

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**A ESTIMULAÇÃO MAMÁRIA COMO UM MÉTODO NATURAL DE INDUÇÃO  
DO TRABALHO DE PARTO: UM DOS CAMINHOS PARA O PARTO NORMAL**

**Relatório de estágio de natureza profissional**

Sob orientação

Prof<sup>a</sup> Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Filipa Mota Ramos

Porto | 2019



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

---

**A ESTIMULAÇÃO MAMÁRIA COMO UM MÉTODO  
NATURAL DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE  
PARTO: UM DOS CAMINHOS PARA O PARTO  
NORMAL.**

**BREAST STIMULATION AS NATURAL METHOD TO  
INDUCING LABOUR: ON OF THE PATHS FOR A  
NORMAL LABOUR**

Relatório de estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Maria Vitória Barros de  
Castro Parreira e elaborado por Filipa Mota Ramos

Porto | 2019



## **AGRADECIMENTOS**

Este espaço é dedicado àqueles que direta e/ou indiretamente contribuíram para a realização do presente relatório. Para não correr o risco de injustamente não mencionar algum dos contributos, a todos quero deixar os meus agradecimentos

- À minha Orientadora Prof. Vitória Parreira pela orientação prestada, pelo seu incentivo constante, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou;
- A todos os professores com quem tive a sorte e o prazer de encontrar ao longo deste caminho, em especial à Professora Doutora. Alexandrina Cardoso;
- Não poderia deixar de agradecer à minha família: mãe, pai, mana e “mini sobrinhos”, por todo o apoio, tanto emocional: pelo beijinho, abraço e sorriso. Pela força, coragem e pelo carinho que sempre me deram ao longo de toda a minha vida, bem como, na elaboração do presente relatório o qual sem o seu apoio teria sido impossível;
- Ao meu companheiro por caminhar ao meu lado, pela compreensão, e especialmente por me mimar com um abraço quando precisei;
- A todos os amigos e colegas pela paciência, atenção e força com que me presentearam em momentos menos fáceis.
- Às minhas tutoras, que me acompanharam ao longo de todo o estágio profissional, no Centro Hospitalar de São João,
- A toda a equipa de enfermagem que contribuiu para aquisição e desenvolvimento das minhas competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- À equipa multidisciplinar do serviço obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, nomeadamente: Médicos e Assistentes Operacionais.

Enfim, quero demonstrar o meu agradecimento, a todos aqueles que, de um modo ou de outro, tornaram possível a realização deste percurso formativo.

**A todos Muito Obrigada!**



## ABREVIATURAS

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário São João

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção geral de saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

EM – Estimulação Mamária

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO – Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

FC- Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GC – Grupo de Controlo

GEM – Grupo de Estimulação Mamária

HELLP – Síndrome de Hellp

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council Nurses*

IG – Idade Gestacional

ITP – Indução do Trabalho de Parto

NICE – *The National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE – Pré-eclâmpsia

RCOG - *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-Nascido

RTC – Estudo randomizado controlado

SMSL - Síndrome Morte Súbita Lactente

SOGC – *The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada*

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto



## RESUMO

O atual relatório pretende demonstrar o processo de aquisição de competências específicas no decorrer do estágio de natureza profissional, nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e pós-parto, tendo subjacente ao seu desenvolvimento o Regulamento de Competências de Cuidados Especializados definidas pela Ordem dos Enfermeiros, bem como o regulamento do 2º Ciclo dos Cursos de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. É descrito o processo de formulação do juízo diagnóstico, com os quais foram articuladas intervenções de enfermagem especializada, a reflexão sobre as mesmas, assim como o planeamento com a incorporação de padrões de investigação. Um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica, que incorpora a pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências da mulher e casal no contexto do cuidar. Este permite a apropriação na prática da excelência de cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento da profissão. A OMS pugna por alterações urgentes na conduta da prática na assistência do parto e nascimento, alertando para a importância do resgate do parto enquanto evento natural. Ancorada a um perfil biomédico vigente emergiu, assim, a necessidade em realizar uma pesquisa sobre uma problemática de interesse inerente ao desenvolvimento de competências e relevante para problematizar as práticas, cuja finalidade foi reunir e sintetizar os resultados da pesquisa, de forma a munirmo-nos de conhecimento científico e, de modo a desenvolvermos cuidados seguros e de qualidade centrados na mulher, casal, família e Recém-nascido. Neste contexto, é realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de conhecer a eficácia e a segurança da estimulação mamária, enquanto método de indução do trabalho de parto normal, em grávidas de termo. O recurso a métodos não farmacológicos para a indução não é uma prática desconhecida. Pois, muitos métodos têm sido utilizados desde há muitos anos e em diferentes culturas. Deste modo, a estimulação mamária enquanto meio indutor, natural, não farmacológico, de amadurecimento do colo uterino e estimulador de contrações uterinas está associado a excelentes níveis de satisfação por parte da mulher e, ainda, à redução dos riscos de hemorragia pós-parto. Relativamente à segurança, foi demonstrado que este método é seguro, mas pela falta de estudos noutra população é indicado apenas para mulheres com gravidez de baixo risco.

**Palavras-Chave:** Estimulação Mamária, Trabalho de Parto Induzido; Segurança, Parto Normal; Competência profissional; Enfermeiro Especialista, Enfermagem saúde materna e obstétrica



## **ABSTRACT**

The current report portrays the development of the acquisition process of acquiring specific skills during the professional internship in the areas of complicated pregnancy, labor, delivery and postpartum, underlining the development of the Regulation of Specialized Care Competencies defined by Ordem dos Enfermeiros, as well as the regulation of the 2nd Cycle of the Master's Degree in Maternal and Obstetrical Health Nursing course from Escola Superior de Enfermagem do Porto. A description of the process of formulating the diagnostic judgment was made, on which specialized nursing therapies were articulated, with reflection of them, as well as planning with the incorporation of research standards. A problem-solving method within clinical decision-making, which incorporates research of the best and latest evidence, experience and clinical evaluation, as well as woman's and couple's preferences in the context of care, this allows the appropriation in practice of excellence in care, translating into health gains and, consequently, in the development of the profession. WHO struggles for changes in the conduct of the practice in the care of childbirth and birth, warning to the importance of rescuing childbirth as a natural event. Anchored to a current biomedical profile, the need to carry out a research over a problem of inherent interest to the development of competences and relevant to problematize the practices, as emerged. Whose purpose was to gather and synthesize the results of the research, of scientific knowledge and in order to develop safe and quality care centered on women, couples, family and Newborn. In this context, an integrative literature review is performed with the objective of knowing the efficacy and safety of breast stimulation as a method of induction of normal labor in term pregnant women. the use of non-pharmacological procedures as labor induction method is not an unknown practice, many methods have been used for many years and in different cultures. Therefore, breast stimulation as a natural, non-pharmacological inducer of uterine cervix ripening and uterine contractions is associated with excellent levels of woman satisfaction and short postpartum haemorrhage risks. Concerning safety, it was shown that the method is safe, but the lack of studies in another population, it is only suitable for women with low-risk pregnancies.

**Key-words:** Physical Stimulation; Breast; Labor, Induced [methods]; Natural Childbirth; Nurse Midwives; Professional Competence



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. DESENVOLVER E ADQUIRIR AS COMPETÊNCIAS: RUMO À QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO. ....</b>	<b>21</b>
<b>1.1.O MODELO CONCEPTUAL DE CUIDADOS CENTRADO NA PESSOA E A TEORIA DE TRANSIÇÕES.....</b>	<b>21</b>
<b>2. GRAVIDEZ COMPROMETIDA .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.Alterações hipertensivas: Pré-eclampsia .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3.O luto.....</b>	<b>44</b>
<b>3. PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO .....</b>	<b>47</b>
<b>3.1.Indução do trabalho de parto .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2.A estimulação mamária como um método natural de indução do trabalho de parto: Um dos caminhos para o parto normal.....</b>	<b>54</b>
3.2.1.    Introdução á temática .....	54
3.2.2.    Metodologia.....	57
3.2.3.    Resultados .....	59
3.2.4.    Discussão dos resultados.....	64
3.2.5.    Conclusão.....	71
<b>3.3.Primeira fase do trabalho de parto.....</b>	<b>73</b>
<b>3.4.Segunda fase do trabalho de parto.....</b>	<b>85</b>
<b>3.5.Terceira fase de trabalho de parto.....</b>	<b>92</b>
<b>4. TORNAR-SE MÃE E PAI E PÓS-PARTO.....</b>	<b>99</b>
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO .....</b>	<b>119</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>145</b>
<b>Anexo I - Oxford centre for evidence-based medicine – níveis de evidência</b>	



## ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1 - Condução da pesquisa: seleção de artigos .....	59
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Experiências no âmbito da gravidez com complicações: número de grávidas cuidadas e vigiadas.....	25
GRÁFICO 2 -Motivo de internamento das grávidas de risco vigiadas .....	33
GRÁFICO 3 - Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto: número de parturientes cuidadas e vigiadas e número de partos efetuados.....	47
GRÁFICO 4 - <i>Outcome</i> segurança, grávidas baixo risco.....	70
GRÁFICO 5 - <i>Outcome</i> eficácia, grávidas de baixo risco .....	71
GRÁFICO 6 – Número de partos executados e integridade do períneo.....	91
GRÁFICO 7 - Experiência no âmbito do puerpério: número de puérperas e recém-nascidos cuidadas e vigiados .....	99

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação de distúrbios hipertensivos na gravidez.....	34
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Categorização e informações dos estudos selecionados.....	63
TABELA 2 - <i>Outcomes</i> nos estudos selecionados .....	69



## INTRODUÇÃO

A incorporação dos saberes provenientes do estudo da disciplina de enfermagem e dos padrões de conhecimento a ela associados, na prática dos enfermeiros, mostra-se como fulcral, por permitir o desenvolvimento de terapêuticas baseadas *na teoria de enfermagem (...) distanciando-se das práticas médicas de predomínio institucional e centradas na cura, para uma verdadeira perspectiva avançada de "caring"* (Silva, 2007, p.18). No seguimento deste raciocínio, para promover a excelência do exercício profissional, os enfermeiros procuram desenvolver as suas práticas baseadas na evidência. Esta mostra-se essencial, já que consente aos mesmos problematizar as suas práticas e questionar sobre como e quando devem mudá-las, demonstrando que utilizam a informação correta para basear as suas decisões, e saberem se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são, antecipadamente, adequados e aceites (International Council of Nurses, 2012).

Partimos do pressuposto que, para a excelência do exercício profissional, mais uma vez, é essencial o recurso a uma prática baseada na evidência e, foi no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com o atual regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, que realizámos este estágio, no segundo ano, na unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório final. Este decorreu no Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), em três serviços de obstetrícia: Materno-Fetal, Bloco de partos e Puerpério. Foi operacionalizado em três módulos: Gravidez com complicações, Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto, do qual estas áreas fazem parte integrante e cujo desenvolvimento de atividades se apresenta, agora, sob uma forma crítico reflexiva e descritiva, optando por enfatizar as atividades e vivências mais relevantes, ao longo deste percurso de aprendizagem clínica, e também, apresentar o estudo realizado sob uma revisão integrativa da literatura.

Nesta linha de pensamento, o estágio de natureza profissional implica a realização de um relatório que reflita ainda o processo de cuidados: atividade diagnóstica, diagnóstico e intervenções, centrados na mulher/casal, recém-nascido e família, inerentes às competências específicas do enfermeiro de saúde materna e obstétrica, definidas previamente pela Ordem dos Enfermeiros (2010) como: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré

concecional; Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós natal e durante o trabalho de parto 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.

Outro aspeto essencial no âmbito da tomada de decisão em enfermagem e, do processo de tomar decisão em si, é o contexto em que ele se dá, ou seja, o modelo conceptual que define a própria disciplina e norteia o pensamento do enfermeiro. Nesse sentido, ao longo de todo estágio e orientando o desenvolvimento da nossa aprendizagem adotámos o modelo de cuidados de enfermagem centrados na pessoa de McCormack e McCance. Este modelo assume a pessoa no centro dos cuidados, no caso a mulher/casal e feto/RN e família, tendo como resultados esperados das intervenções de enfermagem o envolvimento, a satisfação e o bem-estar. Para tal, a prestação de cuidados engloba os valores e as crenças da pessoa, com a adequação de cuidados holísticos a cada uma no seu contexto pessoal e sociocultural, construindo assim, a confiança e compressão mútua, desenvolvendo uma relação terapêutica (McCormack et al., 2015).

A realização do estágio profissional pretende, ainda, dar cumprimento ao regulamento de competências e padrões de qualidade, dos cuidados especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, e, também, de acordo com a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio, que transpõe para o direito interno português a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Foi, então, durante este período que prestamos cuidados à mulher nos períodos de gravidez, trabalho de parto e puerpério, que mobilizamos os conhecimentos científicos e desenvolvemos as competências e capacidades específicas inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Posto isto, com o presente relatório tomámos como objetivos: expôr no decurso do processo de cuidados o desenvolvimento de competências que permitem a assistência especializada à mulher/família nas diferentes áreas do cuidado em Saúde Materna e Obstetrícia; problematizar as práticas através de um pensamento crítico e sua posterior fundamentação com base no conhecimento científico; refletir sobre os focos de atenção e fundamentar com base na evidência científica o planeamento de diagnósticos, intervenções e resultados esperados em cada área do cuidado especializado da ESMO; desenvolver e

apresentar competências no domínio da investigação científica, e contribuir assim para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

De forma a dar resposta a estes objetivos, este relatório está organizado em cinco capítulos, onde no primeiro é realizada uma contextualização concetual em que se desenvolveram os cuidados; os três seguintes correspondem à descrição efetiva das experiências e à explanação do processo de formulação do juízo diagnóstico, com descrição da formulação das terapêuticas de enfermagem especializadas, incorporando, em si, padrões de investigação e linguagem classificada através de Classificação internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 (ICN, 2011): (1) gravidez comprometida, focado na mulher grávida com complicações e nas condições associados à vivência desta transição específica, (2) Processo de trabalho de parto e nascimento, focado nas experiências ocorridas durante o trabalho de parto. É, também, neste capítulo que se apresenta uma Revisão integrativa da literatura subordinada ao tema: “A estimulação mamária como um método natural de indução do trabalho de parto: um dos caminhos para o parto normal”. No sentido de problematizar uma área inerente à indução do trabalho de parto natural e não-farmacológico e experienciar a construção do processo de investigação, não só como consumidora dos resultados de investigação, mas também como suporte a uma prática baseada em evidências científicas. Pois, assistimos atualmente ao desafio constante pela busca sistemática do conhecimento, no sentido de promover a melhoria da prestação de cuidados, associada a uma diminuição dos custos, somado ainda, às orientações internacionais por práticas menos interventivas, mais naturais, na abordagem à mulher em trabalho de parto.

Enquanto profissionais de saúde cuja prática se centra no cuidado à mulher, enquanto prática promotora do parto normal, a estimulação mamária como método natural, não-farmacológico e indutor do trabalho de parto, associa-se à mulher no domínio da promoção do controlo sobre o seu processo de trabalho de parto e, ainda, porque para além de apresentar a vantagem de ser natural, consiste num método não dispendioso. Pela exigência de segurança clínica, a clarificação e certificação sobre a eficácia e segurança do método torna-se um conhecimento primordial, pelo que nos centramos na abordagem deste tema e sobre o qual desenvolvemos o presente estudo de investigação.

Tornar-se mãe e pai e pós-parto integra o capítulo (3) em que descrevemos as intervenções no período de puerpério, tendo em conta a singularidade da mulher e casal, face ao papel parental e parentalidade. O quinto e último capítulo debruça-se sobre a análise crítico-

reflexiva sobre o processo de cuidados, as experiências vivenciadas e os conhecimentos recontextualizados para dar resposta a uma prática baseada na evidência.

Estamos conscientes que quanto mais civilizados nos tornarmos, mais nos afastamos da nossa condição natural de viver. Sendo esta realidade transportada para a área da obstetrícia, o crescente conhecimento sobre como iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico de gravidez, do trabalho de parto e nascimento levou a um crescente aumento do intervencionismo e à medicalização deste ciclo. É hoje compreendido que esta abordagem pode pôr em causa a capacidade de uma mulher dar à luz e afetar negativamente o que deveria ser uma experiência normal, positiva e significativa para a vida.

Neste sentido, sustentamos a nossa aprendizagem, a aquisição de habilidades e competências ao longo do estágio profissionalizante nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (2018) ao preconizar que, para além dos requisitos clínicos para um parto seguro, se atende às necessidades psicológicas, culturais e emocionais das mulheres/casais, procurando garantir que exista um ambiente clinicamente seguro, em simultâneo com a sustentação da sensação de controlo através do envolvimento na tomada de decisão da mulher/casal e se promova o sentimento de realização pessoal e de experiência positiva de todo o processo.

A prática baseada na evidência sustentou a nossa conduta rumo à qualidade, já que nos permitiu relacionar a pesquisa científica e a prática clínica, pelo que, ao longo do percurso formativo e da construção deste relatório foi realizada pesquisa bibliográfica no sentido de procurar conhecimento, de modo a suportar as nossas intervenções e a tomada de decisão. Neste sentido, recorreremos às seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Clinicalkey, Academia, Scielo e PubMed

## **1. DESENVOLVER E ADQUIRIR AS COMPETÊNCIAS: RUMO À QUALIDADE E CERTIFICAÇÃO.**

Terminado o que foi um percurso que exigiu conhecimentos, motivação e habilidades, vamos agora descrever uma realidade, em cuidados especializados, vivenciada no contexto de um palco, onde a vida se renova e se dá vida à vida. Ou seja, onde se zelou pelo bem-estar da grávida com complicações, promovendo a esperança, no parto e pós-parto onde se partilhou a alegria de viver, sentimentos, emoções fortes, e receios numa miscelânea de êxtase face à chegada de um novo Ser que trazia consigo uma transição situacional, com todos os apêndices do que pode significar, tornar-se mãe e tornar-se pai.

Conscientes da nossa responsabilidade em todo este cenário, quer como estudantes quer como futuras enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, fizemos o nosso caminho, tendo em conta não só a recontextualização dos conhecimentos para agir, o respeito pelas diretivas do Curso, a legislação vigente, mas também que a OE estabeleceu quais as competências específicas do EESMO. Neste contexto, parafraseando a OE (2010, p.3). Cabe a este profissional assumir a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito dos focos: *planeamento familiar e autocontrolo infeção, autocuidado durante a gravidez, pós-parto e climatério; autocontrolo trabalho de parto; ligação mãe/pai –filho; adaptação à parentalidade; parentalidade; amamentação; luto perinatal*. Assume também a responsabilidade de diferenciação atempada para o profissional competente, no que refere a complicações na gravidez, do trabalho de parto e pós-parto, complicações ginecológicas, entre outras.

### **1.1. O Modelo Conceptual de Cuidados Centrado na Pessoa e a Teoria de transições**

Torna-se importante nesta fase, explicitar o âmbito no qual se desenvolveu o nosso raciocínio e que norteou a conceção dos cuidados e, assim, no adquirir das competências específicas do EESMO.

Vemos hoje que o cuidado centrado na pessoa é um conceito universal nas políticas de saúde atuais. A compreensão da centralidade da pessoa (mulher/casal/família) nos cuidados e o reconhecimento do seu lugar na parceria dos mesmos é reconhecida e defendida pela OE (2010) e a OMS (2018).

