliminação de ar do estômago, reduzindo a possibilidade de regurgitação. As duas principais posições para promover a eructação são: colocar a criança na posição vertical, segurar nas nádegas, com a cabeça encostada ao ombro e dar palmadinhas suaves ou esfregar as costas; sentar a criança no colo, usando uma das mãos para segurar a cabeça, ligeiramente inclinada para a frente, dando palmadinhas suaves nas costas (Antunes et al., 2017; Ricci, 2008). Verificou-se que as mães e os pais não tinham conhecimento sobre a importância de promover a eructação do RN, pelo que foram ensinados, instruídos e treinados na execução da técnica.

Por vezes, verificou-se a necessidade de recorrer a dispositivos para auxiliar a amamentação. Mamilos maternos rasos, mamas volumosas, baixa literacia, elevado IMC durante a gestação, dor durante a amamentação, fissuras mamilares e/ou maceração, representam alguns dos motivos mais frequentes para o uso de dispositivos na amamentação, como os protetores de mamilo, de acordo com Kent e colaboradores (2015). Existem também causas infantis, como a prematuridade, a sucção exacerbada ou diminuída, a sucção que causa fricção mamilar, a anquiloglossia e as anomalias do palato (palato arqueado ou fenda palatina) (McKechnie & Eglash, 2010; Kent et al., 2015)

Previamente à implementação de qualquer dispositivo no apoio à amamentação, era avaliada a verdadeira causa que incitava a dificuldade e, tendo-a em consideração, tentava-se estabelecer a amamentação sem recorrer a dispositivos, corrigindo a pega do RN, a sua posição e postura, bem como da mãe. Não se estabelecendo a amamentação adequada, recorria-se aos protetores de mamilos. De acordo com Ekström, Abrahamsson, Eriksson e Mårtensson (2014) e Kronborg, Foverskov, Nilsson e Maastrup (2017), estes dispositivos são amplamente utilizados em situações nas quais se verifica dificuldade na pega, pelo RN, e a sucção nutritiva não eficaz. Os estudos dos autores referidos salientam que o dispositivo é utilizado, maioritariamente, por mães que aumentaram o seu IMC durante a gravidez, originando o aumento do volume da mama, o que dificulta a pega do RN. McKechnie e Eglash (2010) evidenciam que os protetores de mamilo, de material ultrafino, não incitam distinções na libertação de prolactina e cortisol nos primeiros sete dias pós-parto. No entanto, instigam um decréscimo da ejeção de leite, sendo causas possíveis os baixos níveis de ocitocina, a alteração dos padrões de sucção e a normal estimulação da mama. Na prática clínica, a causa mais comumente verificada que propiciou o uso de protetores de mamilos foi, de facto, a mama volumosa. Neste sentido, se a amamentação não decorresse normalmente sem o auxílio do dispositivo, o mesmo era aplicado, com o objetivo de ajudar a estabelecer a amamentação e suspender o seu uso o mais brevemente possível.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

O presente relatório é fruto de escolhas das diversas atividades desenvolvidas no decorrer do estágio de natureza profissional que permitiu, concomitante, com o primeiro ano do MESMO adquirir as competências preconizadas pela OE para o exercício profissional do EEESMO (OE, 2019a).

Durante o estágio de natureza profissional, foi possível acompanhar a mulher nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, tendo sido desenvolvidas competências especializadas na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o TP; bem como a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal (OE, 2019a), sendo, de igual forma, acompanhada e assistida a pessoa significativa para a mulher, assim como o RN nos primeiros dias de vida (OE, 2019a).

A prática reflexiva sobre o percurso efetuado ao longo do estágio de natureza profissional é imperativa para a aquisição e para o desenvolvimento de competências inerentes a um desenvolvimento pessoal e profissional.

O nascimento do primeiro filho implica na vida do casal que a função conjugal se mova, também, para a função parental, pelo que a gestação despoleta a necessidade de adaptação a diversos níveis, abrangendo o desafio da redefinição dos papéis na estrutura familiar. Neste sentido, é primordial que o EEESMO considere o processo de transição associado ao ciclo gravídico. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao casal e ao RN representa uma das áreas de intervenção prioritária do EEESMO (Orfão, 2016).

A prática clínica iniciou com o estágio no domínio da gravidez com complicações, o qual foi realizado em dois contextos distintos – internamento e consulta externa – o que permitiu o desenvolvimento de diferentes, porém complementares, competências do EEESMO. Embora diversos cuidados prestados sejam semelhantes – por exemplo, no que diz respeito à informação sobre a preparação para o parto e parentalidade – o contexto de internamento exige a continuidade de cuidados inerente à hospitalização e, neste sentido, verificou-se nas grávidas/casais um maior desânimo, acompanhado de relutância referente à patologia na gravidez e à necessidade de internamento. Por outro lado, em contexto de consulta externa, apesar de também se tratarem de “grávidas de risco”, era notória a diferença no estado de espírito das gestantes/casais, o que representou um fator facilitador da comunicação. Contudo, verificou-se no internamento que a empatia e a compreensão representam valiosas estratégias para auxiliar a grávida/casal a superar as emoções e os

sentimentos negativos. Neste contexto de estágio, considera-se que possibilitar visitas ao serviço da UCIN teria sido pertinente, uma vez que foi solicitado por diversos casais que se encontravam em risco de um PPT, alegando que lhes poderia ser útil no alívio de sentimentos como a angústia e o receio. Porém, tratando-se de uma prática clínica tutelada, a visita não era permitida. Também a realização de PPPP em grupo teria sido aliciante, na medida em que poderia promover um maior convívio entre as gestantes internadas e a partilha de sentimentos e opiniões.

As experiências no âmbito do estágio de TP e parto foram, sem dúvida, as mais desafiantes e as mais gratificantes. A prestação de cuidados neste âmbito objetiva a otimização do processo normal de parto, reduzindo as intervenções externas por rotina. As experiências vivenciadas possibilitaram atestar que o envolvimento da mulher na tomada de decisões e a consideração pelas suas escolhas representam aspetos cruciais e facilitadores do TP. Durante a prática clínica, esteve presente a consciência de que qualquer intervenção pode apresentar efeitos além do pretendido, pelo que apenas deve ser efetuada por um motivo que a justifique, baseada na evidência, resultando em maior benefício do que prejuízo para a saúde materno-fetal. Caso contrário, remete-se a interferência ao processo natural de nascimento.

No estágio realizado no serviço de puerpério destacou-se a importância de reconhecer que os primeiros dias de vida do RN representam um período de adaptação não apenas para o próprio, como também para a mãe e para o pai. Neste sentido, a transmissão de informação adequada promove a vivência da nova fase do ciclo de vida de um modo mais confiante, quer no que respeita ao autocuidado no pós-parto, como à parentalidade, pelo que se considerou primordial o apoio à puérpera ao nível do autocuidado e ao casal no que respeita ao desenvolvimento de capacidades e competências do exercício do papel parental para cuidarem do filho com mestria.

A revisão integrativa da literatura desenvolvida possibilitou identificar intervenções promotoras da preparação do pai para o suporte à mulher em TP. A realização da pesquisa científica permitiu uma maior sensibilização para as necessidades reais dos homens num momento verdadeiramente único como o nascimento de um filho, assegurando que a minha prática profissional enquanto EEESMO privilegiará o cumprimento das intervenções recomendadas pela evidência científica.

As atividades descritas ao longo do relatório foram desenvolvidas considerando a evidência científica. Na sua maioria, as intervenções implementadas no estágio foram de encontro ao preconizado pela PBE. Contudo, considerando que a aprendizagem se desenvolve sob um modelo de prática tutelada por EEESMO's, algumas práticas foram realizadas segundo as indicações dos profissionais ou de acordo com os protocolos vigentes na instituição.

A Circular Informativa preconizada pela OE (2019b) define os critérios para a atribuição do título de EEESMO, pelo que o estágio de natureza profissional deve incluir a assistência de,

pelo menos, 100 grávidas de baixo risco; 40 grávidas com patologia ginecológica ou obstétrica; 40 parturientes; 100 puérperas e recém-nascidos. Ao referido acresce a realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos; sendo que pelo, menos um, deve ser pélvico, realizado ou simulado; e a prática de episiotomias e episiorrafias (OE, 2019b). Desta forma, os requisitos preconizados para a atribuição do título de EEESMO foram cumpridos, como se pode verificar na **Tabela 4**. De salientar que existiu a necessidade de realizar uma simulação do parto pélvico.

Tabela 4: Experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional

Consultas de grávidas e exames pré-natais	Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
	R	SR	R	SR	E	SE	Parto pélvico			R	SR	R	SR
241	132	44	42	60	0	40	1	3	10	47	54	60	41
					40		4						

Legenda: R - Risco; SR - Sem Risco; E - com Episiotomia; SE - Sem Episiotomia

Na **Tabela 4** estão evidenciadas quantitativamente as experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional. Todavia, os números apresentados não refletem todas as emoções vividas durante a formação. O título de EEESMO representa o cumprimento de um enorme objetivo pessoal, pelo que as dificuldades encontradas ao longo do percurso, permitiram desenvolver novas capacidades e competências, bem como aprimorar outras, nomeadamente, o pensamento crítico e reflexivo.

Por fim, dada a conclusão do estágio de natureza profissional, a respetiva redação do presente relatório, assim como todo o processo de aprendizagem ao longo do MESMO, constatou-se um crescimento pessoal a diversos níveis, não apenas profissional, como também ao nível emocional, cultural e social.

CONCLUSÃO

A redação do presente relatório de atividades permitiu uma análise crítica acerca das experiências e dos cuidados prestados ao longo do estágio de natureza profissional, que decorreu entre 19 de setembro de 2019 e 6 de novembro de 2020. Considerando a singularidade da população-alvo na área da Saúde Materna e Obstétrica, compreende-se a necessidade de uma formação alargada que objetiva a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados especializados e de excelência. Assim, ao longo do estágio de natureza profissional, foram cumpridos os requisitos previstos na Circular Informativa preconizada pela OE (2019b) para a obtenção do título de EEESMO.

O relatório evidencia as atividades desenvolvidas no decorrer dos diferentes módulos de estágio – gravidez com complicações; TP e parto; autocuidado no pós-parto e parentalidade – e estabelece uma comparação entre a evidência científica e as intervenções implementadas na prática clínica. A par dos objetivos gerais delineados pela ESEP, para cada um dos módulos foram definidos objetivos específicos. De considerar que todo o percurso realizado foi ao encontro do cumprimento dos objetivos propostos. Ressalva-se que nem todas as experiências foram descritas, tendo sido destacadas as que proporcionaram a obtenção de capacidades e competências específicas e impeliram momentos de reflexão crítica.