Enquanto modelo da prática de enfermagem, o modelo de *person-centred care* delineado por McCormack e McCance é um modelo que se define pelo respeito pela pessoa e pelo seu direito individual à autodeterminação e compreensão da sua individualidade e importância enquanto ser único. Neste sentido, elegemos este modelo para orientar a nossa prática, por se assemelhar à filosofia do cuidar em saúde materna e obstétrica onde a pessoa/mulher é o centro dos nossos cuidados e onde existe em comum a decisão partilhada através do empoderamento da mulher, e ainda, a satisfação com os cuidados. Na essência do modelo de assistência *EESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo* (McCormack et al., 2015, OE, 2015, p.8).

Este modelo apresenta *frameworks* importantes para a nossa prática: (1) a **centralidade da pessoa**, que inclui a prestação de cuidados que tenham em conta os valores e crenças da pessoa, a provisão de cuidados holísticos, a presença empática, a decisão partilhada e o compromisso com a pessoa - *o cuidado prestado por EESMO/Parteira é, naturalmente, holístico pois atende à compreensão da Mulher nas suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica,..., considerando-a no seu todo incluindo sempre os seus sentimentos e expectativas* (OE, 2015, p. 08); (2) o **ambiente de cuidados**: referente ao contexto em que são prestados os cuidados, nomeadamente que facilitam a tomada de decisão partilhada; o ambiente físico: *no cuidado centrado na Mulher, o EESMO assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões* (OE, 2015, p. 08); (3) os **pré-requisitos** referentes aos atributos e competências dos enfermeiros, a clareza dos seus valores e crenças, dedicação em providenciar os melhores cuidados, a capacidade de comunicação ou o autoconhecimento; (4) os **resultados esperados**: a componente central deste modelo, e representam a efetividade de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, a satisfação, o envolvimento, o bem-estar resultante dos cuidados de enfermagem, criando uma cultura terapêutica (McCormack et al., 2015; OE, 2015).

Para podermos desenvolver um verdadeiro cuidado holístico, temos de compreender a globalidade em que a pessoa se encontra, compreender as características específicas e únicas do processo de transição que esta possa estar a experienciar.

Enquanto disciplina do saber, o nosso foco centra-se nas transições humanas, no caso da mulher/casal e família e no estudo das (suas) respostas humanas perante mudanças (Silva, 2007). Tornando-se, por isso, as transições um conceito central na implementação dos nossos cuidados de enfermagem, em que o enfermeiro surge como um agente facilitador promotor de bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000). As transições resultam de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambiente, por exemplo mudanças decorrentes do seu ciclo de vida, nomeadamente a parentalidade, e são moldadas pelas condições pessoais, ambientais, por expectativas e perceções e significados atribuídos às suas experiências, pelos conhecimentos e habilidades em lidar com essas modificações, assim como, pelo impacto destas modificações na perceção individual no seu bem-estar. Por outro lado, estas exigem a incorporação de novos papéis, de novos conhecimentos, alterando comportamentos, levando assim a novas auto-conceções (Cardoso, 2011; Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000; Silva 2007).

A gravidez constitui um marco de viragem no ciclo vital e na vida da mulher e da família. A transição para a parentalidade mostra-se como um processo irreversível, com início na gravidez. Esta acarreta mudanças pessoais e interpessoais que ocorrem *à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho* (Cardoso, 2011, p.35). Espelha-se como um processo de incorporação de papéis, e que implica a aquisição de competências cognitivas motoras e sociais e a adição de novas tarefas próprias do novo papel (parental). Este processo, longo, dá-se até que a mãe e o pai apresentem sentimentos de bem-estar, confiança e mestria no desenvolvimento do seu papel (Cardoso, 2011).

Ao longo do nosso percurso formativo, o nossos cuidados tiveram como objetivo ajudar a mulher/casal a vivenciar mais facilmente o seu processo de transição e de um modo saudável, incorporando nas terapêuticas as características próprias do processo de transição para a parentalidade e únicas de cada pessoa, e em simultâneo obter satisfação e o bem-estar com os nossos cuidados.

Tendo por base estes pressupostos, apresenta-se nos próximos capítulos a descrição das atividades desenvolvidas em estágio, para a aquisição de competências específicas do

EESMO, no âmbito da Gravidez Comprometida, no Processo de Trabalho de Parto e Nascimento e finalmente tornar-se mãe/ tornar-se pai e pós-parto.

## 2. GRAVIDEZ COMPROMETIDA

A aquisição de competências do enfermeiro ESMO no âmbito da gravidez de risco, tal como já foi referido, desenvolveu-se no serviço de Materno-Fetal do Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ) (Gráfico 1). Nesta unidade de cuidados encontravam-se internadas mulheres grávidas cujos quadros clínicos poderiam colocar em risco o bem-estar materno e/ou fetal, necessitando de uma vigilância contínua e de cuidados individuais especializados. Foi neste contexto que realizamos as atividades, numa articulação de multidisciplinaridade, visando prevenir complicações associadas aos distúrbios patológicos da gravidez e a promoção do bem-estar materno e fetal.



Gráfico 1 - Experiências no âmbito da gravidez com complicações: número de grávidas cuidadas e vigiadas

Apesar de a gravidez ser considerada como um processo natural e fisiológico, durante esta fase da vida, a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psicológicas que por vezes, por processos patológicos, podem colocar em risco o decorrer normal da mesma e até pôr em causa a vida do feto e da própria mãe. O ICN (2011, p. 56,) define Gravidez como *processo de sistema reprodutor: condições de desenvolver e alimentar um feto no corpo, e que dura um período de aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas inevitáveis nas funções corporais*, quando o estado desta se encontra julgada como *negativo, alterado, comprometido ou ineficaz* encaramos que este processo natural e normal se encontra

comprometido; foi assim que consideramos este foco - Gravidez Comprometida, e diagnóstico de enfermagem - Gravidez Comprometida presente, com maior dimensão e de prevalência universal nas grávidas internadas (ICN, 2011, pp. 56, 83).

As grávidas internadas no serviço de Materno-fetal do CHUSJ, eram provenientes do serviço urgência ou da consulta externa. O momento de acolhimento, foi um momento essencial, após apresentar o serviço à grávida/ casal; logística e horários, foram recolhidos dados para traçar o perfil obstétrico (número de gestações, paridade, idade gestacional), peso antes da gravidez, antecedentes pessoais, grupo sanguíneo, hábitos de vida (nomeadamente uso de substâncias como tabaco, álcool e drogas), avaliação de sinais vitais, avaliação de CTG (ou outra intervenção protocolada conforme causa de internamento), posteriormente consultado o processo clínico da grávida, boletim de saúde da grávida e realizados os registos em sistema informático (*SClinico*<sup>®</sup>). De salientar que em regra geral a grávida/o casal encontravam-se com alguma labilidade emocional, pelo que se revelou importante desde cedo privilegiar a comunicação empática, com o objetivo de proporcionar apoio, informação, conforto, acompanhamento, confiança e empoderamento com base no acolhimento, na empatia e disponibilidade, assegurando em simultâneo o espaço e tempo necessário para garantir a privacidade da grávida/casal.

Efetivamente, ao longo do nosso percurso neste estágio, podemos constatar que quando associada à gravidez surgem processos patológicos, a grávida é impulsionada a experienciar uma transição complexa e multidimensional, em que, além da transição para a parentalidade, a mulher vivência uma transição para um estado de doença. Apesar da sua complexidade, as experiências de transição têm algumas propriedades essenciais: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o tempo de duração e eventos e pontos críticos. Estas propriedades não são forçosamente isoladas, mas antes interligadas e pertencentes a um processo complexo.

Acréscimo, ainda, o facto das transições poderem ser afetadas por determinadas condições, tais como os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e habilidades, o meio envolvente, nível de planeamento, e bem-estar físico e psíquico, que vão influenciar de modo positivo e/ou negativo as respostas do indivíduo, constituindo assim respetivamente, condições facilitadoras e/ou inibidoras ao processo de transição. Pelo que, na nossa abordagem à mulher/casal com gravidez comprometida, a perceção destas circunstâncias na grávida mostrou-se uma ferramenta indispensável, no modo de auxiliar a sua vivência da situação de saúde-doença na gravidez e de prevenir a disposição para riscos, níveis de

*stress* e ansiedade elevados (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000). A escuta ativa e dos dados colhidos na admissão da grávida, como a idade gestacional, gestações e paridade além da informação sobre o perfil obstétrico, permitiu-nos estar despertos para possíveis condições influenciadoras da experiência transacional de cada grávida/casal.

Os internamentos prolongados, associados a um tratamento expectante e incerto, a experiência ameaçadora, o sentimento de falta de controlo sobre a situação, apresentam impacto a médio e longo prazo no bem-estar da grávida e sua família (Mautner et al., 2013; Rep et al., 2007; Stern et al., 2014). Efetivamente a presença de complicações na gravidez tem um impacto substancial na vida da grávida e do casal. Pois, para além da manipulação clínica, a grávida fica circunscrita às normas e rotinas hospitalares, o que impõe alterações na rotina e no quotidiano dos seus familiares, sobretudo quando existem outros filhos dependentes.

Assim, pelo impacto negativo do internamento numa grávida de risco é *esperado com uma certa probabilidade* que as grávidas apresentem sentimentos *de ameaça, perigo ou angústia*, ou seja, ansiedade, por conseguinte, encontrou-se presente o diagnóstico de enfermagem Risco de Ansiedade (ICN, 2011, pp. 39 e 83). Para podermos dar resposta a este diagnóstico foi essencial o nosso conhecimento sobre os fatores descritos que podem influenciar os níveis de ansiedade e depressão na grávida/casal. Por conseguinte, existe evidência que aponta que o suporte social, e a efetividade das estratégias de *coping* utilizadas são os fatores que apresentam maior relevo, assim como, é dependente da avaliação que o indivíduo faz do agente desencadeador de *stress*, das suas representações cognitivas e emocionais de ameaça para a sua saúde e do feto. Saliente-se que a incapacidade de dar resposta à situação e a de se adaptar aumenta o período de vulnerabilidade da mulher/casal, desenvolvendo como já referimos sentimentos de incerteza e de ansiedade e, deixando-a mais suscetível aos riscos (Denis, Michaux & Callahan, 2012; Meleis, 2010; Saviani-Zeoti & Petean, 2015).

Deste modo, as nossas intervenções de enfermagem tiveram como objetivo promover respostas saudáveis para a transição e por conseguinte prevenir sentimentos de ansiedade. Neste sentido, tivemos presentes os focos de atenção como *Coping*, Consciencialização e Apoio Social. À luz destes, desenvolvemos intervenções congruentes com as experiências únicas de cada grávida e sua família, operacionalizadas, em primeira a linha, pela compreensão e avaliação destas propriedades e condições individuais. Especificamente as estratégias de *coping* utilizadas, percepções do seu estado de saúde e a presença de suporte

social, de acordo com a sua cultura e, posteriormente, por intervenções que as assegurassem e as promovessem associadas a atitude empática, na escuta ativa, encorajamento da verbalização de sentimentos e demonstração de disponibilidade.

O conceito de *Coping* é definido pela CIPE Versão 2<sup>®</sup> (ICN, 2011, p.46) como a atitude de *...gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*. Lazarus e Folkman (1984) entendem-no como os constantes esforços cognitivos e comportamentais do individuo necessários para gerir as exigências externas e/ou internas que são avaliadas como sendo limitantes ou excedentes dos recursos da pessoa. Neste sentido, desenvolvemos esforços para que as grávidas/casal implementássem estratégias centradas na resolução do problema e na busca de apoio social; percebíamos a presença destas estratégias quando o casal procurava o nosso apoio, numa opinião ou ideia, quando se envolvia no processo e estratégias de cuidar. Curiosamente, diferentes estudos realizados junto de grávidas hospitalizadas revelam que estilos de *coping* baseados no evitamento, na emoção e religião estão associados com o aumento da ansiedade (Denis et al., 2012; White, Noleen, Geraldine, Martin & Manderson, 2012).

Outro aspecto com que nos deparamos prendeu-se com a perceção de ameaça por parte da grávida/casal. Muitas vezes era divergente do risco real e daquele percecionado pelos profissionais. Estas mulheres, na maioria dos casos, apresentavam maiores níveis de ansiedade que as restantes. Nestes casos, em que a Cosnciencialização se encontrava comprometida, optávamos por compreender o porquê da perceção e através do desenvolvimento do conhecimento, nomeadamente sobre a condição patológica, e cultura envolvente, tentávamos desmistificar algum pré-conceito e levar a uma perceção realista do perigo (Ramos, 2014). Sobre este tema, a investigação refere que quando as mulheres têm uma perceção da ameaça independente e divergente daquela que é determinada pelos profissionais, levando a perceções irreais da realidade, tornam a mulher mais vulnerável a situações de ansiedade e de risco, comprometendo, igualmente a qualidade e a intensidade da ligação mãe-filho (Ramos, 2014).

Através de intervenções de sustentação de suporte social, como a promoção do envolvimento de familiares ou significativos no processo de cuidar, da permissão de aumento de número de visitas ou do tempo de permanência junto da grávida conseguimos diminuir os níveis de ansiedade, promovemos o bem-estar físico e psicológico da grávida/casal. Relativamente ao suporte social, os autores revelam que há correlação entre satisfação com o suporte social e a presença de menor sintomatologia depressiva (Denis et

al., 2012), já Lazarus e Folkman (1984) referem que o suporte social precede o tipo de *coping*, e pode ter uma influência significativa no modo como o indivíduo lida face à fonte de *stress*, sendo que pessoas que recebem níveis elevados de suporte social tendem a utilizar mais estratégias de *coping* ativas e menos estratégias passivas (como o evitamento).

A presença de complicações durante a gravidez, a hospitalização e a ansiedade, assim como, a história obstétrica (como complicações anteriores e/ou abortos) demonstraram impacto não só na adaptação à doença, como também, na adaptação à parentalidade, estas podem prejudicar construção da identidade materna e o desenvolvimento da ligação mãe-filho durante a gravidez (Meleis, 2010). Assim sendo, também associado aos focos anteriores, tivemos presentes os focos de adaptação à parentalidade e a ligação mãe/pai-filho.

O ICN (2011, p. 37) define adaptação à parentalidade como *comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*. Durante a gravidez ocorre *uma reorganização dos papéis e funções por parte da mulher e do seu núcleo familiar* sendo nesta fase que a grávida/casal vão *adquirir novos conhecimentos e competências* e se apercebem *que ocorrerão mudanças definitivas* fundamentais para uma transição segura para a parentalidade (Mendes, 2002, p.33).

Neste sentido, a nossa avaliação do envolvimento do casal no processo de adaptação à parentalidade passou por: avaliar comportamentos de procura de informação por parte do casal; avaliar disponibilidade do casal para frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade; avaliar disponibilidade para frequentar consultas de vigilância da gravidez de risco; escutar e responder às questões sobre a gestação, desenvolvimento fetal e estado de saúde. Por outro lado, com intenção de promover a consciencialização para o processo de parentalidade, implementamos algumas intervenções como: o encorajar a verbalização de sentimentos, preocupações e medos sobre o que estaria a acontecer e a encontrar em conjunto estratégias para se adaptarem melhor às mudanças vivenciadas; orientar para as mudanças decorrentes do processo e os recursos disponíveis para os ajudar a lidar com estas mudanças; o ensino ao casal em identificar comportamentos necessários para melhor se adaptarem à gravidez de risco; e o incentivo à participação nos cursos de preparação para o parto dos casais grávidos a partir das 28 semanas de gestação que se mostrassem recetivos para os frequentar (ICN, 2011).

A ligação mãe/pai-filho descrita como o *estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e a criança* pelo ICN (2011, p.61) inicia-se na gravidez e desenvolve-se ao longo da vida dos pais e do filho. Este foco foi sempre alvo da nossa atenção no processo de planeamento dos cuidados, já que na sua intervenção o EESMO, na avaliação e promoção da ligação emocional, entre a mãe/pai e o seu filho, tal como a sua definição sugere, poderá contribuir para a criação de uma relação que começa na gravidez e se irá prolongar para toda a vida (Cardoso, 2011). A Ligação Mãe/Pai-filho durante a gravidez apresenta-se como um preditor da ligação após o nascimento e ainda dependem dela a satisfação e a competência no exercício do papel parental (Mercer, 2004).

O diagnóstico diferencial de enfermagem relativo a este foco, teve inerente a recolha de dados e a sua interpretação e contextualização única e individual que os medeiam em meio de internamento de gravidez com complicações, dados como: casais que seguissem as indicações dos profissionais de saúde, que tendencialmente descrevessem os movimentos do feto a características positivas, que apresentassem comportamentos de busca de saúde tanto para si como para o feto, que procurassem ampliar o seu conhecimento relativo ao desenvolvimento fetal, que se referiam ao feto pelo nome e com carinho; descrevessem características positivas do feto associadas aos seus movimentos; acariciarem a barriga; que planeassem e desejassem a gravidez e tivessem a presença de um bom suporte familiar; relacionamentos conjugais estáveis; e não apresentarem antecedentes de depressão previamente à gravidez.

No sentido de promover esta interação e aproximação precoces do casal com o filho e, tendo em conta os diagnósticos específicos de cada situação, as nossas intervenções basearam-se em ensinar sobre o desenvolvimento fetal; ensinar sobre os movimentos fetais; ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (táteis e auditivas); ensinar sobre características do recém-nascido; promover a construção da imagem do bebé; permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais. Salientamos que, em simultâneo, estas intervenções foram dirigidas com o mesmo enfoque ao pai (sempre que presente) no sentido de promover também o desenvolvimento da sua relação com o feto, já que existe evidência de que se os profissionais de saúde promoverem o seu envolvimento na gravidez existe uma ligação futura mais efetiva entre o pai e o bebé (Nogueira e Ferreira, 2012).

As complicações obstétricas severas, também reconhecidas como *near-miss events*, apresentam um impacto psicológico e emocional potencial a longo prazo não apenas para a grávida. Apesar de uma tendência inicial dos nossos cuidados se centrarem nesta e no feto,

rapidamente identificámos a necessidade de envolver o companheiro nos cuidados. Por um lado, como suporte para a grávida, por outro tornando-o alvo das intervenções. De acordo com Hinton, Locock e Knight (2014) que desenvolveram um estudo qualitativo com o objetivo de compreender o impacto destes *near-miss events* nos companheiros das grávidas em meio hospitalar, as experiências dos parceiros caracterizavam-se pelo sentimento de impotência e de exclusão. Pois, estes testemunhavam eventos de grande *stress* e de choque de emergência com a companheira, pelo que, alguns indivíduos experienciaram depressão, *flashbacks* e stress pós-traumático, meses e até anos pós o evento emergente. Salientaram, ainda, que os parceiros se sentiram *postos de lado* e com medo durante o evento, e que apesar do suporte e da comunicação ser altamente valorizada, frequentemente esta era diminuta. Através dos resultados deste estudo, consciencializámo-nos que o suporte personalizado e os cuidados individualizados eram o apanágio que deveríamos seguir reconhecendo que o apoio e atenção dados ao companheiro tinham um efeito substancial no modo como ele lida com a situação no processo de parentalidade. Pois, de acordo com o estudo supra referenciado concluíram que estes eventos provocam medo e ansiedade e têm consequências profundas e duradouras nas mães e seus parceiros.

Ainda associada à Gravidez Comprometida, encontrou-se o foco Conhecimento *conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação* (ICN, 2011, p.45). A essencialidade deste foco prendeu-se não só com a sua importância na colaboração para uma vigilância mais precisa e prevenção de complicações, como também pelo seu impacto na consciencialização e no envolvimento da grávida/casal no seu processo de transição. Destaca-se neste foco o conhecimento, nomeadamente, acerca da condição fisiopatológica em causa e relativo à preparação para o parto e parentalidade. Nesse sentido, constituiu uma preocupação da nossa parte dotar a grávida/casal de conhecimentos relativos ao processo fisiopatológico, ao regime medicamentoso, ao regime dietético, (quando necessário), aos sinais de alarme e à prevenção de complicações.

A vigilância do bem-estar fetal foi uma intervenção realizada através do traçado cardiográfico, realizado em todos os turnos ou uma vez por dia (dependente da prescrição médica) ou quando achássemos necessário, durante cerca de 40-50 minutos (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos, 2014) em grávidas com idade gestacional (IG) superior a 25-26 semanas, nas grávidas cuja a IG era inferior recorriámos à auscultação de batimentos cardíacos fetais através de *doppler*. A cardiotocografia (CTG) é

uma técnica *doppler* utilizada que nos permitiu avaliar o bem-estar fetal através da interpretação de um traçado (gráfico) da variância da frequência cardíaca fetal (FCF) perante contrações uterinas maternas. Em acordo com Leveno (2014), para a obtenção de um traçado claro e refletor da realidade que permitisse uma interpretação correta, foi essencial a qualidade de sinal, pelo que através de manobras de Leopold foi possível compreendermos a apresentação e posição fetal e, assim, encontrarmos o foco de auscultação da FCF. A cardiocografia representa o estado cardiorrespiratório do momento da unidade feto-placentária no sentido que se baseia na hipótese de que a frequência cardíaca do feto é sensível à hipoxia e à hipoxemia fetal, nomeadamente nas variâncias de contrações uterinas, ocorrendo alterações na FCF basal, o que permite determinar se existe ou não a possibilidade de sofrimento fetal e de risco de lesões, a nível cerebral (Leveno, 2014; Ugwumadu, 2013). Compreendermos que outros estados comportamentais, para além dos distúrbios de oxigenação fetal faziam variar a FCF basal e a forma dos traçados, foi determinante para os podermos interpretar corretamente, situações tais como ciclos de sono-vigília, decorrentes de administração de medicação à grávida, a temperatura corporal materna onde a hipertermia materna se associa a um aumento da frequência cardíaca fetal ou à própria imaturidade do feto traduzida pela diminuição da variabilidade da FCF (Leveno, 2014; Montenegro et al., 2014, Ugwumadu, 2013). Neste momento, não nos iremos debruçar sobre como interpretar um traçado de CTG, já que o iremos fazer no capítulo seguinte relativo à aquisição de competências em contexto de trabalho de parto e parto. Soma-se ainda a este procedimento o seu efeito benéfico na ligação mãe/pai-feto, o escutar dos batimentos fetais era, sem dúvida, um dos momentos mais esperados ao longo do dia pelos casais. O mesmo é corroborado por Nishikawa e Sakakibara (2013) que afirmam que estas técnicas aumentam a perceção materna relativamente ao feto manifestando-se no aumento de interações mãe/feto (como falar com o feto), ampliando assim a ligação mãe/filho durante a gestação.

Focando-nos agora, de uma forma reflexiva, sobre as experiências vivenciadas relativas à patologia em si, podemos afirmar que nos sentimos privilegiadas pela oportunidade de experienciar e contactar com diferentes alterações em grávidas em distintas idades gestacionais; algumas precoces, o que permitiu desenvolver cuidados especializados, de acordo com a especificidade da mulher e casal. A nossa atuação perante as situações com que nos confrontamos, consistiu na recontextualização dos saberes teóricos e na busca sistemática de evidências científicas de forma a detetar o foco, identificar o diagnóstico de enfermagem e a delinear as intervenções, de acordo com as necessidades reais e a

singularidade da mulher e casal, dando assim resposta à competência de *Identificar e monitorizar desvios padrão de adaptação à gravidez* preconizado pela OE (2010) (Gráfico1).

No sentido de prevenir complicações e ajudar o casal a ultrapassar esta transição situacional da melhor forma possível. Tendo como diagnóstico Gravidez Comprometida, desenvolvemos intervenções e atividades de vigilância, respeitando, também, o protocolo instituído no serviço (Montenegro et al., 2014).

Pela incapacidade de citar todas as situações em que prestamos cuidados, optámos por nos referir aquelas de maior prevalência. Pelo que se segue uma abordagem sobre as patologias e as suas intervenções resultantes de prescrições e autónomas de enfermagem associadas às alterações hipertensivas (n= 11) ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo (n= 19) (Gráfico 2).

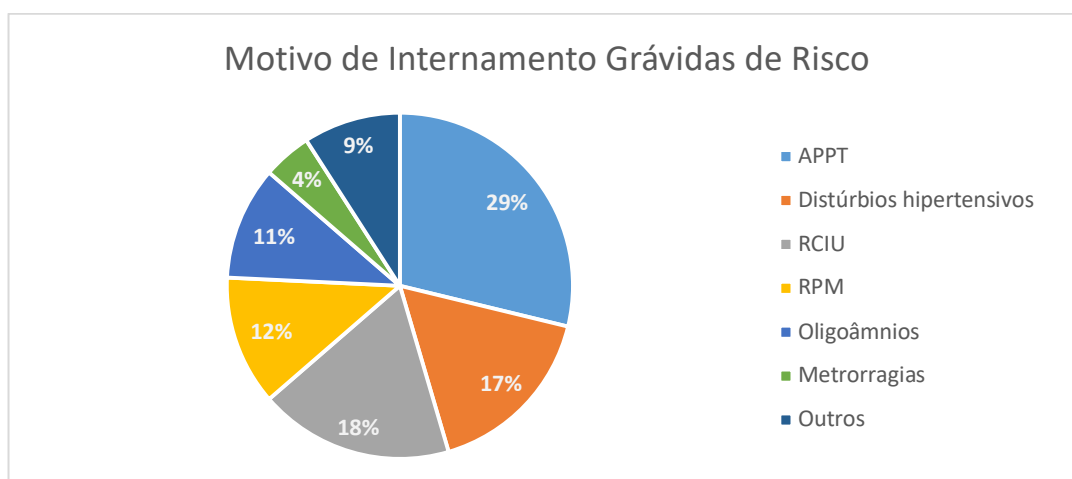


Gráfico 2 -Motivo de Internamento das grávidas de risco vigiadas

## 2.1. Alterações hipertensivas: Pré-eclâmpsia

As alterações hipertensivas foram uma das complicações com as quais mais contactamos, e também, aquelas que suscitaram na equipa necessidade de otimizar e uniformizar cuidados. Efetivamente, um estudo realizado por Póvoa e Colaboradores (2008) sobre a prevalência de alterações relacionadas com HTA no nosso país, indica que 6% das mulheres apresentam alguma doença hipertensiva durante a gravidez ou puerpério: 1,5% com hipertensão crónica, 2,5% com hipertensão gestacional, 1,4% com a pré-eclâmpsia, 0,2% com a pré-eclâmpsia sobreposta, 0,1% com eclâmpsia, e 0,1% com síndrome HELLP.

Classificação de Distúrbios Hipertensivos na Gravidez	
<b>Hipertensão crônica</b>	Presente antes da gravidez, ou é diagnosticada antes da 20ª semana de gestação, independentemente da causa, e persiste após a 6ª semana pós-parto. A HTA é definida pela presença de tensão arterial (TA) sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou 90 mmHg de PA diastólica;
<b>Pré-Eclâmpsia</b>	Síndrome específica da gravidez, caracterizada pelo aparecimento de HTA, associada a proteinúria (maior ou igual que 300mg em 24 horas) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Na ausência de proteinúria, é altamente suspeita a presença de pré-eclâmpsia quando associado ao aumento da pressão arterial aparece sintomas como: cefaleias, visão turva, dor abdominal, ou exames laboratoriais alterados, especificamente contagem das plaquetas diminuída, e níveis anormais de enzimas hepáticas;
<b>Eclâmpsia</b>	Quadro agravado da pré-eclâmpsia, complicado pela presença de convulsões ou coma, quando excluídas outras causas, como a epilepsia;
<b>Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia sobreposta (PEE)</b>	Presença de proteinúria em mulheres anteriormente hipertensas, mas que não apresentavam proteinúria até à 20ª semana de gestação, ou a presença de proteinúria e hipertensão em mulheres antes da 20ª semana de gestação
<b>Hipertensão gestacional</b>	Hipertensão diagnosticada em grávidas a partir da segunda metade da gravidez ou nas primeiras 24h pós-parto, que apresentam sem outros sinais de pré-eclâmpsia, nomeadamente proteinúria e os valores tensionais normalizam após o 10º-12º dia pós-parto.

Quadro 1 - Classificação de distúrbios Hipertensivos na Gravidez (baseado em Leveno, 2014; Working Group On High Blood Pressure Education Program, 2000)

Relativamente à sua classificação, esta dá-se dependendo do *timing*, das alterações e complicações presentes, e da sua severidade. Apresentado-se como diagnóstico médico, perceber a distinção entre os diferentes distúrbios hipertensivos mostrou-se imperativo, já que conforme o quadro clínico existiram atitudes terapêuticas diferentes (Quadro 1).

A nossa preocupação inerente a esta situação patológica centrou-se na prevenção, vigilância e no impacto diferenciado da mesma na grávida e sua família, já que o agravamento da pré-eclâmpsia podia progredir ao longo de um *continuum* de doença moderada a severa, síndrome de HELLP (hemólise- H, aumento das enzimas hepáticas-EL e diminuição das plaquetas -LP) e eclâmpsia, associada a uma abordagem clínica (médica) que poderia ser o término da gravidez ou uma atitude expectante, dependente de fatores como a idade gestacional (IG), vitalidade vs. maturidade fetal e a severidade do quadro patológico.

Constatamos, também, que a interrupção da gravidez por decisão médica foi recomendada a mulheres com distúrbio hipertensivo severo a partir das 34 semanas de gestação, enquanto que, a atitude expectante era recomendada em IG inferiores a estas semanas. A atitude expectante foi recomendada, por decisão clínica, em casos em que o

prolongamento da gravidez melhoraria o prognóstico perinatal e em que existia um risco materno mínimo. Face a esta atitude conservadora era exigida uma monitorização rigorosa da díade mãe-feto (Jones, Jones & Stacey, 2013; Neto, Souza & Amorim, 2014).

No sentido de prevenir e antecipar as complicações inerentes a esta patologia, tendo como diagnóstico Gravidez Comprometida, adotámos as seguintes intervenções e atividades de vigilância, tendo como base o protocolo instituído no serviço (Montenegro et al., 2014).

A intervenção monitorizar tensão arterial foi realizada de 4/4 horas. Na sua monitorização tivemos em conta as indicações da *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC, 2008) e *National Institute For Health And Clinical Excellence* (NICE, 2010), que nas suas *guidelines* orientam quanto ao método e ao material na sua avaliação. Assim com recurso a um equipamento automático, a grávida encontrava-se sentada ou em *fowler* (ou *semi-fowler*), de modo ao braço se encontrar ao nível do coração (caso a TA se encontrasse constantemente mais elevada num braço, era privilegiado esse mesmo membro para a avaliação dos valores de TA).

Uma das funções mais afetadas na PE é a função renal pelo que a presença de proteinúria mostra-se como um sinal presente de diagnóstico da patologia. Neste sentido, realizámos a intervenção vigiar proteinúria através de tira reagente uma vez dia, numa amostra de urina colhida de 24 horas (sendo que em casos mais severos a avaliação era realizada analiticamente). Relativamente a esta atividade a NICE (2010) e SOGC (2008) juntamente com a *Pre-eclampsia Community Guidelines* (PRECOG, 2008) salientam a importância de se realizar esta monitorização numa amostra de urina de 24 horas, pelas diferentes concentrações de urina ao longo do dia com influência nos valores de proteinúria. As intervenções monitorizar diurese ou monitorizar balanço hídrico fizeram parte da nossa ação. Pelo que, em casos de PE moderada foi indicada a realização da monitorização de diurese, para vigiar a presença de oligúria (volume de urina de 24h era inferior a 500 ml). Em casos de PE severa tivemos em conta as *guidelines* e orientações protocoladas (Montenegro et al., 2014) que salientavam que o balanço hídrico deve ser cuidadosamente controlado, sobretudo a gestão da introdução/ingestão de líquidos. O equilíbrio cuidadoso de fluidos e sua monitorização, visou evitar a sobrecarga de líquidos, que em excesso poderá causar posteriormente edema pulmonar agudo, principal causa de morte na PE (Dadelszen et al., 2007; Jones, Jones & Stacey, 2013; NICE, 2010; Romero- Arauz et al., 2012; SOGC, 2008).

Estivemos também atentas aos danos capilares que poderiam existir associados à PE sob a presença de edema de características patológicas, sendo este matutino, que persiste depressível ao fim de 12 horas de repouso, e generalizado envolvendo a face, a região lombar e os membros superiores e inferiores. O seu aparecimento surge acompanhado de aumento de súbito de peso, pelo que desenvolvemos a intervenção Monitorização do peso corporal diariamente (Montenegro et al., 2014).

No que toca à Intervenção Vigiar sinais e sintomas de alarme, sabíamos que normalmente os sinais clínicos antecedem o aparecimento dos sintomas associados à PE. A ordem de manifestação não é fixa, pelo que poderiam surgir por qualquer ordem. Contudo, normalmente inicia-se pelo aparecimento de edema, ou aumento súbito do peso corporal, aumento súbito da TA e a proteinúria, já referidos anteriormente. Dos diversos sintomas associados à PE aqueles que vigiamos e que se podem destacar como preditores de maior risco materno, são as cefaleias persistentes, as alterações visuais como visão nublada, dispneia, hiperreflexia, convulsões, náuseas, vômitos, a epigastria e/ou dor no hipocôndrio direito, relacionadas, nomeadamente, com lesão a nível do córtex cerebral e lesão a nível hepático (Romero- Arauz et al., 2012). Pela sua importância, todas as *guidelines* que consultamos mostram-se consensuais, recomendando a vigilância constante dos sinais e sintomas apresentados (Dadelszen et al., 2007; Jones et al., 2013; NICE, 2010; PRECOG, 2008; Romero- Arauz et al., 2012; SOGC, 2008).

A PE pela sua fisiopatologia, pode levar a insuficiência uteroplacentar seguida, como pudemos observar, de uma restrição crescimento intra-uterino (RCIU), e em casos mais severos a asfíxia fetal, pelo que foi imperativo a vigilância do bem-estar fetal concretizada por atividades no âmbito da monitorização e avaliação da frequência cardíaca fetal (FCF) através de cardiotocografia (NICE, 2010; Romero- Arauz et al., 2012).

Como referido, o conhecimento do casal sobre o processo fisiopatológico, regime medicamentoso e sinais e sintomas de alarme mostrou-se uma ferramenta indispensável para a prevenção de complicações. Por conseguinte, à luz deste foco desenvolvemos o diagnóstico de Potencialidade para o Conhecimento sobre PE ou Distúrbio Hipertensivo e Potencialidade para o Conhecimento de sinais e sintomas de alarme relacionados com distúrbios hipertensivos ou PE; delineamos e desenvolvemos as intervenções que tiveram como objetivo aumentar e efetivar o conhecimento da grávida/casal sobre esta temática, nomeadamente: (1) Ensinar sobre Pré-Eclâmpsia, sendo esta intervenção concretizada através da explicação sobre o que é a Pré-Eclâmpsia e (2) Ensinar sobre Sinais e Sintomas

da PE, sendo por sua vez concretizada através da enumeração e explicação dos sinais e sintomas, (3) Ensinar sobre regime terapêutico (medicamentoso, diatético e repouso no leito se indicado).

A Indicação para repouso no leito perante mulheres com hipertensão crónica e/ou gestacionais severas e com PE moderada e severa, foi uma situação que verificamos frequentemente, sendo indicado à grávida para se manter em repouso no leito, podendo dirigir-se ao WC e realizar o seu autocuidado, tal como a higiene, autonomamente, quando desejasse, mas restringindo ao máximo a sua atividade. De seguida abordaremos algumas intervenções associadas a esta indicação, também aconselhada em outras condições clínicas (Montenegro et al., 2014).

Apesar de não a termos experienciado, uma situação associada aos riscos potenciais de uma evolução de PE grave que é o de convulsão, designado por Eclâmpsia, tivemos o cuidado de conhecer os protocolos existentes, para se necessário saber agir de forma correta. Pois, sabíamos que seria causada pelo compromisso do sistema nervoso central (SNC), e que representaria um risco considerável para a mãe e para o feto, pelo que fomos verificar quais os procedimentos e materiais existentes protocolados para convulsões eclâmpicas e relembrar as intervenções necessárias num caso de emergência e ou de aparecerem sinais e sintomas alerta eminentes de eclâmpsia, que além dos já referidos, somam-se contraturas parciais da face e dos membros ou expressão facial de desmaio. Também os cuidados necessários com a administração de perfusão contínua de Sulfato de Magnésio, o fármaco eleito em caso de eclâmpsia (a vigilâncias de reflexos rotulianos de 4/4h, diurese -devendo ser pelo menos 100 ml nas últimas 4 horas; e frequência respiratória de pelo menos 12 ciclos/min (Montenegro et al., 2014).) e a vigilância para a profilaxia de convulsões.

## **2.2. Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo**

A ameaça de parto pré-termo (APPT) foi das complicações associadas à gravidez, juntamente com a PE, que mais contactamos ao longo do nosso ensino clínico. De facto, e em Portugal, na última década, existiu um crescendo de casos PPT, desde 5,7% em 2001 para 8,8% em 2009 (Cubal & Pereira, 2014) e segundo a OMS (2014), estima-se que a nível mundial 10,6% dos partos se deram prematuramente (antes das 37 semanas). Por outro lado, compreendemos a complexidade deste problema quando constatamos que a

prematuridade é a causa de mais de metade das mortes neonatais, sendo esta tão grave quanto menor for a idade gestacional, e por isso considerada como principal causa de mortalidade neonatal (Cubal & Pereira, 2014; Raju, Mercer, Burchfield & Joseph, 2014).

Assim a ameaça de parto pré-termo corresponde aquela que ocorre antes das 37 semanas de gestação, e está associada a contractilidade uterina frequente e regulares, com contrações dolorosas, com segmento inferior uterino distendido, no entanto, sem apagamento ou dilatação do colo. No que se refere ao parto pré-termo (PPT), é sobreponível ao quadro anterior, no entanto ocorre em simultâneo o apagamento e dilatação do colo, o diagnóstico médico destas duas situações nem sempre foi claro, sendo necessário recorrer ao teste de fibronectina fetal presente nas secreções cervicais, e à avaliação ultrassonográfica transvaginal do colo uterino, para avaliação do comprimento e estado do colo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Graça, 2017; Leveno, 2014).