A revisão integrativa da literatura efetuada consentiu a análise da evidência científica inerente à promoção da preparação do pai para prestar suporte à mulher em TP, permitindo concluir que as práticas desenvolvidas se encontram aquém das necessidades do casal, pelo que – a nível profissional e pessoal – gostaria que a pesquisa sobre esta temática fosse contributiva para a uma prestação de cuidados mais sensível à participação e importância do homem no ciclo gravídico-puerperal.

A gravidez, o parto e o nascimento, associado à parentalidade, representam momentos profundamente marcantes na vida de um casal e exigem do EEESMO não somente um elevado nível de conhecimento científico, como também – e de igual importância – o conhecimento cultural que permite a vivência de um processo saudável e gratificante, destacando, assim, o valor das boas práticas de enfermagem considerando a competência cultural, inerente à prestação de cuidados personalizados.

Ao longo do relatório destacou-se que a evidência científica demonstra a relação existente entre a qualidade da assistência prestada pelo EEESMO e os resultados expressos. A Saúde Materna e Obstétrica consente na sua base as relações humanas, pelo que os cuidados

individualizados prestados no decorrer do estágio de natureza profissional revelaram-se indispensáveis para potenciar a transição para a parentalidade de uma forma saudável, gratificante e feliz. Deste modo, estes são os valores nas quais se baseará a minha futura prática clínica enquanto EEESMO.

Em jeito de conclusão, considera-se todo o percurso académico de extrema importância, resultando num balanço extraordinariamente positivo. Além da motivação para alcançar este grande objetivo pessoal e profissional, destaca-se o acompanhamento proporcionado pelos docentes, pelos orientadores, por outros profissionais dos serviços onde estagiei e, sem dúvida, pelos casais alvos dos meus cuidados, cujo contacto propiciou um enorme enriquecimento a diversos níveis. O olhar retrospectivo para o meu percurso – enquanto estudante do MESMO – representa o término de um período repleto de desafios, em que a conclusão se patenteia um por um imenso sentimento de orgulho, de gratidão e de felicidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, M. (2012). Profilaxia da Infecção a *Streptococcus* β -hemolítico do grupo B (SGB). In N. Clode, C. Jorge & L. M. Graça. *Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica*. 2ªed. Hospital de Santa Maria. Recuperado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf.

Aires, C. M. C. S., Ferreira, I. M. F., Santos, A. T. V. M. F., & Sousa, M. R. M. G. C. (2016). Empowerment na gravidez: estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 49-57. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a06.pdf>.

Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.9.2/400-406). Lisboa: Lidel.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). *Guidelines on Antepartum Fetal Surveillance*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.aafp.org/afp/2000/0901/p1184.html>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016a). *Management of Preterm Labor*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2016/10/management-of-preterm-labor>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016b). *Committee Opinion Number 658: Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017a). Committee Opinion Number 713: Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol.*, 130(2), e102–e109. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/08/antenatal-corticosteroid-therapy-for-fetal-maturation.pdf>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017b). *Committee Opinion Number 689: Delivery of a Newborn With Meconium-Stained Amniotic Fluid*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delivery-of-a-Newborn-With-Meconium-Stained-Amniotic-Fluid>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017c). *Committee Opinion Number 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/01/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.pdf>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017d). *Committee Opinion Number 183: Postpartum Hemorrhage*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de http://clinicalinnovations.com/wp-content/uploads/2017/10/ACOG_Practice_Bulletin_No_183_Postpartum-Hemorrhage-2017.pdf.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018a). *Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. (198). Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/09000/ACOG_Practice_Bulletin_No_198_Summary.59.aspx.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018b). *Optimizing Postpartum Care*. (736). Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Postpartum-Care>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Committee Opinion Number 766: Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth*. *Obstet Gynecol*, 133(2), e164-e173. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>.

Amorim, M. M. R., Melo, A. S. O., & Katz, L. (2017). Parto/Estudo clínico e assistência. In C. A. B. Montenegro & J. R. Filho. *Rezende Obstetrícia*. (20/217-241). (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Amorim, S. P. T. (2010). *Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce*. (Monografia de Licenciatura em Enfermagem). Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima. Recuperado de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf.

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., Cyna, A. M. & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 5, 1-196. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/pdf/full>.

Antunes, M. B., Demitto, M. O., Soares, L. G., Radovanovic, C. A., Higarashi, I. H., Ichisato, S. M. T., & Pelloso, S. M. (2017). Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm.*, 35(1), 19-29. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a03.pdf>.

Arikan, D., Alp, H., Gözüml, S., Orbak, Z. & Cifçi, E. (2008). Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 21-27. doi: [10.1111/j.1365-2702.2007.02093.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02093.x).

Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociencia.

Bahrami, H., Mohammad, K., Noras, M. (2016). Massage for infantile colic: Review and literature. *International Journal of Pediatrics*, 4(6), 1953-1958. doi: [10.22038/ijp.2016.6743](https://doi.org/10.22038/ijp.2016.6743).

Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural*. 1ª ed. Lisboa: 4 Estações Editora.

Balda, R. & Guinsburg, R. A Linguagem da Dor no Recém-nascido. *Documento Científico do Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria*. Recuperado de https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatology-Linguagem_da_Dor_atualizDEz18.pdf.