Quando tentamos compreender a fisiopatologia da APPT e do PPT percebemos que esta ainda não é bem conhecida, segundo a evidência existente 20% a 30% dos casos não é possível identificar a causa para o início precoce da contratilidade uterina e da dilatação do colo uterino, no entanto, consideram-se três hipóteses para explicar este fenómeno: uma brusca diminuição dos níveis de progesterona; um aumento da atividade da ocitocina e/ou a ativação prematura dos mecanismos decíduais, sendo este último o mais consensual, estando associado a quadros de infeção da decídua, das membranas e do liquido amniótico, presente nomeadamente na rotura prematura de membranas (Cubal & Pereira, 2014; Graça, 2017; Leveno, 2014). O que se mostrou transversal em alguns dos casos com que contactamos, onde associada à APPT ou PPT as grávidas apresentavam, também, rotura prematura de membranas, nestes casos (como iremos nos referir posteriormente) era realizada a profilaxia do *streptococo* grupo B.

O conhecimento dos fatores de risco constitui um foco importante de atenção do EESMO que vigia a gravidez pois a sua remoção ou redução antes ou durante a gravidez e a consequente melhoria do estado de saúde materno constituem a primeira linha de prevenção do PPT (Schleubner, 2013). Deste modo, como condições desencadeadoras para PPT podemos encontrar história de PPT anterior (que aumenta o risco 2,5 vezes em relação à população geral), idade materna inferior a 18 ou superior a 35 anos, nível nutricional materno, o aumento ponderal deficiente ou excessivo durante a gestação; abuso de substâncias (tabagismo, toxicodependência ou consumo de bebidas alcoólicas); fatores

psicológicos geradores de stresse como: baixo estatuto sócio-económico, mulheres solteiras, casos de violência doméstica, luto ou problemas no trabalho/vida pessoal, depressão ou ansiedade curto intervalo entre as gestações e ausência de vigilância pré-natal (Cubal & Pereira, 2014).

A abordagem clínica à APPT encontrou-se diretamente associada à IG, ao estado do colo uterino e à integridade das membranas, visando sempre que possível o prolongamento da gravidez, pelo menos até à aceleração maturativa pulmonar do feto estar completa. Na prestação de cuidados, as nossas intervenções visaram promover o bem-estar materno e fetal, um ambiente seguro e auxiliar a grávida/casal a lidar com este evento adverso mantendo uma esperança realista. Neste sentido, as nossas atividades provenientes de prescrição, passaram pela administração medicamentosa (nomeadamente de agentes tocolíticos) e a monitorização do bem-estar fetal através do traçado CTG que se encontrava protocolado a ser realizado duas vezes por dia segundo protocolo (ou quando achássemos necessário por presença de algum dos sinais de alarme que se seguem).

A vigilância de sinais e sintomas de alarme de trabalho de parto pré-termo foi uma constante nestes casos: (1) presença de contrações uterinas dolorosas ou não com frequência inferior a 10 minutos por mais de uma hora; (2) a presença de desconforto, traduzido por cólica e/ou cólica intestinal na parte inferior do abdómen, presença desconforto supra-pública, sensação de pressão ou peso pélvico; (3) presença de alterações no corrimento habitual na sua quantidade (maior) e na sua viscosidade (mais aquoso), na sua coloração (hemático acastanhado ou mesmo incolor), e/ou rutura prematura de membranas. (Montenegro et al., 2014; NICE, 2015a;).

A Potencialidade para o desenvolvimento do conhecimento sobre APPT e PPT foi um dos diagnósticos que identificámos, à luz deste desenvolvemos intervenções de enfermagem que permitissem dotar a grávida/casal de conhecimento sobre APPT e sobre sintomas e sinais sugestivos de trabalho de PPT que casualmente poderiam ser confundidos com sinais comuns da gravidez, à semelhança da PE, promovemos assim uma vigilância mais efetiva e em simultâneo fomentávamos uma atitude ativa por parte da grávida/casal perante a sua situação, permitindo promover a consciencialização e o seu envolvimento no tratamento. Por outro lado, intervenções na promoção do suporte familiar e social com o envolvimento do elemento significativo (por exemplo o companheiro ou noutros casos a mãe) mostrou-se também uma estratégia eficaz na redução de quadros de ansiedade.

A administração de fármacos resultante de prescrição médica, teve essencialmente os propósitos de inibir as contrações, aumentar a maturação pulmonar fetal e permitir aneuroprotecção fetal. Deste modo, segundo Montenegro et al. (2014) os agentes tocolíticos reduzem o número de nascimentos até 7 dias após o início do tratamento, sendo uma ferramenta essencial na redução das comorbilidade perinatais como o caso de *distress* respiratório ou hemorragia intra-ventricular. O fármaco de eleição para inibição das contrações uterinas na unidade materno-fetal do CHUSJ foi a nifedipina 10 mg via oral, um inibidor dos canais de cálcio, que bloqueia os canais de entrada do cálcio das membranas celulares o que leva à diminuição da excitabilidade e contractibilidade das células miométriais. Apesar de escassos efeitos colaterais em comparação com outros fármacos tocolíticos, existem alguns associados à nifedipina que requereram a nossa atenção e vigilância nomeadamente a hipotensão e astenia. Pelo que associada à sua administração monitorizamos a tensão arterial (TA) antes e após a administração assim como vigiamos de sinais e sintomas de hipotensão (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Leveno, 2014; Montenegro et al., 2014).

Relativamente, à maturação pulmonar fetal, segundo ACOG (2016) a intervenção mais benéfica para a melhoria dos resultados neonatais em casos de PPT é a administração de corticosteroides. Em concordância com esta recomendação, o protocolo clínico de abordagem incluía a administração de glucocorticoides : betametasona ou dexametasona, para estimular a maturação pulmonar, que através produção de enzimas que estimulam a produção e a libertação de surfactante pulmonar no feto, permitindo a redução da síndrome de *distress* respiratório/ síndrome de membrana hialina e hemorragia intraventricular no RN pré-termo. Seguindo o protocolo, a administração dos glucocorticoides encontrou-se indicado para grávidas com 24 semanas gestação até às 34 semanas e 6 dias, de acordo com a investigação existente a partir desta IG os benefícios da sua administração são significativamente menores. Posto isto, administrávamos duas doses de 12 mg de betamesona por via intramuscular separadas em 24h, ou em substituição, quatro doses de dexametasona 6 mg por via intramuscular separadas em 12h. Caso fosse necessário, nomeadamente 15 dias após o 1º ciclo ou em gestações com manutenção de risco de PPT que ainda não se encontrasse nas 34 semanas, era prescrito pelo obstetra um ciclo de resgate (Montenegro et al., 2014). Sabemos que efeito máximo deste tratamento observa-se entre as 24 horas e os 7 dias após a última administração da medicação, embora também se verifiquem melhorias no prognóstico fetal, quando o parto ocorre antes de finalizar o tratamento. Por outro lado, de acordo com o mesmo protocolo e segundo as

orientações internacionais, não é indicado a administração de corticoesteroides rotineiramente, pelo risco associado de infecção e de insuficiência supra-renal para a grávida, e pelo risco de doença pulmonar crônica, supressão de supra-renal, sépsis neonatal, entre outros para o feto (ACOG, 2016; Leveno, 2014; Montenegro et al., 2014).

Os corticoides apresentam efeitos secundários tanto maternos como fetais. No feto, destacam-se alterações do comportamento com diminuição da variabilidade e frequência cardíaca fetal, e na grávida hiperglicemia, aumento da tensão arterial, retenção de líquidos com edema facial e distúrbios gastrointestinais (Montenegro et al., 2015). Deste modo, as nossas intervenções de enfermagem associadas à administração desta medicação incluíam: a monitorização da glicemia capilar, avaliação do traçado cardiotocográfico e ensinar sobre medicamento e efeitos secundários da medicação (ICN, 2011).

As evidências disponíveis sugerem que a administração de sulfato de magnésio antes de PPT diminuiu o risco de paralisia cerebral em RN prematuros tornando-se este o fármaco de neuroprotecção fetal de preferência. Assim, a neuroprotecção estava indicada para grávidas com IG entre as 24 semanas e as 31 semanas e 6 dias com probabilidade de parto com curto prazo (2 a 12 h) ou em caso de terminação urgente da gravidez, e dava-se segundo um esquema de dose de carga (6g sulfato magnésio em 20 minutos por via endovenosa) e posterior dose de manutenção (2g/h sulfato magnésio em perfusão até ao parto ou max de 12h). Sabemos que como efeitos colaterais mais frequentes a grávida poderia apresentar flushing facial, náuseas, vômitos, cefaleias. A nível fetal, no CTG diminuição da frequência cardíaca fetal (FCF) e da variabilidade. No sentido de prevenir e antecipar possível intoxicação por parte deste fármaco eram avaliados os sinais vitais maternos (de 4/4h), monitorização do débito urinário assim como reflexos rotulianos. Ensinávamos a grávida ainda sobre possíveis efeitos secundários associados (Montenegro et al., 2014).

Como já referimos anteriormente, o repouso absoluto no leito foi das indicações clínicas mais comuns ao longo deste estágio, tendo estado associado aos quadros de APPT, rutura prematura das membranas ou oligoâmnios, e PE entre outros, efetivamente, os estudos indicam que 20% das mulheres em algum momento da sua gravidez serão orientadas para o repouso no leito (Bigelow & Stone, 2011). Esta foi das ingerências com maior impacto para a grávida e sua família no lidar com o tratamento no internamento com que nos deparamos.

Algumas das grávidas cuidadas apresentaram longos períodos de repouso no leito até à finalização da gravidez pelo que o nosso papel foi preponderante. Primeiramente foi essencial compreendermos que existe associado a esta prescrição efeitos fisiológicos devastadores incluindo disfunção muscular, perda de peso, perda óssea, trombose, fadiga e distúrbios do sono, pelo que casualmente nestes quadros existiam ainda associadas algumas prescrições médicas de profilaxia de tromboembolismo com enoxaparina, de laxantes e de fisioterapia passiva. Neste último aspeto destaca-se a prevenção de tromboflebitis durante o repouso no leito, tendo sido útil ensinar e incentivar as grávidas a realizar exercícios de dorsiflexão e flexão plantar (De Los Reyes, 2015; Janighorban, Heidari, Dadkhah & Mohammadi, 2018, Montenegro et al., 2014).

Por outro lado, para além dos efeitos a nível dos efeitos fisiológicos, a condição restrita ao leito, levou a que nas grávidas, em alguns casos, ficasse temporariamente suspenso, interrompido o seu autocuidado, *de modo a manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades da vida diária* (ICN, 2011, p.41), levando a que com o tempo apresentassem sinais de fadiga, alguma irritabilidade e depressão, traduzida em labilidade emocional e ansiedade. Sobre este tema, na evidência encontrada é afirmado que o repouso no leito afeta não só a grávida, como a sua família e posteriormente o recém-nascido, sendo que estes efeitos abrangem não só o bem-estar físico, como psicológico, interpessoal, financeiro e social. E relativamente à mulher, em congruência com o que nos deparámos, estes descrevem que a nível psicológico estas apresentam níveis elevados de ansiedade, depressão e hostilidade (De Los Reyes, 2015; Janighorban et al., 2018). Perante este quadro, e como agentes facilitadores da transição, a nossa intervenção passou por aconselhamento de estratégias que permitisse ocupar o tempo passado no leito, com o uso de computador, visualização de filmes, recorrer a jogos de passatempo a gosto da grávida. No entanto, foi a promoção do suporte emocional e suporte familiar através do alargamento do tempo e número de vista e da atitude nossa empática, de disponibilidade e escuta as intervenções que se mostraram mais eficazes na diminuição dos quadros de ansiedade associados ao repouso, e que permitiram a grávida/casal lidar melhor com esta restrição.

Uma das sugestões que dirigimos à grávida, associada ao repouso no leito, foi a preferência da adoção da posição de decúbito lateral esquerdo, sendo esta também uma das questões comuns dos casais. Esta baseou-se no facto de de associado à prevenção de uma das complicações associadas às patologias na gravidez que se prende com a alteração da dinâmica feto-placentária com posterior compromisso fetal, que se pode traduzir em

oligoâmnio e/ou restrição de crescimento fetal, traduzindo-se este estado na forma severa da patologia. No sentido de suportar a prática na nossa pesquisa de evidência, identificámos alguns benefícios. Ülker, Çeçen, Temur, Gül e Karaca (2011) no seu estudo observaram que a posição lateral esquerda influencia o fluxo sanguíneo uterino e umbilical, em que pelo aumento do volume uterino existe uma compressão da veia cava inferior e aorta inferior e diminui o débito cardíaco, resultando numa diminuição da perfusão uterina e placentar, sobretudo quando a mãe se apresenta na posição supina, já na posição de lateral esquerdo produção de urina fetal e o índice de LA aumentam significativamente. A posição de decúbito lateral esquerdo, quando comparada com qualquer outra posição, teve menor efeito perturbador sobre a hemodinâmica fetal. Os autores supracitados referem, ainda, que um aumento no fluxo sanguíneo uterino e placentário mostrou como provável a explicação para o aumento da taxa de produção índice de líquido amniótico e urina fetal observada. Também Khatib e colaboradores (Khatib, Weiner, Beloosesky, Vitner & Thaler, 2014) vão de encontro aos achados anteriores. No estudo sobre o efeito da posição de supina nos índices de fluxo sanguíneo umbilical e cerebral, identificaram a diminuição no índice de pulsatilidade da artéria cerebral média fetal da posição lateral esquerdo para a posição de supina, o mesmo aconteceu no índice de pulsatilidade da artéria umbilical. Pelo que os autores concluíram existir um efeito de *brain sparing* no feto; um mecanismo autorregulador protetor que visa manter fluxo de sangue suficiente para o cérebro fetal durante episódios de hipoxia e hipoxemia fetal, causado pela compressão da artéria aorta e veia cava na posição de supina, em grávidas com idades gestacionais compreendidas entre 36 a 40 semanas.

De acordo com esta evidência incentivamos o relaxamento ativo, instruímos as grávidas, sobre como fazer aplicações para o telemóvel e com músicas, técnicas de imaginação guiada e meditação. Pois, Fink, Urech, Cavelti e Alder (2012) referem que as terapias de relaxamento têm um impacto positivo nos desfechos obstétricos, reduzindo as complicações durante a gravidez e parto e que promove no bem-estar e melhores desfechos fetais. Na mesma linha, um estudo realizado por Toosi, Akbarzadeh Sharif e Zare (2014) demonstrou que estas técnicas de relaxamento pelo facto de diminuírem o stresse e a ansiedade nas grávidas/casal permitem promover e melhorar a ligação mae/casal-feto.

### 2.3. O luto

Em contexto do serviço de materno-fetal, durante o estágio, foi nos dada a oportunidade de prestar cuidados a casais com perda fetal, e em luto. Apesar do desenvolvimento da medicina, por vezes não é possível impedir um desfecho fatal da gravidez. A perda fetal tem inerente um processo luto, que ocorre segundo um padrão, devendo ser ultrapassado de forma adaptativa, ao longo do tempo, pelo que o acompanhamento do casal não se limita ao momento de internamento como posteriormente na comunidade.

No entanto, nem sempre a transição situacional do luto decorre segundo o padrão esperado, podendo ocorrer dificuldades que poderão levar a formas não adaptativas do mesmo, ou seja, levando ao que se designa de luto patológico, neste momento a nossa ação é crucial (Canavarro, 2006; Dias, 2012;).

O ICN (2011, p.61) descreve o luto como *“sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real”*, caracterizando-o ainda pelas fases: aceitação – expressa pelo choque e descrença; fase de reação – determinada pela exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação; fase de aceitação – definida pelo ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro. Denote-se que um processo de luto não saudável poderá ter um impacto psicológico parental significativo e, mesmo quando perante um desfecho fetal positivo, comprometer a ligação mãe-pai/filho (Canavarro, 2006; Valizadeh, Zamanzadeh & Rahiminia, 2013).

Compreender o que é espectável em cada etapa pela qual se processa o Luto, permitiu-nos planear os cuidados a prestar aos casais perante esta transição. No contexto de internamento, o casal encontrava-se numa primeira fase do luto, nesta é necessário que o casal aceite a realidade da perda, ultrapassando a propensão inicial de negar o acontecimento doloroso, de seguida, necessita de reconhecer e lidar com a sua dor, caso contrário esta manifestar-se-á através de outros sintomas, nomeadamente somático. Tendo esta premissa de base, as nossas terapêuticas tiveram o objetivo de promover a aceitação da perda por parte do casal, prevenindo esta negação, e auxiliar a lidar com a dor, por isto, tentamos criar um clima facilitador e seguro, através de uma escuta ativa e empática, que permitisse ao casal a verbalização dos seus sentimentos, nomeadamente agressividade e sentimento de culpa, preocupações, pensamentos, significações,

expectativas, crenças e necessidades pessoais. É importante salientar que a nossa ação não se circunscreveu à mulher, efetivamente para além de se mostrar um excelente recurso para as nossas intervenções pelo seu papel relevante enquanto suporte, o pai foi também cliente e alvo das nossas atividades, por estar ele também em luto. A inabilidade de “dizer o mais correto e reconfortante” foi uma realidade, no entanto, a presença e a disponibilidade por nós demonstradas mostraram-se frequentemente atividades eficazes para o casal se sentir mais suportado (Van, 2012).

Ao longo da nossa experiência, contactamos com perdas gestacionais até às 19 semanas no entanto, percebemos que a intensidade das emoções era díspar entre as mulheres, sendo que em regra, com maior idade gestacional apresentavam maiores níveis de tristeza e labilidade emocional. Os estudos indicam que mulheres com perda fetal no primeiro trimestre, apresentam níveis de depressão, ansiedade e de stress pós-traumático, significativamente menores que as restantes gestantes cuja a perda se dá numa fase posterior, sendo que este facto pode estar associado com a intensidade da relação mãe-filho (Hui et al., 2012; Kersting et al., 2009). Canavarro (2006) refere que numa fase mais precoce da gravidez, a ligação mãe-pai/filho encontra-se em início de construção, pelo que facilita o processo do luto, no entanto, este desenvolve-se ao nível *do imaginário*, pelo fato de não haver *prova física* da existência do feto, os pais experienciam o processo como a não-satisfação de um desejo, é a perda de uma parte de si, já que ainda não era perceptível a individualidade do feto, o que se torna um fator inibidor. Devido à particularidade desta perda, as mulheres tendem a auto culpabilizar-se, assumindo que, a mesma se deveu às suas ações (Hui et al., 2012).

Relativamente à demonstração de emoções, percebemos que a mãe e o pai apresentavam diferentes modos de os demonstrarem, onde usualmente, os pais mostravam-se mais contidos. Efetivamente, os estudos (Desrochers, 2011; Hui et al., 2012) indicam que, usualmente, a mãe tem tendência a mostrar-se mais emotiva, a viver um período de luto agudo mais intenso e com maior número de manifestações. Esta tende a apresentar sentimento de culpa em relação à perda, sentindo-se por vezes responsável por este desfecho, tendo efeitos na sua auto-estima (Hui et al., 2012). Já o pai apresenta tendencialmente uma resposta de luto mais controlada e com menos exteriorização dos sinais, sendo comum optar a esconder, reprimir ou internalizar seus sentimentos em relação à perda de modo a dar suporte à companheira (Desrochers, 2011; Nazaré 2012).

Estivemos, assim, perante a realização de um estágio em que a mulher se encontrava não só na presença de uma classificação de gravidez de risco, como também a mesma se encontra perante não apenas um evento transitório, mas também perante um padrão de transição múltiplo, que pode ser considerada como uma transição saúde/doença, com todas as necessidades de reestruturação associadas. Por este motivo, a nossa intervenção neste contexto constituiu uma preocupação constante em ajudar a mulher, de modo a que o processo de transição fosse o mais facilitador possível da tranquilidade e do bem-estar da mulher / casal.

### 3. PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO

A investigação tem vindo a demonstrar que as experiências relativas ao parto são de extrema importância, interferindo de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães/pais e no estabelecimento de uma relação adequada com o RN. Tendo em conta esta vivência no funcionamento das mães/pais e RN. Alguns autores debruçaram-se sobre os fatores suscetíveis de influenciá-la, evidenciando a importância particular das seguintes circunstâncias: presença de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional, tipo de parto, dor sentida durante o parto e possibilidade de contacto imediato com o RN (Bélanger-Lévesque, Pasquier, Roy-Matton, Blouin S & Pasquier, 2014; Cardoso, 2011; Young, 2013). A experiência do parto mostra-se como um dos fatores primários condicionantes do processo de transição tanto da mulher (mãe) como do homem (pai).

Acresce, ainda, que a Ordem Dos Enfermeiros (2011) preconiza que o EESMO cuide da mulher inserida na família e na comunidade durante o TP, num ambiente seguro em todo e qualquer momento, e que otimize, em simultâneo, a saúde e que seja garante de cuidados de qualidade, minimizando os riscos à parturiente e ao RN na sua adaptação à vida extrauterina (Gráfico 3).

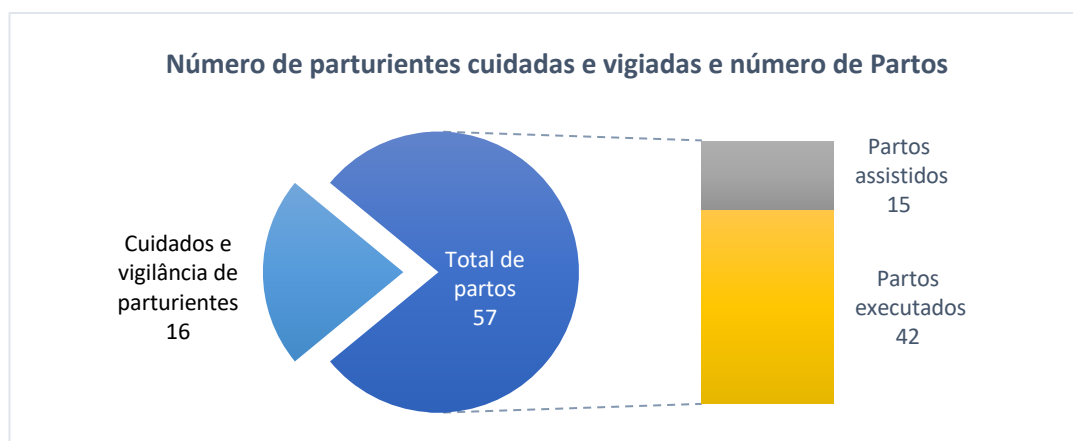


Gráfico 3 - Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto: número de parturientes cuidadas e vigiadas e número de partos efetuados

Foi nesta linha de pensamento, que durante o estágio prosseguimos rumo ao desenvolvimento e à aquisição de competências específicas do EESMO, através de uma multiplicidade de experiências vivenciadas e partilhadas na prestação de cuidados

especializados e culturalmente congruentes à mulher durante o processo de TP e parto, fosse ele eutócico ou distócico, ao RN normal ou de risco, e aos seus conviventes significativos.

Nos cuidados às parturientes, durante o trabalho de parto e parto, o nosso principal objetivo foi desenvolver ações e intervenções no sentido de proporcionar à mulher e sua família uma experiência positiva, assegurando a sua saúde física e emocional, e em simultâneo evitar complicações e responder prontamente a possíveis emergências.

No sentido de assegurar um acompanhamento mais efetivo e personalizado, as parturientes foram seguidas, sempre que possível, desde a admissão, passando pela sala de observações e/ou sala de partos até à transferência para o serviço de puerpério. A continuidade dos nossos cuidados permitiu estabelecer e fortalecer a relação terapêutica, providenciar um suporte mais efetivo e, por conseguinte, uma experiência de parto mais gratificante e satisfatória. Efetivamente, a evidência demonstra que um suporte profissional durante o trabalho de parto está associado a melhores resultados durante o mesmo, o que se traduz numa experiência mais positiva (Hodnett, Gate, Hofmeyr & Sakala, 2013). O medo do trabalho de parto está associado às crescentes intervenções obstétricas, e a sentimentos de suporte emocional e psicológico baixos. O *empowerment* – empoderamento, ou seja, “dar poder”, visa desenvolver o sentimento de auto-eficácia e controlo da mulher durante o TP e parto e, por conseguinte, diminuir o medo perante o mesmo, traduzindo-se numa experiência mais positiva.

A participação na tomada de decisões, as explicações informadas e atendimento às expectativas pessoais da parturiente foram algumas das intervenções que nos permitiram “empoderar” a parturiente ao longo de todo o processo de trabalho de parto e parto (Nilsson et al., 2013; Toohill et al., 2014). A confiança, a comunicação eficaz e um relacionamento entre os profissionais de saúde e as grávidas é igualmente importante para o desenvolvimento de uma experiência de parto positiva. Uma revisão sistemática desenvolvida por Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari e Sarafraz (2018) sobre que fatores influenciadores da avaliação materna sobre a sua experiência durante o trabalho de parto, identificou: as expectativas pessoais, a quantidade de suporte fornecida pelos cuidadores, a qualidade da relação paciente-cuidador e o envolvimento na tomada de decisão e a minimização dos cuidados por parte dos prestadores. Os autores concluíram que a influência da dor e seu alívio e, as intervenções intraparto, capacidade de resposta às complicações eram importantes para a satisfação materna. Todavia, não tão cruciais como

a influência das atitudes e comportamentos dos prestadores de cuidados. Nesta linha de pensamento, cuidado à mulher e sua família foi flexível, de modo a adaptar-se às suas necessidades individuais. As opiniões, as crenças e valores da grávida, do companheiro e sua família em relação ao trabalho de parto e parto foram sempre respeitadas e tidas em conta ao longo do nosso processo de cuidados. Por outro lado, o cuidado individualizado foi suportado através da informação baseada em evidência, com consentimento informado ativo, antes de todos os procedimentos nomeadamente monitorização fetal por CTG e o exame físico, entre outros (Michels, Kruske & Thompson, 2013).

A evidência demonstra que o sentimento das mulheres de serem “empoderadas” apresenta-se correlacionada à presença de uma relação de confiança com os profissionais e os parceiros. Percebemos que quando as mulheres se sentiam “empoderadas”, houve um aumento da capacidade de sentir o controlo, a satisfação e confiança em si mesma, e como resultado desta, uma melhor capacidade de controlar a dor (Nilsson, Thorsell, Wahn & Ekström, 2013; Toohill et al., 2014). Segundo a NICE (2017) durante o trabalho de parto, a mulher precisa de suporte em quatro dimensões: emocional, suporte informativo, suporte físico e encorajador.

Enquanto promovidos, o parceiro, ou o acompanhante significativo apresentaram-se como os principais fornecedores de suporte físico e emocional, pelo que a sua presença era incentivada ao longo de todo o trabalho de parto e parto. Hodnet et al. (2013) na sua revisão sistemática para a *Cochrane*<sup>®</sup> sobre o suporte contínuo da mulher durante o trabalho de parto refere que a evidência demonstra que mulheres com suporte eficaz apresentam significativamente menos probabilidade de cesariana, partos instrumentados, ficam mais satisfeitas e terão uma experiência de parto positiva (Hodnet et al., 2013).

Também a participação do homem no trabalho de parto é reconhecida como fonte de apoio à parturiente, propiciando também, benefícios a nível de *outcomes* perinatais. Curiosamente, ainda que não o tivéssemos realizado, um estudo de Huang, Chen, & Zhang (2019) , procurou detetar as vantagens do contacto pele-a-pele do RN com o pai em partos por cesariana e concluíram que as crianças do grupo com contacto pele a pele tiveram valores de frequência cardíaca e temperatura mais estáveis, menos tempo de choro e começaram a alimentar-se mais cedo, sendo que a duração da amamentação após o contacto foi maior neste grupo que no grupo de controlo (sendo este último uma diferença com valor estatístico), os autores concluíram ainda que os pais podem facilitar o desenvolvimento do comportamento alimentar dos RN.

É, ainda, demonstrado pela evidência que, para as mulheres a participação do pai do filho durante o trabalho de parto significa fonte de apoio importante, sendo que as mesmas a avaliam de forma positiva, referindo que oferece a sensação de segurança e conforto (Hodnett et al. 2013). Por tudo isto, o envolvimento emocional do acompanhante, especialmente do companheiro da parturiente, constituiu um fator que mereceu da nossa parte muita atenção, no sentido de perceber o tipo de apoio que a parturiente estaria a receber por parte deste, orientando-o e incentivando-o à sua maior participação, respeitando sempre os seus limites. Consideramos que, tal como a gestante, o futuro pai passa por um processo de adaptação e reajuste emocional para vivenciar a paternidade, pelo que estas estratégias em simultâneo visavam promover a ligação pai-filho. Nesse contexto, assumimos que a nossa orientação, bem como da equipa, durante o TP revelou-se como importante fonte de apoio ao acompanhante/ou companheiro, para que ele amplie e desenvolva possibilidades de atuação junto à parturiente (Coutinho et al., 2016)

A investigação reconhece que quanto mais integrado for o trabalho entre o acompanhante e equipa, maior será a possibilidade de participação do primeiro. Dessa forma, ao prestarmos atenção ao modo como o acompanhante desenvolvia os cuidados com a parturiente e ao oferecermos orientações, promovemos um apoio emocional mais efetivo, já que oferecemos a possibilidade de envolver-se mais com o trabalho de parto participando ativamente desse momento e contribuir em simultâneo para uma maior gratificação com a experiência paternal no TP (Coutinho et al., 2016; Redshaw & Henderson, 2013).

Após esta breve resenha sobre os aspetos em abordagem, ao longo deste capítulo, passamos a descrever o percurso e a forma como o mesmo se desenvolveu, sobre os conhecimentos mobilizados, as intervenções delineadas, bem como a tomada de decisão na prática face à situação da mulher como parturiente e ao casal

A proveniência das parturientes admitidas era feita pela admissão para a sala de observações ou sala de partos, fez-se pela admissão direta através do serviço de urgência de obstetria ou através do serviço materno-fetal, esta podia apresentar-se em trabalho de parto efetivo ou em indução de trabalho de parto. Por vezes, a mulher em casos de gravidezes de risco internadas no serviço materno-fetal, com o risco de cesariana emergente ou de parto eminente, era admitida para uma vigilância mais rigorosa e para uma resposta mais rápida. No entanto, na maioria dos casos as mulheres eram provenientes da urgência obstétrica. Aí de acordo com a sua situação os clínicos decidiam

se iria iniciar indução do trabalho de parto, e se sim, era transferida para o serviço materno-fetal, dependendo tipo de indução adotada, ou então, admitida diretamente para a sala de observações ou quarto de parto, caso se encontrasse em trabalho de parto e conforme da fase do mesmo em que se encontrasse.

No acolhimento da parturiente e acompanhante significativo (à escolha da mulher, podendo ser ou não o pai do RN ou marido) foi questionado o nome pela qual pretendiam ser chamados, apresentávamos o local onde iriam ficar, referíamos algumas normas do serviço como visitas, e os recursos de que poderiam usufruir. Apesar de já colhida informação na urgência, eram ainda obtidos ou confirmados dados relevantes, através da parturiente, do processo clínico da mesma e boletim da grávida, referentes a: antecedentes pessoais, clínicos e cirúrgicos, hábitos de eliminação, de sono e repouso, hábitos e preferências alimentares, hábitos tabagísticos e alcoólicos, era também confirmado o grupo sanguíneo e os dados referentes ao perfil obstétrico, idade gestacional, gestações e paridade, data do último parto, número de consultas de vigilância e exames pré-natais. Para além destes, foi sempre obtida informação sobre a frequência de aulas de preparação para o parto e a existência de um plano para o mesmo, caso não existisse formalmente apresentado, era questionado à mulher e/ou casal se apresentavam algumas preferências ou expectativas, de modo a que ao longo de todo o processo de cuidados pudéssemos ir ao encontro das suas expectativas esperadas. Também foram recolhidos dados relativos ao planeamento da gravidez (se planeada e/ou desejada), e relativos à decisão de amamentar. Em todo o processo, a parturiente e acompanhante, foram incentivados a expôr os seus sentimentos e dúvidas, salientando a disponibilidade e a abertura para uma relação de confiança com toda a equipa.

### **3.1. Indução do trabalho de parto**

A maturação cervical e indução de trabalho de parto (ITP) são intervenções obstétricas que têm por objetivo de alcançar parto por via vaginal, através da preparação do colo uterino e estimulando as contrações uterinas para dar início do trabalho de parto espontâneo (OMS, 2018a). Encontram-se indicadas quando existe consenso de que mãe e o feto irão beneficiar de uma maior probabilidade de um desfecho saudável após um parto induzido do que após um parto diferido. Incluem-se para esta intervenção as grávidas com membranas íntegras, sem cesariana anterior e indicação médica ou obstétrica para termino

da gravidez: a gravidez pós-termo, pré-eclâmpsia e outros distúrbios hipertensivos, rotura prematura de membranas e diabetes materna (ACOG, 2019; Direção Geral de Saúde, 2015).

A tomada de decisão relativa ao método utilizado para a maturação cervical/indução de trabalho de parto, de competência médica, apresentou como princípio geral o valor do índice de Bishop. Este índice consiste na avaliação do estado do colo uterino através de exame vaginal, com avaliação de cinco itens: dilatação, extinção, descida, posição e consistência uterina (ACOG, 2019; Montenegro et al., 2014; NICE, 2018;). Deste modo, a maturação era feita com recurso ao misoprostol, prostaglandinas E<sub>2</sub>, ou ocitocina conforme protocolo instituído e/ou prescrição médica. Pelo que quando a grávida de gestação de termo apresentava membranas íntegras e um índice de Bishop inferior a 7, era comumente prescrito e administrado por via vaginal 25 µgr de misoprostol, onde repetíamos a sua administração de 4/4 horas até um máximo de 6 administrações. Se existisse rutura prematura de membranas, índice de Bishop inferior a 7, ou indução do trabalho de parto pré-termo e índice de Bishop inferior a 7, era nos indicada a administração de 10 mg de dinoprostona (Propess®) via vaginal. Após 4h da administração de misoprostol, e a partir do segundo dia de dinoprostona, ou mesmo se Bishop superior a 7, iniciava-se a indução com ocitocina: 10 UI em 1000ml de soro glicosado 5% a 15ml/h por via endovenosa, decorridos 40 minutos aumentávamos o ritmo a cada 20 minutos de 15ml/h (perfusão máxima de 1l durante 4 a 6 horas) (Montenegro et al., 2014).

Sabemos que a atividade uterina causa interrupção intermitente do fluxo sanguíneo placentário-fetal, e que quando atividade excessiva do útero, nomeadamente taquissístolia, que ultrapasse o suportado por cada feto, dá-se hipoxemia fetal, que se reflete a nível cardiotográfico pela diminuição da frequência cardíaca fetal (FCF) traduziu-se em desacelerações. Por outro lado, mais raramente, a taquissístolia pode causar rutura uterina, sendo mais comum em múltíparas que em primigestas (ACOG, 2019). Por conseguinte as nossas intervenções de enfermagem tiveram como o objetivo de antecipar e atuar prontamente em caso de complicações: Vigiar de bem-estar fetal e Monitorizar contrações uterinas através de CTG. De modo geral, a monitorização cardiotográfica contínua realizava-se antes da administração da terapêutica, e após durante duas horas, ou enquanto a existência de dinâmica uterina (ACOG, 2019; Montenegro et al., 2014).

Ao longo do ensino clínico, deparámo-nos com dois casos de hiperstimulação uterina/taquissístolia durante a indução com ocitocina. Através da definição dada por ACOG (2019) e Montenegro et al. (2014) de Taquissístolia, tomámos como critérios para

hiperestimulação uterina a presença de cinco ou mais contrações uterinas em 10 minutos num espaço de 20 minutos. O modo de atuação, nestes casos foi imediata, a interiorização de protocolo de atuação permitiu uma resposta pronta e eficaz da equipa de enfermagem. Procedemos, assim, à remoção imediata do estímulo medicamentoso, no caso perfusão de ocitocina (se misoprostol ou prostaglandina dever-se-ia proceder à lavagem da cavidade vaginal), e iniciou-se o protocolo pré-existente de tocólise aguda com recurso à administração de salbutamol em perfusão endovenosa (1ml salbutamol em 100ml de soro fisiológico a 300ml/h durante cinco minutos) em simultâneo com a monitorização contínua da frequência cardíaca materna (pelo risco de taquicardia materna, se FC superior a 120 bpm deveria ser suspensa a perfusão).

Ainda relacionados com a indução, encontraram-se os focos: a Consciencialização, o Conhecimento sobre maturação/ITP e potencial para processo de TP (ICNP, 2011). Fomos constatando que ao longo do estágio que os casais internados para ITP já possuíam informação sobre as razões e processo de maturação/ITP, contendo assim algum conhecimento que lhes permitia uma consciencialização facilitadora no momento da implementação dos cuidados. No entanto sempre que perante défice de conhecimento e, no sentido de facilitar a consciencialização, e diminuir o risco de ansiedade e de stress, eram implementadas intervenções com o objetivo de desenvolver o conhecimento do casal sobre maturação cervical/ITP. Assim o casal era informado sobre os critérios para a sua realização, no que consistia o plano terapêutico (Indução de TP) a sua relevância e objetivo, assim como riscos e a explicação da importância da monitorização cardiográfica contínua associada ao repouso no leito, a evolução tocológica esperada.

Ao longo do estágio conseguimos perceber que associado a este procedimento os casais se mostravam apreensivos e ansiosos, muito relacionado ao intervencionismo com exames vaginais sucessivos, com contrações uterinas dolorosas e ao facto de se sentirem espectadores do procedimento e não intervenientes ativos do mesmo, percebemos ainda que muitas das grávidas que eram submetidas a este procedimento eram de pós-termo (mais de 41 semanas), não havendo nenhuma complicação obstétrica aparente que justificasse o termo imediato da gravidez e, que grande parte das induções culminavam em partos distócicos e a experiências de parto menos positivas. Neste sentido, refletimos sobre este procedimento, sobre as nossas atividades, e propusemo-nos a estudar alternativas naturais e não farmacológicas existentes, no sentido de tornar a indução um processo menos interventivo, mais natural e onde a mulher/casal pudessem ter uma ação mais ativa e se sentissem integrante de todo o procedimento, fazendo com que o processo

contribuísse para experiências mais positivas. Emergiu, assim, este o âmbito para a revisão integrativa da literatura (RIL) que se segue.

### **3.2. A estimulação mamária como um método natural de indução do trabalho de parto: Um dos caminhos para o parto normal**

#### **3.2.1. Introdução á temática**

O desenvolvimento da sociedade e do que se considera ser civilizado tornou-nos cada vez mais distantes da nossa condição natural de viver. Na saúde o desenvolvimento do conhecimento científico e da tecnologia, permitiu desenvolver a medicina e aumentar a esperança média de vida, assim como, a sua qualidade na população. Transversalmente, na área obstétrica nos últimos 20 anos, deparámo-nos com o encarar do parto como um evento biomédico onde com o crescente conhecimento sobre como iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do trabalho de parto e nascimento levou ao aumento substancial do intervencionismo e à medicalização do TP.