Barros, M. & Campos, D. (2014). Trabalho de Parto Estacionário. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (76/224-225). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S. & Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Washington, DC: Save the Children Federation. Recuperado de <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>.

Bittencourt, S., Reis, N., Ramos, M., Rattner, D., Rodrigues, P., Neves, D., Arantes, S. & Leal, M. (2014). Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S208-S219. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300025&script=sci_arttext.

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas H. & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, CD012449. doi: [10.1002/14651858.CD012449.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2).

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 7, 1-4. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/epdf/abstract>.

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A. & Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade* 5(11), 121-136. doi: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

Branco, A., Fekete, S. M. W., & Rugolo, L. M. S. S. (2006). O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria*, 24(3), 270-274. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4060/406038917013.pdf>.

Branco, M. (2003). Cuidados com o Cordão Umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.*, 8-10. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/201107201648-verao_2003.pdf.

Brandão, S. (2009). *Envolvimento Emocional do Pai com o Bebê: Impacto da Experiência de Parto*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16151/2/Sonia%20Brandao%20%20Dissertacao.pdf>.

Brazelton, T. & Sparrow, J. (2009). *O método Brazelton: a Criança e o Choro*. 4ª ed. Lisboa: Presença.

Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H., & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the Couvade syndrome: The pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 173-189. Recuperado de https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/2005/6/A_CRITICAL_REVIEW_OF_THE_COUVADE_SYNDROME.pdf.

Campos, D. A. (2014). Hiperestimulação Uterina. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (78/228). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Campos, D. A., Amaral, A., Mateus, M. & Faria, A. (2014). Cuidados Assistenciais de Rotina Durante o Trabalho de Parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (72/209-212). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Campos, D. A. & Calado, E. (2014). Episiorrafia e Correção de Lacerações Perineais de 2.º Grau. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (242/244). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Campos, D. A. & Machado, L. (2014). Corticoterapia Antenatal para Estimulação da Maturidade Fetal. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (27/76-77). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Camus, J. (2002). *O Verdadeiro Papel do Pai*. Porto: Ambar.

Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. V. & Rennó, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(6), 278-284. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6>.

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, Tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%A2ncias%20parentais.pdf.

Cardoso, A. & Néné, M. (2016). Promover o Desenvolvimento das Competências Parentais. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (13.5/481-484). Lisboa: Lidel.

Cardoso, A., Silva, A. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*, nº4, 11-20. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>.

Cardoso, A., Silva, A. & Marín, H. (2017). Pregnant Women's Knowledge Gaps about Breastfeeding in Northern Portugal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7, 376-385. doi: [10.4236/ojog.2017.73039](https://doi.org/10.4236/ojog.2017.73039).

Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos Saúde Pública*, 19(2), 389-398. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800020&script=sci_arttext.

Carvalho, R. (2012). Parto Pré-termo (PPT). In Clode, N, Jorge, C. & Graça, L., *Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica*, 161-199. Lisboa, 2ªed. Hospital de Santa Maria. Recuperado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf.

Cavadas, L. F. (2009). No período pós-parto o uso dos contraceptivos orais combinados é tão seguro quanto o uso dos progestativos orais? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25,31-36. Recuperado de <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10587/10323>.

Célia, Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (7.4/211-215). Lisboa: Lidel.

Clapp, J. F., Kim, H., Burciu, B. & Lopez, B. (2000). Beginning regular exercise in early pregnancy: Effect on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol*, 183(6), 1484-1488. doi: [10.1067/mob.2000.107096](https://doi.org/10.1067/mob.2000.107096).

Coca, K. & Abrao, A. (2008). Avaliação do efeito da lanolina na cicatrização dos traumas mamilares. *Ata Paulista de Enfermagem*, 21(1) 11-16. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100002&script=sci_abstract&tlng=pt.

Correia, S. (2015). *Consumo de álcool durante a amamentação* (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16439/1/RUN%20>

[%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sandra%20Correia.pdf](#).

Costa, A., Calado, E., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014). Ameaça de Parto Pré-termo. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (29/81-82). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Costa, A., Souza, E. & Guimarães, J. (2013). Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 790-801. doi: [10.5216/ree.v15i3.22832](https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.22832).

Costa, M. C., Bezerra, J. G., Bezerra, M. G. A., Oliveira, M. I. V., Oliveira, R. M. C., & Silva, A. R. V. (2010). Gestação de Risco: Percepção e Sentimentos das Gestantes com Amniorrexe Prematura. *Enferm. Glob.*, (20), 1-11. ISSN 1695-6141. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica5.pdf.

Coutinho, C. (2008). *Estudo de Caso (Tese de Mestrado em Educação)*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

Coutinho, J. P., Castro, T., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014). Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (74/217-220). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Cruz, C .M. V. & Caromano, F. A. (2005). Características das técnicas de massagem para bebês. *Rev Ter Ocup*, 16(1), 47-53. doi:[10.11606/issn.2238-6149.v16i1p47-53](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i1p47-53).

Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-15. doi: [10.1186/s12884-017-1229-4](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4).

Dekker, R. (2017). *Evidence on: Eating and Drinking During Labor*. Evidence Based Birth. Recuperado de <https://evidencebasedbirth.com/evidence-eating-drinking-labor/>.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/norma-diabetes-gestacional-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-675-233-2.

Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Indução do trabalho de parto*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado de <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n22015-de-19012015-inducao-do-trabalho-de-parto.aspx>.

Direção-Geral de Saúde. (2015c). *Trabalho de Parto Estacionário*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>.

Direção-Geral de Saúde. (2015d). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/alimentacaoenutricaoonagravidez.pdf>.

Direção-Geral de Saúde. (2017a). *Parecer nº 018: Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182015-de-1122015-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnv-apresentacao-pnv-2017-publica-pdf.aspx>.

Diz, R. (2014). *Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa – Qual a sua Importância?* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto). Recuperado de https://sigarra.up.pt/fmdup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=26548.

Dodd, J. M., Grivell, R. M., O'Brien, C. M., & Deussen, A. R. (2017). Prenatal administration of progestogens for preventing spontaneous preterm birth in women with a singleton pregnancy (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev.*, 1, 1-11. Recuperado de https://www.cochrane.org/CD012531/PREG_prenatal-administration-progestogens-preventing-spontaneous-preterm-birth-women-singleton-pregnancy.

Doenges, M. & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interativo Para o Raciocínio do Diagnóstico*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

Dunstan, P. (2006). *Dunstan Baby Language*. Recuperado de <http://www.dunstanbaby.com/>.

Ekström, A., Abrahamsson, H., Eriksson, R.-M., & Mårtensson, B. L. (2014). Women's Use of Nipple Shields—Their Influence on Breastfeeding Duration After a Process-Oriented Education for Health Professionals. *Breastfeeding Medicine*, 9(9), 458–466. [doi:10.1089/bfm.2014.0026](https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0026).

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.1/308-320). Lisboa: Lidel.

Federación de Asociaciones de Matronas de España (2006). *Definición de parto normal*. Vélez-Málaga: FAME. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicin-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf>.

Ferrão, A. C. C. & Zagão, M. O. B. (2017). Freedom of Movement and Position in the First Stage of Labor. *RIASE*, 3(1), 814-825. Recuperado de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/350.

Fernandes, J. D., Machado, M. C. & Oliveira, Z. N. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100014.

Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 107-115. Recuperado de Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a12.pdf>.

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (13.1/438-442). Lisboa: Lidel.

Ferreira, M. & Nelas, P. (2016). Estilos de Vida e Gravidez. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (3.1/73-76). Lisboa: Lidel.

Ferreira, R., Neves, R., Virella, D. & Ferreira, C. (2010). Amamentação e dieta materna. Influência de mitos e preconceitos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(3) 105-110. doi: [10.25754/pjp.2010.4355](https://doi.org/10.25754/pjp.2010.4355).

Ferreira, S. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (12.3/416-424). Lisboa: Lidel.

Figueiredo, J., Fialho, A., Mendonça, G., Rodrigues, D. & Silva, L. (2018). A dor no puerpério imediato: contribuições do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3). Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000901343&script=sci_arttext&tlng=pt.

Fink, N. S., Urech, C., Cavelti, M. & Alder, J. (2012). Relaxation During Pregnancy: What Are the Benefits for Mother, Fetus, and the Newborn? A Systematic Review of the Literature. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 26(4), 296-306. doi: [10.1097/JPN.0b013e31823f565b](https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31823f565b).

Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.6/356-367). Lisboa: Lidel.

Formiga, C., Formiga, L. & Linhares, M. (2018). Identificação de fatores de risco em bebés participantes de um programa de Follow-up. *Revista CEFAC*, 20(3), 333-341. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462018000300333&script=sci_arttext&tlng=pt.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franco, J. (2016). Fisiologia da Gravidez. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2/56-57). Lisboa: Lidel.

Franzon, A. C. (2013). *Pai e acompanhante de parto: Perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica* (Tese de Mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-15082014-112956/en.php>.

Freitas, M. & Baptista, M. (2016a). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (13.3/455-472). Lisboa: Lidel.

Freitas, M. & Baptista, M. (2016b). Recém-Nascido. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (14/486-491). Lisboa: Lidel.

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2017). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>.

Galvão, D. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.

Genesoni, L. & Tallandini, M. A. (2009). Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989-2008. *Birth*, 36(4), 305-318. doi: [10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x).

Góes, F. G. B., Silva, M. A., Santos, A. S. T., Pontes, B. F., Luchesse, I. & Silva, M. T. (2020). Cuidado pós-natal de recém-nascidos no contexto da família: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0454>.

Gomes R. P. C., Silva, R. S., Oliveira, D. C. C., Manzo, B. F., Guimarães, G. L. & Souza, K. V. (2017). Delivery plan in conversation circles: women's choices. *REME Rev Min Enferm*. 17(1), 20-28. doi: [10.5935/1415-2762.20170043](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170043).

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-fetal*. 5ªed. Lisboa: Lidel.

Guerra, A. (2016). A Dor em Obstetrícia. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (12/408-437). Lisboa: Lidel.

Guerra, M. J. (2010). *O Parto Desejado: Expectativas de um Grupo de Grávidas*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9420/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_final_convertido.pdf.

Guimarães, G. P. (2013). Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco (Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106903>.

Guimarães, M., Gouveia, A., & Pereira, J. (2014). *Tocólise*. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (30/83-84). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Guimarães, M., Moucho, M., & Gomes, J. C. (2014). Rotura Prematura de Membranas. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (33/89-91). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

He, H., Julkunen, K., Qian, X., Sapountzi-Krepia, D., Gong, Y. & Wang, W. (2015). Father's feelings related to their partner's childbirth and views on their presence during labour and childbirth: A descriptive quantitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 71-79. [doi:10.1111/ijn.12339](https://doi.org/10.1111/ijn.12339).