Segundo a OMS (2018), a maioria dos 140 milhões de nascimentos, cerca de 85 a 90%, que ocorrem globalmente dá-se sem fatores de risco ou complicações, sem necessidade de intervenção médica ou cirúrgica. Sabendo que esta abordagem biomédica intervencionista pode pôr em causa a capacidade de uma mulher dar à luz e afetar negativamente o que deveria ser uma experiência normal, positiva e significativa para a vida. A mesma organização (OMS, 2018b) desenvolveu recomendações que abrangem não apenas os requisitos clínicos para um parto seguro e de qualidade, mas também que atendem às necessidades psicológicas e emocionais das mulheres, procurando garantir que exista um ambiente clinicamente seguro, em simultâneo com a sustentação da sensação de controlo através do envolvimento na tomada de decisão da mulher, promovendo o sentimento de realização pessoal, salientando para isso a urgência em encarar o parto como um evento fisiológico natural, e não como um acontecimento patológico com necessidade de intervenção clínica emergente.

A OMS (2018) define como Parto Normal aquele que apresenta início espontâneo, de baixo risco no princípio até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez, posteriormente ao

parto a mãe e o RN apresentam-se em boa condição. Delimitando critérios de inclusão e exclusão, sendo que fora desta definição de parto encontram-se as mulheres submetidas a indução de trabalho de parto com prostaglandinas, ocitócicos ou rotura artificial de membranas (OMS, 2018a).

Atualmente cerca de 25% das mulheres em países desenvolvidos são submetidas a indução de trabalho de parto (OMS, 2018a).

Os protocolos vigentes, deliberados pela decisão médica, assentam numa abordagem ativa e interventiva, com o recurso a medidas farmacológicas, como o uso de prostaglandinas e ocitocina sintética e onde a mulher apresenta um papel passivo. A indução de trabalho de parto, assim como a maturação cervical, encontram-se relacionadas a maior risco de complicações, como hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina, deparam-se ainda associadas a maior níveis de desconforto que no trabalho de parto com início espontâneo e limitam a mobilidade da parturiente, pela necessidade de monitorização fetal prolongada, está ainda associada ao aumento do recurso a analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015; NICE, 2018a; OMS, 2018b). Como critério para o recurso de indução de trabalho de parto constituem as situações de complicações materno-fetais que impliquem o termino da gravidez (que não seja em poucas horas) como oligoâmnios, e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas, relativamente este último critério a OMS (2018a) aponta como sendo uma recomendação de nível fraco associado a um baixo nível de evidência científica.

Presentemente, o paradigma da abordagem no trabalho de parto mudou, e se assistimos à indicação das autoridades internacionais pela preferência de uma prática menos invasiva e mais natural, e sendo que a OMS (2018b) considera parto normal aquele que ocorra em mulheres sem gravidez de risco com gravidez de termo (37 a 42 semanas), não existirá uma forma de incitar o início do trabalho de parto de forma natural, espontânea e que vá de encontro aos requisitos para o parto normal?

O recurso a métodos não farmacológicos e naturais para a indução não é uma prática desconhecida, muitos métodos têm sido utilizados desde há muitos anos e em diferentes culturas. Saliente-se um *survey* realizado por Kozhimanil e colaboradores (Kozhimannil, Johnson, Attanasio, Gjerdingen & McGovern, 2013) nos EUA onde foi demonstrado que 30% das mulheres deste país recorrem a meios não farmacológicos para induzir o parto, nomeadamente a estimulação da mama, relação sexual, chá de ervas, exercício ou outros

métodos, sendo que 12% recorreu à estimulação mamilar. A estimulação mamária (EM) tem sido historicamente utilizada para induzir e acelerar o TP em muitas culturas, efetivamente, textos médicos europeus oriundos do séc. XVIII reportam o recurso à estimulação mamária na gestão do parto pós-datado, e atualmente nomeadamente na Índia e na cultura japonesa onde 50% das mulheres recorre a este método e ao exercício físico para ajudar a induzir o trabalho de parto (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas 2005; Takahata et.al, 2018). Corroborando este facto, atualmente a ACOG (2019) e a NICE (2018) reconhecem o recurso à estimulação mamária como método não farmacológico de ITP.

Diversos mecanismos encontram-se na base do começo do TP, associados por sua vez a múltiplos fatores, o nível de ocitocina é um deles. Libertada pela glândula pituitária, esta hormona tem um papel preponderante enquanto estimuladora da contratilidade do útero. A base para o mecanismo por detrás da EM baseia-se na produção de ocitocina endógena através da estimulação da mama, semelhante ao mecanismo existente na amamentação. Durante a gravidez e antes do início do trabalho de parto, os níveis de oxitocina mantêm-se estáveis, no entanto, com estimulação da produção e aumento da sua concentração, a parede uterina torna-se mais sensível à sua ação, dando-se início ao TP. Sabe-se que a libertação de ocitocina endógena leva à maturação uterina (melhora, portanto, o índice de Bishop), a contrações uterinas, que por sua vez, levam ao início de trabalho de partos espontâneos e naturais.

A definição de estimulação mamária não é clara. Deste modo, o *timing* e a técnica varia de estudo para estudo. No entanto, esta pode ser definida como a autoestimulação através massagem manual da mama ou através da sucção mecânica por bombas de extração de leite (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas 2005; Takahata et.al, 2018). Existem ainda dúvidas sobre a eficácia da técnica na produção ocitocina suficiente para desencadear o trabalho de parto e se a mesma é segura pelo facto de não se controlar a quantidade de ocitocina que é produzida com a estimulação.

Segundo o regulamento das competências do EESMO publicado em DR (regulamento 391/2019 DR) o EESMO *assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher* (OE, 2010). Por outro lado, enquanto agentes cujos cuidados se centram na mulher e fomentadores de práticas que sustentem o parto normal, com menor intervenção

obstétrica possível, é essencial a procura e o desenvolvimento de conhecimentos de métodos naturais e fisiológicos que otimizem o trabalho de parto e a capacitação da mulher ao longo do processo, somamos ainda o desafio constante pela busca do conhecimento no sentido de promover a melhoria da prestação de cuidados associada a uma diminuição dos custos.

A EM, como meio de indução do trabalho de parto, pode oferecer à mulher maior controlo sobre o processo de trabalho de parto e, ainda apresentar a vantagem de ser natural, fisiológico, um método não dispendioso, não doloroso e promotor do parto normal (Demirel e Guler, 2015; Kavanagh, Kelly e Thomas 2005; Takahata et.al, 2018). Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo compreender a eficácia e a segurança da estimulação mamária enquanto método de indução natural do trabalho de parto normal.

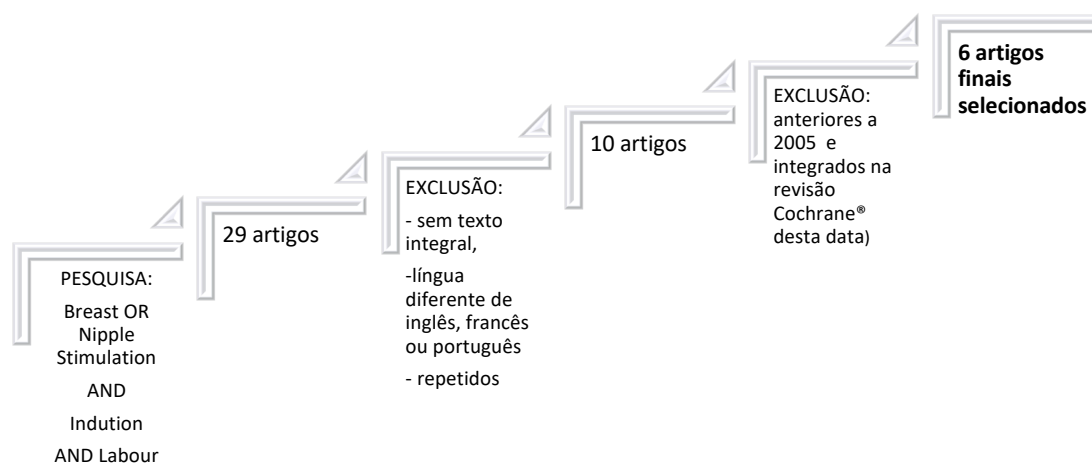
### **3.2.2. Metodologia**

Pela sua pertinência e características, a metodologia adotada foi a revisão integrativa da literatura (RIL), por se mostrar relevante e direcionada aos objetivos delineados. Este método sintetiza múltiplos estudos publicados possibilitando desenvolver conclusões gerais a respeito de uma determinada área de estudo (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). *A variedade na composição da amostra na revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades deste método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos, teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem* (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p. 780). A RIL é, assim, um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e síntese de evidências existentes sobre um determinado tema, onde o *produto final é o estado de conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução dos custos*, por outro lado, ainda é capaz de detetar fragilidades, conduzindo ao desenvolvimento de novas investigações (Sousa et al., 2017, p. 20).

A RIL apresenta 6 fases distintas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; (2) determinação de critérios de inclusão e exclusão de estudos selecionados ou pesquisa da literatura (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados e, (6) Apresentação da revisão/síntese de conhecimentos (Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Sousa et al., 2017; Souza, Silva & Carvalho, 2010;).

A primeira etapa da RIL, reflete-se como norteadora na condução da investigação, mostrando-se um processo que requer tempo, esforço e rigor (Sousa et. al, 2017). A questão deverá ser bem delimitada para facilitar a definição de descritores e a execução da procura de estudos. Para a formulação da questão de partida utilizamos a estratégia PICO (Pessoa/problema; Intervenção; Comparação/controlo; e *Outcomes*/resultados). Deste modo, a população a ser estudada foi grávidas de baixo risco e de termo. A intervenção foi a estimulação mamária em comparação com placebo (ou sem estimulação) ou outro método (ex indução sintética). Os resultados que pretendemos obter foram a eficácia e segurança para parturiente e feto enquanto método não- farmacológico de indução do TP. Neste sentido, tendo por base a PBE, e a importância de desenvolver práticas sustentadoras do parto normal pela EESMO, surgiu a questão de investigação: “Qual a eficácia e a segurança da estimulação mamária enquanto técnica não-farmacológica, natural, de indução do trabalho de parto em grávidas de baixo risco e de termo”.

Com o fim de responder à questão de partida, e dando início à segunda fase da RI, conduziu-se uma pesquisa nas bases de dados: *CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Clinicalkey* com os termos de MeSH e DeCS: “breast OR nipple Stimulation” “induction AND LABour”, como critérios de inclusão estabeleceu-se a presença de estudos na língua portuguesa, inglesa e francesa; estudos com texto completo. Após a omissão de artigos repetidos, optou-se também por excluir estudos datados até 2005, por existir um estudo revisão sistemática Cochrane® desta data, à exceção de um ensaio de 2003 que não foi incluído nesta revisão sistemática, evitando assim a repetição de informação, pelo que se obteve um total final de 6 artigos (Esquema 1). Salientamos a necessidade imposta pelo reduzido número de estudos em alargar o intervalo de tempo em anos na pesquisa.



Esquema 1 - Condução da pesquisa: seleção de artigos

### 3.2.3. Resultados

Após a identificação e seleção dos artigos (n= 6), procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos (3ª etapa da RI). Os ensaios foram, assim, analisados quanto ao nível de evidência, através da classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (Anexo I), e posteriormente foi documentada, sumariamente, a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia utilizada, resultados e as principais conclusões (4ª etapa) através de uma tabela (tabela 1).

<b>Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	Kavanagh J; Kelly AJ; Thomas J	<b>Ia</b>
<b>Publicação</b>	Cochrane Collaboration® 2005, Reino Unido (revisão 2010)	
<b>Objetivo</b>	Determinar a eficácia da estimulação mamária (EM) no terceiro trimestre no amadurecimento do colo do útero ou indução do parto em comparação com placebo/ nenhuma intervenção ou outros métodos de indução do trabalho de parto.	
<b>Metodologia\ Amostra</b>	<b>Revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados.</b> Revisão e Análise de RTC's até 2005 (com revisão em 2010) Inclusão de 6 estudos – total de 719 mulheres	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Apresenta ter menor número de mulheres com necessidade de cesariana em comparação a nenhuma intervenção ou uso de oxitocina, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa no último caso.	

<p>Menor rácio de mecónio à nascença em comparação a sem intervenção ou uso de oxitocina, mas não estatisticamente significativo.</p> <p>A diferença de mulheres sem início de trabalho de parto em 72h foi estatisticamente significativa (menor no grupo EM). Relativamente ao uso de oxitocina, esta diferença não se mostrou significativa (menor no grupo da oxitocina)</p> <p><b>A estimulação mamária parece ser benéfica relativamente à redução do número de mulheres em não trabalho de parto após 72 horas e reduz as taxas de hemorragia pós-parto.</b></p> <p><b>Existe pouca evidência relativamente à segurança desta técnica em grávidas de risco pelo que o seu recurso não é aconselhado pelos autores.</b></p>	
---	--

<b>Management of Protracted Active Labor with Nipple Stimulation: A Viable Tool for Midwives?</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	Ellen J. Razgaitis, Ashlee N. Lyvers	<b>IIIB</b>
<b>Publicação</b>	American College of Nurse Midwives- Journal Midwifery Womens Health 2010, EUA: New York City.	
<b>Objetivo</b>	Rever o conhecimento existente sobre a eficácia da estimulação mamilar como alternativa viável ou adjunta à ocitocina para o aceleração do trabalho de parto	
<b>Metodologia\ Amostra</b>	<b>Revisão da literatura</b> Abrangidos 5 estudos. Seleccionados 2 (N= 163 grávidas)	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Eficácia: Apesar dessa diferença de tempo, não houve diferença estatisticamente significativa relativamente à duração do primeiro estadi do trabalho de parto nos grupos de estimulação mamilar e ocitocina;</p> <p>Segurança: os estudos explorados um dos estudos relatou zero casos de hiperestimulação uterina entre as mulheres que usaram a EM/Ocitocina, no outro a hiperestimulação não foi relatada separadamente de outros eventos adversos, pelo que, a taxa de ocorrência nesse estudo é desconhecida.</p> <p><i>Outcomes</i> maternos e fetais: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em termos de taxa de parto cesariana e pH da artéria umbilical. Apesar de não ser estatisticamente significativo, as mulheres que usaram estimulação de mamilo e ocitocina tiveram maiores rácios de cesariana, seguindo-se do grupo de ocitocina e por fim no grupo de estimulação de mamilo com menor rácio. Nenhuma diferença significativa nos scores de Apgar em 1 e 5 minutos entre os métodos de estimulação do mamilo apenas e ocitocina apenas. Embora esses dados sejam limitados, eles sugerem que a estimulação do mamilo não coloca o feto em risco aumentado de desfechos adversos.</p> <p><b>Apesar da pesquisa limitada sobre a eficácia, a estimulação do mamilo parece ser segura, já que não houve eventos adversos nos estudos revistos. É razoável considerar a EM uma opção viável para a aceleração do trabalho de parto para mulheres primíparas e multíparas com gestações de baixo risco que se sentem confortáveis a usar este método. A estimulação deve ser unilateral, pode ser realizada com uma bomba</b></p>	

	<p>extratora ou com a mão, e pode ser implementada continuamente ou em intervalos de 10 minutos, com 5 minutos de descanso até 1 hora. O uso exclusivo depende do seu efeito sobre as contrações uterinas e a alteração cervical. Um período de 30 a 60 minutos foi estudado como um tempo razoável em que cerca de metade das mulheres responderá à estimulação do mamilo com contrações regulares. As parteiras devem permanecer com a mulher em trabalho de parto, usando a estimulação do mamilo para garantir a segurança.</p>	
--	---	--

<b>Breast Stimulation in Low-Risk Primigravidas at Term: Does It Aid in Spontaneous Onset of Labour and Vaginal Delivery? A Pilot Study</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	Singh N, Tripathi R, Mala YM & Yedla N	<b>Ib</b>
<b>Publicação</b>	Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International 2014, India: Vol.2014.	
<b>Objetivo</b>	Determinar a segurança e a eficácia da estimulação da mama como uma intervenção para prevenir o pós-datismo e como uma ajuda no início espontâneo do trabalho de parto	
<b>Metodologia\ Amostra</b>	<b>Ensaio Randomizado controlado.</b>  Foram incorporadas primigestas com feto em apresentação cefálica, sem qualquer fator de alto risco, entre 36 a 38 semanas de gestação.  200 pacientes foram recrutadas e randomizadas em dois grupos (n = 100). Sendo a estimulação mamária (EM) aconselhada a um grupo e a outro não.	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Após uma semana o score de Bishop mudou de 3,12 ( $\pm 1,01$ ) para 3,9 ( $\pm 1,08$ ) no grupo de controlo e de 3,02 ( $\pm 0,82$ ) para 6,08 ( $\pm 1,29$ ) no grupo de EM (P < 0,0001). O período de gestação no parto foi de 39,5 ( $\pm 2,3$ ) semanas no grupo de controlo e de 39, ( $\pm 2,8$ ) semanas no grupo de intervenção (P 0,044). Houve um aumento das hipóteses de parto vaginal no grupo de intervenção (P 0,046). Duração do TP, hiperestimulação, presença de mecónio, hemorragia pós-parto, e <i>outcomes</i> fetais foram semelhantes em ambos os grupos.  <b>A estimulação mamária em grávidas de baixo risco ajuda ao amadurecimento cervical e aumenta as hipóteses de partos vaginais</b>	

<b>The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and the Labor Process</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	Demirel G. ; Guler H.	<b>Ib</b>
<b>Publicação</b>	Worldviews on Evidence-Based Nursing; 12:5, 273–280. 2015, Turquia	
<b>Objetivo</b>	Determinar o efeito da estimulação uterina e mamar na indução com ocitocina e o processo de nascimento.	
<b>Metodologia\ Amostra</b>	<b>Ensaio Randomizado controlado.</b>  390 grávidas em trabalho de parto vaginal foram divididas aleatoriamente em três grupos (estimulação do mamilo, estimulação uterina, grupo	

	controlo). Após o nascimento, os grupos foram avaliados quanto à duração do nascimento e à indução sintética com oxitocina.	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Relativamente à estimulação mamilar:</p> <p>O estudo estabeleceu diferenças estatisticamente significativas (<math>p &lt; 0,05</math>) entre os grupos em termos de durações médias da primeira, segunda e terceira fases do TP, o rácio de cesariana e a necessidade da indução do parto com pitocina. As fases de trabalho de parto foram mais curtas para o grupo de estimulação do mamilo (primeira fase: 3,8 horas, segunda fase: 16 minutos, terceira fase: 5 minutos) quando comparado ao grupo controlo (primeira fase: 6,8 horas, segunda fase: 27 minutos, terceira fase: 6 minutos). No grupo controlo, 89,2% das parturientes foram submetidas à indução do parto e 8,5% a cesariana. Nenhuma mulher no grupo de estimulação do mamilo teve cesariana.</p> <p><b>A estimulação mamilar reduz a frequência da indução eletiva do trabalho de parto, a taxa de complicações relevantes e promove o parto vaginal normal. Portanto, deve ser considerada para mulheres grávidas em trabalho de parto.</b></p>	