International Council Of Nurses. (2012) *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Recuperado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.

Jouhki, M., Suominen, T. & Åstedt-Kurki, P. (2015). Supporting and Sharing - Home Birth: Fathers' Perspective. *American Journal of Men's Health*, 9(5), 421– 429. [doi:10.1177/1557988314549413](https://doi.org/10.1177/1557988314549413).

Karino, M. & Felli, V. Enfermagem Baseada em Evidências: Avanços e Inovações em Revisões Sistemáticas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11-15. [doi:10.4025/cienccuidsaude.v11i5.17048](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i5.17048)

Karp, H. (2004). The “fourth trimester”: A framework and strategy for understanding and resolving colic. *Contemporary Pediatrics*, 21, 94-114. Recuperado de <https://www.drdefranca.com/the-fourth-trimester-and-colic.html>

Kent, J., Ashton, E., Hardwick, C., Rowan, M., Chia, E., Fairclough, K., Menon, L., Scott, C., McCaw, G., Navarro, K. & Geddes, D. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12(10), 12247–12263. [doi:10.3390/ijerph121012247](https://doi.org/10.3390/ijerph121012247).

Khianman, B., Pattanittum, P., Thinkhamrop, J. & Lumbiganon, P. (2012). Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 8(8),

1-45. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007426.pub2/epdf/full>.

Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I., & Maastrup, R. (2017). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern. Child Nutr.*, 13(1), e12251. doi: 10.1111/mcn.12251.

Lavaredas, A. & Tomás, V. (2016). Alterações Fisiológicas na Gravidez. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2.1/58-69). Lisboa: Lidel.

Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (13.2/443-454). Lisboa: Lidel.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012) *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF: Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.

Lobo, I., Machado, S. & Selores, M. (2009). Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias no recém-nascido. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 18(1). Recuperado de http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1231/1/AlteracoesCutaneas_18-1.pdf.

Lopes, M. H. B. M., Costa, J. N., Lima, J. L. D. A., Oliveira, L. D. R., & Caetano, A. S. (2017). Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Rev Bras Enferm [Internet].*, 70(1), 219-23. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0257>.

Machado, A. P., Moucho, M., & Barros, M. (2014). Profilaxia da infeção neonatal por estreptococo do grupo B. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (10/36-37). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Machado, J. R. (2014). *O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido – Uma revisão integrativa da literatura* (Tese de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9528>.

Mackeen, A. D., Seibel-Seamon, J., Muhammad, J., Baxter, J. K., & Berghella, V. (2014). Tocolytics for preterm premature rupture of membranes (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 2, 1-37. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007062.pub2/media/CDSR/CD007062/CD007062.pdf>.

Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (7.4/211-215). Lisboa: Lidel.

Majeed, N. & Tariq, S. (2013). Comparision of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 17(2), 234-237. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/6587/04c2ccb9fd61e8b0a69697e16a17c0c26911.pdf>.

Manganiello, A. (2013). *Orgulho de Pai: Cartilha Educativa para a Promoção do Envolvimento Paterno na Gravidez* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08102012-114604/pt-br.php>.

Marques, T. (2016). Aceitação e Vivência da Gravidez no Casal. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, A, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (70-72). Lisboa: Lidel.

Martins, P. (2014). *Escuta ativa nos cuidados de Enfermagem: uma intervenção confortadora* (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18342/1/Relat%C3%B3rio%20provas%20de%20mestrado.pdf>.

Matos, D. (2012). *Contributos Para a Compreensão da Vivência da Gravidez no Masculino – A Couvade* (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17939/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_DianaMatos_PEDH.pdf.

McKechnie, A. C. & Eglash, A. (2010). Nipple Shields: A Review of the Literature. *Breastfeeding Medicine*, 5(6), 309–314. [doi:10.1089/bfm.2010.0003](https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0003).

McKinney, C., Glass, R., Coffey, P., Rue, T., Vaugh, M. & Cunningham, M. (2016). Feeding Neonates by Cup: Systematic Review of Literature. *Maternal & Children Health Journal*, 20(8), 1620-1633 [doi: 10.1007/s10995-016-1961-9](https://doi.org/10.1007/s10995-016-1961-9).

Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, A. & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 01-12. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100504.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Melo, S. (2015). Suporte à amamentação através de um copo. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(2), 56-66. Recuperado de <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/463>.

Mendes, P. (2018). *Envolvimento do Pai na Gravidez e Parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de

Lisboa, Lisboa. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27934/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Estagio%20Patr%c3%adcia%20Mendes%207422.pdf>.

Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (11.3/335-347). Lisboa: Lidel.

Mok, E., & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(6), 726-734. doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x).

Monteiro, S. B., Carraca, T., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014). Rastreio e prevenção do parto pré-termo. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (32/87-88). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Morais, S. & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediatr Port*, 44(6), 343-347. Recuperado de http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1830/1/2013_Oximetria_Rastreio-cardiopatia_MBB.pdf.

Motta, C. C. L. da & Crepaldi, M. A. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 15(30), 105-118. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-863X2005000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Mouta, R. J. O., Silva, T. M. A., Melo, P. T. S., Lopes, N. S., & Moreira, V. A. (2017). Birth plan as a female empowerment strategy. *Rev baiana enferm*, 31(4), 1-10. Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15598>.

Moshi, F. V., Kibusi, S. M. & Fabian, F. (2018). The Effectiveness of Community-Based Continuous Training on Promoting Positive Behaviors towards Birth Preparedness, Male Involvement, and Maternal Services Utilization among Expecting Couples in Rukwa, Tanzania: A Theory of Planned Behavior Quasi-Experimental Study. *Journal of Environmental and Public Health*. Article ID 1293760. doi: [10.1155/2018/1293760](https://doi.org/10.1155/2018/1293760).

Mulder, P. A. (2006). Concept Analysis of Effective Breastfeeding. *A Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Wiley Online Library, 35(3), 332-339. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1552-6909.2006.00050.x>.

Muñoz-Serrano, M., Uribe-Torres, C. & Hoga, L. (2018). Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. *Aquichan*. 18(4), 415-425. doi: [10.5294/aqui.2018.18.4.4](https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.4).

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. (2008). Clinical guideline: Antenatal Care: Routine for the Healthy for Pregnant Woman. *London: RCOG Press*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21370514/>.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Antenatal and Postnatal Mental Health*. The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. NICE guideline. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019a). *Intrapartum care: Care in second stage of labour*. NICE Pathways. Recuperado de <https://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care/care-in-second-stage-of-labour>.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019b). *Intrapartum care: Care of the woman and newborn baby*. NICE Pathways. Recuperado de <https://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care/care-of-the-woman-and-newborn-baby>.

Nogueira, J. R. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência, série III*(8), 57-66. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006.

Oliveira, D., & Mandú, E. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidados. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 93-101. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>.

Oliveira, L. (2017). *Recomendações Clínicas Para Prevenção e Tratamento da Retenção Urinária Pós-Parto* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332997/1/Oliveira_LeaDoloresReganhanDe_D.pdf.

Oliveira, R. (2015), Varicela no pequeno lactente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 31, 141-143. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n2/v31n2a10.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Utilização de Cinta Durante o Puerpério*. Parecer nº117. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-117-2009.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar*. Parecer MCEESMO nº23/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MC_EESMO.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício do Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Circular Informativa: Atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista por via da Certificação Individual de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17193/circular-informativa-cd-2_2019-atrib-tit-prof-enf-esp-cicpdf.pdf.

Orfão, A. (2016). Assistência Pré-Natal: Determinação do Risco Materno-Fetal. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (4.1/108-116). Lisboa: Lidel.

Osava, R. H., Silva, F. M. B., Oliveira, S. M. J. V., Tuesta, E. F. & Amaral, M. C. E. (2012). Fatores maternos e neonatais associados ao mecónio no líquido amniótico em um centro de parto normal. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 1023-1029. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600012.

Pedro, L. & Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (12.2/413-415). Lisboa: Lidel.

Pedrosa, B. S., Silva, R. M. & Muniz, C. C. S. (2016). Orientações para a amamentação adequada e complicações do aleitamento inadequado – Revisão da Literatura. *Rev. Cient. Sena Aires* 5(1), 79-86. Recuperado de <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/258>.

Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência.

Pereira, M. (2016). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (6/152-162). Lisboa: Lidel.

Pereira, M. (2013). *Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica (Tese de Mestrado)*. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9192/1/Maria%20de%20Lurdes%20Loureiro%20Pereira.pdf>.

Pestvenidze, E. & Bohrer, M. (2007). Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia. *Global public health*. 2(2), 169-183. doi: [10.1080/17441690601054330](https://doi.org/10.1080/17441690601054330).

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C. & Marques, R. (2012). *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf.

Pinheiro, R. S., Ferreira, L. C. L., Brum, I. R., Guilherme, J. P. & Monte, R. L. (2007). Estudo dos fatores de risco maternos associados à sépsis neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia brasileira. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(8) 387-395. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a02v29n8.pdf>.

Pires, C. S. M. (2016). *Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido (Tese de Mestrado em Enfermagem)*. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf>.

Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.

Prada, F. & Rafael, M. (2016a). Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.7/368-375). Lisboa: Lidel.

Prada, F. & Rafael, M. (2016b). Partograma. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.4/348-352). Lisboa: Lidel.

Ramalho, C. & Campos, D. A. (2014). Critérios Para Vigilância da Gravidez em Consulta Hospitalar. . In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (1/3-5). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Ramos, E. M., Silva, L. F., Cursino, E. G., Machado, M. E. D. & Ferreira, D. S. P. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Rev enferm UERJ*, 22(2), 245-250. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666/10453>.

Ricci, S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends Psychiatry Psycother*, 38(3), 136-140. ISSN 223-6089. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v38n3/2237-6089-trends-38-03-00136.pdf>.

Rodrigues, S. (2016). Parto Normal. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.8.1/377-381). Lisboa: Lidel.

Romano, D. (2017). *Icterícia Neonatal no Recém-nascido de Termo* (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109126/2/233122.pdf>.

Roque, A. & Carraro, T. (2015). *Percepções da puérpera de alto risco acerca do ambiente hospitalar à luz de Florence Nightingale*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4) 63-69. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400063&script=sci_arttext&tlng=pt.

Roque, S. (2014). *Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu). Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2542>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *Good Practice No. 14: Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period*. Londres. Recueprado de <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/managementwomenmentalhealthgoodpractice14.pdf>.

Saavedra M. A. L., Costa, J. S., D, Garcias, G., Horta, B. L., Tomasi, E. & Mendonça, R. (2003). Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*, 79(2), ISSN 1678-4782. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000200005.

Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-fetal. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (11.9.1/393-399). Lisboa: Lidel.

Santos, R. M., Campos, D. A., Cordeiro, C., Fernandes, A. S., Gomes, J. C. & Prucha, C. (2014). Vigilância de rotina no puerpério de parto vaginal. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (89/255-256). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Sardo, D. (2016). Promover e Apoiar a Amamentação. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (13.4/473-480). Lisboa: Lidel.

Seabra, J. (2009). O choro do bebé. *O Portal dos Psicólogos*. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>.

Sequeira, A., Henriques, C., Seabra, A., Pousa O., Sousa, C. & Sobral, M. (2020). Avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé: Manobras de Leopold. In: A. Sequeira, O. Pousa, C. F. Amaral, *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2.7/36-39). Lisboa: Lidel.

Sequeira, D. (2015). *Vivência de enfermeiras durante a sua gravidez de risco* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=42153&code=252>.

Silva, C. A. & Lara, S. R. G. (2018). Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. *Br J Pain.*, 1(2), 167-170. Recuperado de <http://www.scielo.br/brjp/v1n2/1806-0013-brjp-01-02-0167.pdf>.

Silva, C. & Marinha, C. (2018). Pais pela primeira vez: aquisição de competências parentais. *Ata Paulista de Enfermagem*, 31(4), 366-373. Recuperado de <http://www.scielo.br/appe/v31n4/1982-0194-appe-31-04-0366.pdf>.

Silva, C., Martins, C., Pinto, C. (2019). Tornar-se pai: uma exploração qualitativa da experiência dos homens portugueses. *Atas — Investigação Qualitativa em Saúde, Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*, 2, 675-684. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2139/2066>.

Silva, J., Rebelo, C. & Santos, R. M. (2014). Aceleração do Trabalho de Parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (77/226-227). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Silva, M. A. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento em Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>.

Silva, M. (2019). *Necessidade Aplicação de Gelo na Ferida Perineal no Período Pós-Parto* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27968/1/Relat%c3%b3rio%20Definitivo-%20Mariana%20Val%20da%20Silva.pdf>.

Silva, M., Nogueira, D., Clapis, M. & Leite, E. (2017). Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Enfermagem da USP*, 51. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03253.pdf.

Silva, T. (2017). *Nutrição no Puerpério Imediato: Requerimento Energético, Oferta e Consumo Alimentar em uma Maternidade de Referência* (Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte). Recuperado de https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-ARMR6M/1/disserta_o_taciana_maia_de_sousa.pdf.

Simkin, P. & Ancheta, R. (2017). The Labor Progress Toolkit – Part 1: Positions and Movements. In P. Simkin, L. Hanson & R. Ancheta. *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. (10/277-326). 4ª ed. New Jersey: Wiley Blackwell. ISBN 9-781-119-170-464.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 3, 1-94. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>.

Smyth, R. M. D., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-84. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>.

Sociedade Portuguesa de Diabetes. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. Recuperado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2012). *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Recuperado de http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consenso_em_infeccoes_vulvovaginais.pdf.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013a). *Consenso Clínico: Hipoglicemia neonatal*. Sociedade Portuguesa De Neonatologia. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013b). *Icterícia Neonatal*. Sociedade Portuguesa De Neonatologia. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). Prescrição Pré-natal de Corticoides para Reduzir a Morbilidade e Mortalidade Neonatais. *Secção de Neonatologia SPP*. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Corticoides_prenatais_.pdf.

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 3. Recuperado de https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth.

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem.

Sousa, N., Araújo, A., Costa, Í., Carvalho, J., & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2(62), 729–733. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>.

Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Neto, C. N. & Amorim, M. M. R. (2010). Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina*, 38(4), 195-201. Recuperado de <http://www.grupoamigo.com.br/admin/wp-content/uploads/2016/03/An%C3%A1lise-cr%C3%ADtica-dos-m%C3%A9todos-n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicos.pdf>.

Souza, S. R. R. K. & Gualda, D. M. R. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm*, 2016, 25(1), 1-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>.

Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J. & Michels, K. B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*, 294(20), 2601-2610. doi: [10.1001/jama.294.20.2601](https://doi.org/10.1001/jama.294.20.2601).

The Royal College of Midwives. (2012a). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Second Stage of Labour*. Londres. Recuperado de <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Second%20Stage%20of%20Labour.pdf>.

The Royal College of Midwives. (2012b). *Report of a survey exploring the position of midwives' hands during the birth of the baby's head*. Londres. Recuperado de https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Perineal%20Audit%20Report%202014_0.pdf.

Tomeleri, K. R., Pieiri, F. M., Violin, M. R., Serafim, D. & Marcon, S. S. (2007). "Eu vi o meu filho nascer": vivência dos pais na sala de partos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (4), 497-504. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3110/1716>.

Valenciano, L. P. R. & Alpízar, C. M. C. (2019). Utilidad del cateterismo urinario en labor de parto con parto vaginal: una revisión integrativa. *Enferm Inv.*, 4(1), 55-65. Recuperado de <http://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/482/249>.

World Health Organization. (2013). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1.

World Health Organization. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12.

World Health Organization. (2015a). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/.

World Health Organization. (2015b). *WHO Statement on caesarean section rates*. World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1.

World Health Organization. (2017). *10 facts on breastfeeding*. World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.