<b><i>Study To Evaluate The Effectiveness of Nipple Stimulation For Progress of Labour During First Stage, Among Primigravida Mothers in Selected Hospital at Tirunelveli..</i></b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	Suja J..	<b>III</b>
<b>Publicação</b>	<b>Tese de mestrado Nehru Nursing College, 2015, Tirunelveli, Índia</b>	
<b>Objetivo</b>	Avaliar a eficácia da estimulação do mamilar no progresso da primeira fase do trabalho de parto	
<b>Metodologia\ Amostra</b>	<b>Ensaio Quasi-experimental.</b>  60 primigestas de termo, sem risco obstétrico, com início espontâneo do TP na primeira fase de TP, alocadas em 2 grupos: 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Ao aplicar a estimulação do mamilo, no grupo experimental a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi reduzida para 6-8 horas para 26 parturientes e de 10 para 4 mulheres. Para o grupo controle, a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi de 10 horas para 6 mães e as 24 restantes com duração de 10 a 14 horas.</p> <p>A intensidade da contração uterina entre o grupo experimental, durante o pré-teste, 8 mães não tiveram contrações uterinas e 21 mães tiveram contração uterina muito leve. No pós-teste, 22 mães tiveram contrações uterinas leves e 6 mães tiveram contrações uterinas moderadas baixas. <math>p &lt; 0,05</math>, por isso com diferença estatisticamente significativa.</p> <p>Nas parturientes do grupo experimental, todas as 30 desenvolveram 10 cm de dilatação cervical, em 10 horas após a intervenção. Onde 26 destas pariram ao fim de 8 horas após a intervenção. No grupo Controle, 18 desenvolveram dilatação cervical de 8cm, 6 desenvolveram 10 cm de dilatação cervical, em 10 horas.</p> <p><b>O estudo conclui que existe a EM é benéfica no desenvolvimento de contração uterinas e no aumento da dilatação cervical, tendo diminuído a</b></p>	

	<p>duração da primeira fase do trabalho de parto grupo experimental primigestas. Os achados do estudo concluíram que a da estimulação do mamilo foi eficaz no aumento das contrações uterinas em primigestas. A estimulação do mamilo é segura e eficaz, fácil de aplicar, não dolorosa e pode aumentar o conforto da mãe no período de trabalho.</p>	
<p><i>Effects of breast stimulation for spontaneous onset of labor on salivary oxytocin levels in low-risk pregnant women: A feasibility study.</i></p>		N.E.
<b>Autor</b>	Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Shuo T, Sawano E & Shinohara K.	III
<b>Publicação</b>	PLoS ONE 13(2):e0192757. 2018, Japão	
<b>Objetivo</b>	<p>Determinar mudanças no nível salivar de ocitocina (OT) durante a estimulação da mama para promover o início espontâneo do trabalho de parto em gestações de baixo risco.</p> <p>Esclarecer a viabilidade do protocolo de intervenção de estimulação da mama em termos de praticidade e aceitabilidade.</p>	
<b>Metodologia\ Amostra</b>	<p><b>Ensaio Quasi-experimental.</b></p> <p>Participaram 16 grávidas de baixo risco entre 38 e 40 semanas de gestação com o feto em apresentação cefálica. Estas realizaram a estimulação durante 3 dias com uma parteira numa única maternidade. Foram colhidas amostras de saliva após 10 minutos de intervenção, faseadas no tempo, um total de 18 amostras por mulher. No final aplicado um questionário e uma escala visual analógica (0-10) relativa ao cansaço e fadiga do procedimento.</p>	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>O nível mediano de oxitocina salivar (OT) foi maior no 3º dia, particularmente 30 minutos após a intervenção. Houve ligeiros aumentos no nível OT nos dias 1 e 2 sem diferença significativa. O score de Bishop não apresentou diferenças significativas.</p> <p>6 das 16 grávidas apresentaram início de trabalho de parto nas 72h após a intervenção (37,5%). Contrações uterina adequadas em 8 das 16 grávidas (50%) no primeiro dia, 6 em 16 no segundo dia (37,5%) e 5 em 15 no terceiro dia (33.3%). Não se encontrou nenhum caso de hiperestimulação uterina.</p> <p>75% das mulheres apresentaram-se confortáveis com o procedimento de estimulação. Sendo que o nível de cansaço e desconforto durante a estimulação diminuiu diariamente.</p> <p><b>Após um protocolo de estimulação da mama de 3 dias para início espontâneo do trabalho de parto, o nível médio de OT apresentou os maiores valores no 3º dia. O protocolo de intervenção de estimulação da mama mostrou boa viabilidade em termos de praticabilidade e aceitabilidade entre as mulheres grávidas. Estudos adicionais de larga escala são necessários para confirmar a eficácia do protocolo.</b></p>	

Tabela 1 - Categorização e informações dos estudos seleccionados

### 3.2.4. Discussão dos resultados

Após categorizar e sumariamente documentar as informações oriundas dos estudos, a próxima etapa (5ª) baseia-se na análise e interpretação dos resultados, procedendo-se à discussão sobre os textos analisados e identificar lacunas de conhecimento existentes.

O estudo de Kavanagh, Kelly e Thomas (2005) para a Cochrane®, uma revisão sistemática de estudos RTC com meta-análise, incluiu 6 estudos, envolvendo um total de 719 mulheres orientadas para indução do parto. Nestes as mulheres realizavam auto-estimulação mamária e mamilar, estimulando uma mama de cada vez, o tempo gasto na estimulação variou entre os estudos, sendo que num dos ensaios a estimulação foi realizada por meio de uma bomba. Em 72 horas após EM, um maior número de mulheres presente no grupo de estimulação mamária (GEM) entrou em trabalho de parto comparando com o grupo sem intervenção: cerca de 37% das grávidas do GEM em comparação com apenas 6% do grupo sem intervenção. No entanto, este resultado não se mostrou significativo se as mulheres não apresentassem condições do colo uterino favoráveis, por outras palavras, a intervenção refletiu-se aparentemente eficaz se apresentassem previamente um amadurecimento do colo uterino. Os autores também acharam uma diminuição acentuada no rácio de hemorragia pós-parto, apenas 0,7% do GEM apresentaram hemorragia pós-parto em comparação com 6% do grupo sem intervenção. Relativamente ao rácio de mecónio, cesariana e hiperestimulação uterina, e índice de Apgar inferior a 7 aos 5 minutos não existiu diferenças estatisticamente significativas. Quando comparado com o grupo induzido com oxitocina, o rácio de cesarianas, mecónio e hiperestimulação uterina, apresentou valores menores, no entanto esta diferença não se apresentou com significado estatístico. No que toca ao início do trabalho de parto nas 72h, a diferença entre estes dois grupos também não foi estatisticamente representativa. Estes investigadores chegaram assim à conclusão que a EM mostra-se benéfica para induzir o TP em grávidas de termo que apresentem condições do colo uterino favoráveis (ou colo uterino amadurecido), assim como benéfico na redução do risco hemorragia pós-parto. Porém, estes recomendam que não deve ser usado em grávidas de risco, até que hajam estudos que comprovem a segurança do uso do método nesta população. A satisfação das mulheres não foi avaliada nos estudos desta revisão.

Também Razgaitis e Lyvers (2010) desenvolveram uma revisão da literatura no sentido de reverem o conhecimento existente sobre a eficácia da estimulação mamilar como alternativa viável ou adjunta à ocitocina para o acelerar o trabalho de parto. Na sua revisão incluíram 5 estudos, onde apenas dois se centraram na aceleração do TP, sendo esta uma das carências

deste estudo. Neste sentido, as autoras dividiram os resultados em três áreas, eficácia da estimulação mamária versus ocitocina segurança e *outcomes* maternos e fetais.

No que toca à eficácia, os estudos selecionados abordaram o tempo total de trabalho de parto das participantes. Um destes não detetou diferenças estatisticamente significativas no que toca à duração do trabalho de parto no primeiro ou segundo de TP estágio entre os dois grupos. Relativamente à duração do TP em relação à paridade: o intervalo de tempo entre o início do aumento e o nascimento foi significativamente menor para as mulheres nulíparas e múltíparas que receberam ocitocina versus estimulação mamilar: As nulíparas necessitaram de aumento por uma média de 6,6 horas no grupo da ocitocina e 10,5 horas no grupo de estimulação da mama ( $P = 0,002$ ), enquanto mulheres múltíparas precisaram de 5 horas no grupo da ocitocina e 7,6 horas no grupo de estimulação da mama ( $P = 0.03$ ). Curiosamente, apesar desta diferença de tempo, o mesmo não ocorreu em relação à duração total do primeiro estágio do trabalho de parto nos grupos de estimulação mamilar e ocitocina.

Centrando-nos na segurança, os autores referem que os estudos a ideia de que a EM poderá produzir uma dose incontrolável de ocitocina com consequências potencialmente adversas, nomeadamente taquissistolia uterina. Segundo as autoras, nos estudos explorados, um relatou zero casos de hiperestimulação uterina entre as mulheres que usaram a EM/Ocitocina, no outro a hiperestimulação não foi abordada separadamente de outros eventos adversos. De notar que os autores referem diferenças estatisticamente significativas na intensidade contrátil entre a EM e a administração de ocitocina ( $p = 0,002$ ); e que ambos os grupos atingiram taxas similares de dilatação cervical. Nesta revisão, estes dados poderão sugerir que menos atividade uterina pode levar a um progresso semelhante no trabalho de parto. Podendo-se postular que menos atividade uterina também pode levar a um menor risco de hiperestimulação, os autores alertam, ainda, que mais estudos são necessários para entender os aspetos fisiológicos precisos desse fenómeno e que conclusões relacionadas à segurança da estimulação do mamilo e sua associação com a taquissistolia uterina não podem ser feitas com base nesses dados limitados que encontraram.

Sobre os *Outcomes* maternos e fetais, nos estudos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em termos de taxa de parto cesariana e pH da artéria umbilical. Apesar de não ter significativo estatístico, as mulheres que usaram estimulação de mamilo e ocitocina tiveram maiores rácios de cesariana, seguindo-se do grupo de ocitocina e por fim no grupo de estimulação de mamilo com menor rácio. Nenhuma diferença significativa nos scores de Apgar em 1 e 5 minutos entre os métodos de

estimulação do mamilo apenas e ocitocina apenas. Embora esses dados sejam limitados, os autores sugerem que a estimulação do mamilo não coloca o feto em risco aumentado de desfechos adversos.

Singh, Tripathi, Mala e Yedla, em 2014, publicaram um ensaio clínico controlado e randomizado, onde se propuseram a averiguar se a EM poderia ajudar as primíparas com gravidez de baixo risco a alcançarem o parto vaginal espontâneo. A 100 participantes incluídas para o estudo, foi-lhes mostrado através de vídeo e ensinadas por demonstração sobre a técnica a massagem mamária (massajar uma mama de cada vez durante 15 a 20 minutos diariamente) devendo iniciar o método às 38 semanas, às outras 100 grávidas incluídas no grupo de controlo não foi realizada qualquer método. Foi avaliado o colo uterino às 38 e 39 semanas, e os autores descobriram que o índice de Bishop mudou significativamente após 1 semana de estimulação ( $P < 0.0001$ ), o que não aconteceu no grupo de controlo. O grupo EM entrou em TP espontâneo mais cedo que o de controlo, sendo que 92% das grávidas entraram em TP espontâneo (84% no grupo controlo), assim como, apresentou um rácio menor de cesarianas 8% para 20%. Duração do TP, hiperestimulação, presença de mecónio, hemorragia pós-parto, e *outcomes* fetais (nomeadamente Apgar inferior a 7 aos 5 minutos) foram semelhantes em ambos os grupos, não tendo ocorrido diferenças significativas. Os autores reportaram ainda que 92% das mulheres apresentaram-se satisfeitas com o procedimento.

Na Turquia, Demirel e Guler (2015), publicaram o seu estudo controlado randomizado, com o objetivo de compreender o efeito da estimulação mamilar e uterina no processo de trabalho de parto. Foram incluídas 390 parturientes de baixo risco que foram divididas aleatoriamente em 3 grupos, com 130 mulheres em cada: Grupo estimulação do mamilo (GEM), estimulação uterina, grupo controlo(GC). Focando-nos apenas na EM, na primeira fase do TP, as mulheres procediam à estimulação a cada 30 minutos durante 2-3 minutos cada mamilo (perante contrações uterinas, a estimulação era realizada após as contrações cessassem). O estudo estabeleceu diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre os grupos em termos de durações médias da primeira, segunda e terceira fases do TP, o rácio de cesariana e a necessidade da indução do parto com pitocina. Assim, relativamente à duração das fases de TP a que apresentou maior diferença foi a primeira, onde na 1ª fase do TP o grupo EM apresentou uma duração média de 3,8 horas contra 6,8 horas do grupo de controlo; na 2ª fase do TP o GEM 16 minutos contra 27 minutos do GC; 3ª fase 5 minutos contra 6 minutos do grupo de controlo. Relativamente ao recurso de indução de trabalho artificial com pitocina no GEM 9,2% das mulheres tiveram necessidade de recorrer à

indução com a hormona sintética, contra 92,3% do grupo de controlo. No que toca ao rácio de cesariana nenhuma mulher no grupo de estimulação do mamilo foi submetida a cesariana, já 8,5% das mulheres do GC tiveram de ser submetidas à intervenção cirúrgica. Relativamente ao índice de Bishop, não existiu diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os autores concluíram, com os resultados, que a estimulação mamária é eficaz na libertação de oxitocina endógena, levando ao aumento do índice de Bishop e acelerando as fases de TP, diminuindo a necessidade do uso de indução sintética e rácio de cesarianas. Os autores apontam, ainda, para a necessidade de estudos semelhantes em mais populações, nomeadamente de risco. Este estudo não abordou outras complicações como presença de mecónio ou hiperestimulação uterina, podendo este ser encarado como uma limitação do mesmo.

Em 2015, Suja, no seu estudo quasi-experimental, avaliou a eficácia da EM no progresso da primeira fase do TP. Com uma amostra de 60 primigestas de termo sem risco obstétrico que apresentassem mais de 2cm de dilatação com início espontâneo do TP. Dividiu-as em dois grupos, 30 sujeitos a intervenção (EM) e um segundo de controlo segundo o método amostragem de conveniência. Ao longo do estudo não ficou claro as intervenções executadas (ou não) no grupo controlo, sendo apenas depreendido pelos resultados, esta é uma das limitações desta investigação. No que toca à técnica utilizada: às parturientes era estimulado mamilo com movimentos circulares durante 10 minutos, cada mamilo alternadamente e com pausa de 10 minutos entre si, durante 2 horas, até 3 vezes cada um. No seu estudo, a autora avaliou a duração da primeira fase do TP, a intensidade as contrações uterinas numa escala de muito leve a severa (referente a hiperestimulação) antes e a cada 30 minutos após a intervenção e, a dilatação cervical a cada 2 horas após a EM.

Relativamente à duração da primeira fase, no grupo experimental a duração do primeiro estágio do trabalho de parto diminuiu para 6 a 8 horas em 26 parturientes e de 10 horas para 4. No grupo controlo, a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi de 10 horas para 6 mães e de 10 a 14 horas as 24 restantes. Pelo que as autoras constataram que existiu uma diminuição da duração da primeira fase do TP no grupo EM.

Quanto à intensidade das contrações uterinas, as autoras perceberam que houve um aumento da intensidade da contração após a intervenção, no grupo de experimental, antes da intervenção 8 mães não apresentavam contrações uterinas e 21 destas apresentavam contrações uterinas muito leves; após o procedimento, 22 apresentavam contrações

levemente moderadas e moderadas apresentando por isso uma diferença estatisticamente significativa. No que concerne ao grupo de controlo existiu também um ligeiro aumento, no entanto sem qualquer valor estatístico. Denote-se que não existiu (em nenhum dos grupos) episódios de contração severa (hiperestimulação uterina). Relativamente à dilatação cervical e ao momento de nascimento, as autoras verificaram que o grupo de intervenção 10 horas após a técnica todas as parturientes apresentavam 10 cm de dilatação e que já se tinha dado o nascimento ao fim de 8 horas em 26 parturientes. No grupo de controlo, em 10 horas, 18 parturientes desenvolveram dilatação cervical de 8cm, 6 desenvolveram 10 cm de dilatação cervical.

A autora conclui que a EM produz contrações uterinas eficazes, promove a dilatação cervical e diminui a primeira fase do TP. Mais ainda refere que a EM é segura e eficaz, fácil de aplicar, não dolorosa e pode aumentar o conforto da mãe no período de trabalho. E recomenda ainda o desenvolvimento de mais investigação sobre esta técnica no futuro.

Em 2018, no Japão, Takahata e colaboradores desenvolveram um estudo quasi-experimental. Neste, os autores partiram do facto de que o nível de ocitocina plasmática (OT) se assemelha ao nível presente na saliva, neste sentido, as autoras tiveram como objetivos determinar as variações do nível de ocitocina salivar durante a EM e clarificar a viabilidade deste método relativamente à praticabilidade e aceitação por parte das mulheres. O estudo incluiu 16 grávidas de termo (38-40 semanas) com gravidez de baixo risco. As participantes realizaram o procedimento durante 3 dias acompanhadas de uma parteira (numa única maternidade), foram colhidas amostras de saliva após 10 minutos de intervenção, faseadas no tempo, até perfazer um total de 18 amostras por mulher. No final, foi aplicado uma escala visual analógica (0-10) relativa ao cansaço e fadiga associados ao procedimento e um questionário de opinião/satisfação sobre o mesmo. Relativamente à concentração dos níveis OT, o seu maior valor ao 3º dia, precisamente 30 min após a intervenção. A diferença dos níveis entre o 1º e 2º dia não apresentou diferença estatisticamente significativa. O score do índice de Bishop não apresentou diferenças significativas. No que concerne ao início de TP, 6 das 16 grávidas (37,5%) iniciou TP nas 72h após a intervenção, 50% (n=8) apresentou contrações adequadas no 1º dia, 6 em 16 no segundo dia (37,5%) e 5 em 15 grávidas no terceiro dia (33.3%). Não se encontrou nenhum caso de hiperestimulação uterina. Existiu um caso de cesariana associado à presença de mecónio e índice de Apgar aos 5 minutos inferior a 7. Relativamente à satisfação, 75% das mulheres apresentaram-se confortáveis com o procedimento de estimulação. Sendo que o nível de cansaço e desconforto durante a estimulação foi diminuindo diariamente. Com o

estudo, as autoras determinaram que o protocolo de intervenção de estimulação da mama foi eficaz e mostrou boa viabilidade em termos de praticabilidade e aceitabilidade entre as mulheres. Perante este as autoras apresentaram algumas dificuldades, como sendo a capacidade de recolha de amostras salivares, o que prejudicou posterior análise e interpretação, e uma amostra da população reduzida, traduzindo-se estas nas principais limitações da presente investigação. Por outro lado, referem ainda que estudos adicionais de larga escala são necessários para confirmar a eficácia do método noutras populações.

Após a análise dos estudos, constatámos que a amostra se concentrou em mulheres de termo com gravidez de baixo risco, à exceção da revisão de Razgaitis e Lyvers (2010) que não clarificaram qual a população dos estudos abordados. Pelo que, tal como também um maior número dos investigadores refere, a maioria das conclusões apenas se podem debruçar sobre esta população. Relativamente à técnica de estimulação mamária, não existiu um consenso relativamente ao procedimento e/ou *timing*, todavia, existe uma linha orientadora consensual de que cada mama deve ser estimulada de cada vez, diariamente, sendo que deve existir pausa e descanso entre cada estimulação (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005; Razgaitis & Lyvers, 2010; Singh et al., 2014; Suja, 2015; Takahata et al., 2018).

Através ensaios analisados, identificou-se e delineou-se indicadores tradutores dos *outcomes* eficácia e segurança. Para a eficácia: o índice de Bishop, o início do TP, cesariana e a satisfação da mulher; para a segurança alterações no traçado CTG (hiperestimulação uterina), a presença de mecónio e Apgar inferior a 7 aos 5 minutos, a necessidade de recorrer a cesariana pode ser também interpretada como um critério de segurança) (Tabela 2).

Eficácia	Segurança
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de Bishop</li> <li>• Início de TP</li> <li>• Satisfação da mulher</li> <li>• Cesariana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações no CTG</li> <li>• Mecónio à nascença</li> <li>• Apgar aos 5 minuts &lt;7</li> </ul>

Tabela 2 - *Outcomes* nos estudos seleccionados

Um dos riscos citado pelos autores prendeu-se com a possibilidade de hiperestimulação uterina causada pela libertação não controlada de ocitocina pela EM, que por sua vez, poderia colocar em causa o bem-estar fetal. Nesse sentido em quatro destes estudos foi avaliado a atividade uterina e o bem-estar fetal por CTG, assim como, indicadores que pudessem traduzir sofrimento fetal, como a presença de mecónio à nascença e o índice de Apgar aos 5 minutos inferior a 7. Na revisão sistemática Cochrane® (Kavanagh, Kelly &

Thomas, 2005), na revisão de Razgaitis e Lyvers (2010) e no estudo RTC de Singh et al., (2014) não existiram diferenças significativas relativamente à presença destes indicadores, denote-se, ainda, a ausência de casos hiperestimulação no estudo da Cochrane® (Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005) de Suja (2015) e de Takahata et al. (2018) (Gráfico 4). Contudo, quase todos os estudos, à exceção de Razgaitis e Lyvers (2010) que não clarifica a população, mas que juntamente com os autores anteriores, apontam para a segurança aplicada em grávidas de baixo risco, aconselhando a necessidade de estudos noutra população. Posto isto, a evidência disponível demonstra que a **EM é um método seguro na indução de TP em grávidas de termo com gravidez de baixo risco.**

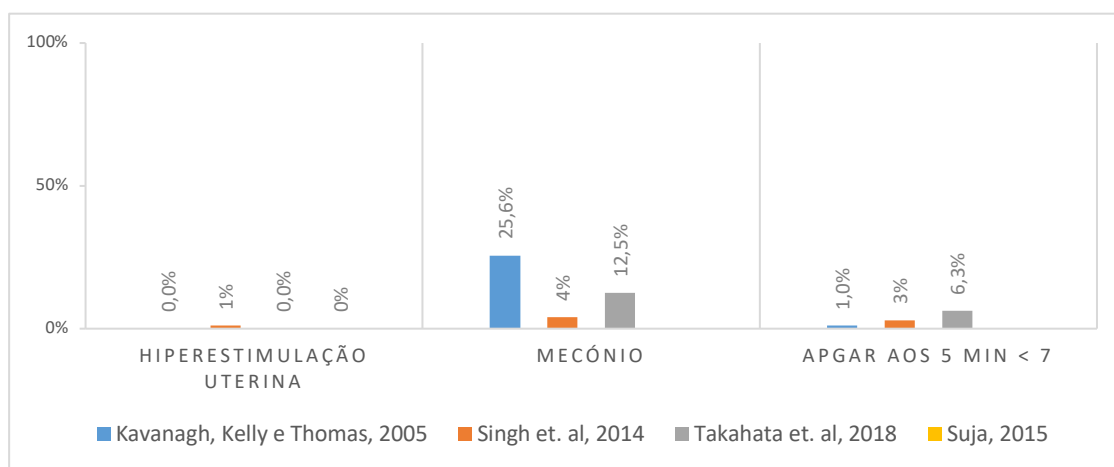


Gráfico 4 - Outcome segurança, grávidas baixo risco

Centrando no *outcome* eficácia, percebemos que os estudos se mostram consensuais. Na maioria dos casos, as mulheres exibiram inícios de trabalhos de parto espontâneos, sendo de notar a disposição para o seu início até 72h, como aponta a revisão Kavanagh, Kelly e Thomas (2005) para a Cochrane®. Por outro lado, apercebemo-nos que a falha deste método como indutor não foi estatisticamente significativa, pelo que o recurso a indução sintética, assim como, cesariana foram menores que nos grupos de controlo (sem intervenção). No que concerne às alterações do índice de Bishop aparentemente não existiram diferenças estatisticamente significativas este dado poderá estar relacionado com o facto de primíparas apresentarem piores condições do colo que múltiparas. No entanto, o ensaio de Demirel e Guler (2015) o grupo EM apresentou scores de índice de Bishop significativamente melhores que o grupo de controlo, e o de Suja (2015), em que as parturientes do grupo experimental apresentaram melhorias na dilatação cervical (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005; Singh et al., 2014; Suja, 2015; Takahata et al., 2018). Denote-se ainda os resultados os resultados de Demirel e Guler (2015) e de Suja

(2015) cujo estudo apontou para o efeito positivo deste método na aceleração das fases do trabalho de parto, nomeadamente na redução da primeira (Suja, 2015). Soma-se ainda, o nível de aceitação e satisfação das mulheres com o procedimento, nos estudos de Demirel e Guler (2015) e de Tanaka et al. (2018) em que apresentaram taxas de 92% e 75% respetivamente (Gráfico 5). Assim, a evidência disponível demonstra que a **EM é um método eficaz na indução de trabalho de parto em grávidas de termo com gravidez de baixo risco.**

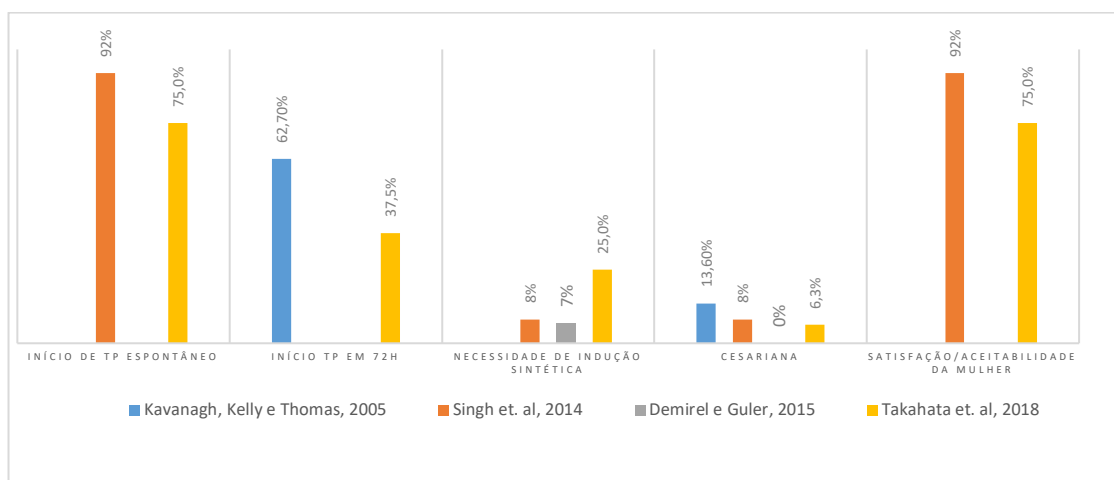


Gráfico 5 - *Outcome* Eficácia, grávidas de baixo risco

### 3.2.5. Conclusão

Atualmente, com a necessidade de melhoria de prestação de cuidados associados à crescente pressão na diminuição de custos, os enfermeiros e em especial os EESMO são deparados com a necessidade de procurar conhecimento científico, assegurando uma prática baseada na evidência. Por outro lado, assistimos à orientação internacional para a prática de intervenções promotoras e sustentadoras de um parto normal, um parto fisiológico, com início espontâneo, de baixo risco no início até ao nascimento. Hoje, a indução de trabalho de parto, aconselhada em situações como a gravidez pós-termo (após 41 semanas completas), tem a si associada uma abordagem ativa e interventiva, com o recurso farmacológico baseado na administração de ocitocina e prostaglandinas sintéticas. Muitos métodos não farmacológicos têm sido usados em diferentes culturas, na maioria

destes casos os métodos têm como base estimulação da glândula pituitária para a produção de ocitocina endógena, levando assim à presença de contrações uterinas e ao amadurecimento do colo uterino, como é o caso da estimulação mamária.

Enquanto meio indutor, a evidência disponível suporta a EM como meio natural, não farmacológico, de amadurecimento do colo uterino, estimulador de contrações uterinas eficazes, e assim de início do TP, associado a excelentes níveis de satisfação por parte da mulher, e ainda reduz os rácios de hemorragia pós-parto. No entanto, relativamente à segurança do método, alguns autores alertaram para possíveis riscos associados à EM ligados à quantidade de ocitocina, não controlada, que é libertada durante a estimulação, nomeadamente a hiperestimulação uterina, contudo, a evidência disponível não vai de encontro a esta preocupação, demonstrando que o método se mostra seguro, mas pela falta de mais estudos noutra população, indicado apenas para mulheres com gravidez de baixo risco (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005; Razgaitis & Lyvers, 2010; Singh et al., 2014; Suja, 2015; Takahata et al., 2018).

A EM pode mostrar-se como solução natural, não-farmacológica, em caso de indução de trabalho de parto, como no caso de grávidas pós-termo com as 41 semanas completas, é, no entanto, importante de salientar que este método como indutor do TP não é tão rápido quanto o farmacológico, pelo que é importante delinear corretamente o *timing* para iniciar a intervenção. Relativamente à metodologia, existe uma variedade de técnicas descritas nos estudos, mas os investigadores são concisos e aconselham a estimulação bilateral e que a grávida se foque numa mama de cada vez e que inclua períodos de descanso.

Após finalizar este estudo, percebemos que existe pouca investigação no âmbito de métodos não farmacológicos indutores de TP, concretamente da estimulação mamária, assim como, estudos que abordem a segurança deste método em grávidas de risco, tornando-se esta a grande limitação deste trabalho. Pelo que, se sugere mais estudos de investigação neste domínio..

Em suma, de acordo com os resultados dos estudos analisados, a estimulação mamária parece ser segura e eficaz, sendo razoável considerá-la uma opção viável para a indução do trabalho de parto para mulheres primíparas e múltiparas com gestações de baixo risco que se sintam confortáveis a usar este método. Este mostra-se um método natural, que apresenta como principal vantagem oferecer à mulher controlo sobre o seu trabalho de parto e uma participação ativa na indução e, ainda, o benefício de não ser dispendioso.

Este estudo pode permitir, ainda, consciencializar as EESMO para a importância da sua atuação e responsabilidade em prestar cuidados de qualidade congruentes, seguros e eficazes, nomeadamente, ao desenvolver ações promotoras de contrações uterinas, sensibilizando para o desenvolvimento e aumento do conhecimento sobre métodos naturais e fisiológicos, associados ao início do parto normal em situações de baixo risco, implícitas na autonomia dos EESM.

### **3.3. Primeira fase do trabalho de parto**

O Trabalho de parto, definido pelo ICN (2011, p.104) como “*evento ou episódio: processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta*” apresenta critérios de diagnóstico ainda não consensuais entre os autores, no entanto, o *Institute for Clinical Systems Improvement* (Creedon et al., 2013, p.13) descreve trabalho de parto como a presença de contrações uterinas espontâneas, com frequência de pelo menos duas a cada 15 minutos, e no mínimo com dois dos seguintes sinais: extinção de colo, colo uterino dilatado com mais de 3 cm e/ou rutura espontânea de membranas. A importância do correto diagnóstico, prende-se com o risco de admissão precoce da parturiente, que deve ser realizado na fase ativa de TP, já que admissões mais tardias têm associado menor intervenções obstétricas, menor cansaço por parte da mulher e, assim, maior satisfação e controlo por parte da mesma. Hodnett, Gates, Hofmeyr e Sakala (2013) na sua revisão sistemática na *Cochrane*<sup>®</sup> concluíram que a admissão da parturiente em meio hospitalar numa fase precoce do TP está associada a maior tempo de estadia, com maiores intervenções obstétricas, assim como sedação excessiva, e a uma maior probabilidade de partos instrumentadas e cesarianas, relacionadas a esgotamento da parturiente e menor níveis de satisfação com a experiência de parto.

O diagnóstico de enfermagem construiu-se com a recolha de dados que sugeriram a potencialidade de início de trabalho de parto, ou mesmo a presença do mesmo, pelo que surgiram os diagnósticos Potencialidade para Processo de Trabalho de Parto ou Processo de Trabalho de Parto Presente respetivamente (ICN, 2011). Neste sentido, constituíram-se como dados relevantes para o diagnóstico o aumento da intensidade e a redução do intervalo entre as contrações uterinas, a extinção do colo uterino ( $\geq 50\%$ ), dilatação uterina ( $\geq 2$  cm) (Hanley et al. 2016; NICE, 2017a).

Os cuidados durante o trabalho de parto foram desenvolvidos no sentido de alcançar o melhor resultado a nível físico, emocional e psíquico da parturiente/casal e do RN. Apesar do trabalho de parto ser um processo contínuo, compreender o processo da sua progressão de modo a prestar cuidados especializados e eficazes, assumiu neste percurso uma importância relevante.

No que concerne ao registo das nossas ações e avaliações de enfermagem, estas foram efetuadas no sistema informático de registos do processo de enfermagem adotado pela instituição (SClinico®) e em gráfico – partograma. No CHUSJ, os registos destes dados em gráfico - partograma foram realizados através de um software informático específico - Obscare®, isto permitia a todos os profissionais (clínicos e enfermeiros especialistas) o acesso facilitado e rápido à informação relativa ao bem-estar materno-fetal e ao desenvolvimento e progressão do TP. O partograma consiste num gráfico que tem como objetivo providenciar uma visão gráfica do TP, de modo a alertar as EESMO e obstetra de possíveis desvios no bem-estar materno e fetal e do progresso do TP.

No trabalho de parto as entidades internacionais NICE (2017) e ACOG (2016) consideram que o parto se divide em 3 períodos: (1) o primeiro consiste no momento que decorre entre o início das contrações uterinas terminando com a dilatação completa (10 cm) em simultâneo com as contrações uterinas dá-se também o amolecimento e a extinção (ou apagamento do colo uterino. Esta apresenta-se por si só dividida em duas fases, a fase latente com dilatação até aos 4 cm e a fase ativa dos 4 cm até à dilatação completa 10cm; (2) O segundo período de TP inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão fetal, e tem em média uma duração de 50 a 60 minutos para nulíparas e 20 para múltiparas; (3) por último a terceiro inicia-se após expulsão do feto até a expulsão das membranas fetais e placenta (ACOG, 2016; Creedon et al., 2013; Graça, 2017; Leveno, 2014; NICE, 2017a; Zahn et al., 2010). Existe ainda uma quarta divisão do trabalho de parto, denominada de hemóstase, esta inicia-se após a expulsão da placenta e dura cerca de 1 a 4 horas após o parto dando início ao período de pós-parto (Kaur, Kaur & Saha, 2014). No entanto, optamos por usar neste relatório a nomenclatura ditada pela NICE (2017), ACOG (2016) que divide o TP em 3 etapas, uma vez que foi aquela que utilizamos durante o estágio no CHUSJ.

O primeiro estadió de trabalho de parto, tal como já referido, remete-se à etapa que medeia entre o início de contrações uterinas dolorosas e regulares, ao mesmo tempo que o colo se extingue (ou apaga) e se dá dilatação completa do colo uterino (10cm).

Relativamente à sua duração, esta varia entre mulheres, em primigestas dura em média 8 horas e dificilmente passa as 18 horas, em múltiparas em média 5 horas não ultrapassando as 12 horas. Esta fase divide-se então em duas fases a latente e a ativa (NICE, 2017a).

A NICE (2017) define a fase latente de trabalho de parto, como um período de tempo, não necessariamente contínuo, em que existem contrações uterinas dolorosas e onde se encontram algumas alterações a nível cervical, como progressiva extinção cervical e dilatação até 4 cm.

A fase ativa da primeira fase do trabalho de parto é caracterizada pela presença de contrações frequentes e dolorosas, com alteração a nível do colo uterino, com presença de extinção, e dilatação cervical não inferior 6 cm e a dilatação completa 10 cm (NICE, 2017a; Creedon et al., 2013, Zhan et al.,2010).

Ao longo da nossa permanência no bloco de partos, fomos regularmente abordadas pelos casais sobre a possibilidade de ingerirem líquidos ou sólidos, durante o trabalho de parto. Enquanto estudantes de MESMO, a nossa postura, para além das intervenções autónomas, foi de respeitar os protocolos existentes. Tivemos a preocupação de seguir e agir de acordo com a evidência científica mais recente. Todavia, assumimos uma postura de bom senso, sempre que algo não fosse concordante. Perguntar as razões que justificavam essas opções partilhando essa formação numa dupla perspetiva.

Deste modo, tal como protocolado, aos casais aconselhávamos a “permissão” da ingestão oral de pequenas quantidades de líquidos claros: a água, chá com ou sem açúcar e/ou gelo, bebidas carbonatadas e café simples, no entanto, desaconselhado a ingestão de restantes alimentos líquidos e sólidos. A justificação para esta restrição prendia-se com a possibilidade de recurso de uma anestesia geral numa hipotética emergência obstétrica, existindo associado a esta um potencial de risco aspiração de conteúdo gástrico (Montenegro et al., 2014). Neste seguimento, Sinngata, Tranmer e Gyte (2013) desenvolveram uma revisão sistemática com o objetivo de determinar os benefícios e os riscos da restrição de fluidos e alimentos durante o trabalho de parto, estes perceberam que um balanço nutricional empobrecido está associado a partos mais longos e dolorosos, e que o jejum não garante o estômago vazio e menor acidez. Esta revisão identificou cinco estudos envolvendo 3130 mulheres, e através da análise dos dados, não foi possível encontrar benefícios nem riscos associados à restrição de alimentos e fluídos durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco, pelo que, tendo em conta os resultados

obtidos, os autores referem que as mulheres devem ser livres de comer e beber durante o parto.

Para a adequação de um planeamento dos cuidados de enfermagem ajustado, tivemos também presente, no momento de admissão, o diagnóstico de enfermagem Risco de infeção, este diagnóstico existiu em casos em que a parturiente apresentava estreptococos do grupo B (SGB) positivo, e rotura de membranas superior com duração superior a 18 horas. Tal como na sua revisão sistemática com meta-análise realizada por Taminato et al. (2011) é referido, o *estreptococo* do grupo B (SGB) é reconhecido como a causa principal para infeções neonatais severas transmitidas verticalmente a partir da mãe, dentro destas infeções pode-se enumerar a meningite, pneumonia e sepsies neonatal. Os fatores de risco para infeção por parte desta bactéria são a colonização da vagina/reto da grávida, febre intraparto, a rotura de membranas prolongada, parto pré-termo e grávidas com idade inferior a 20 anos (Patil, Singla, Nagmoti & Swamy, 2013; Taminato et al., 2011). Relativamente, a rotura de membranas a evidência demonstra que existe um aumento significativo de infeções neonatais quando existe rotura de membranas de termo antes do início de trabalho de parto, sendo que este risco aumenta com a duração da rutura e enquanto a infeção neonatal é rara, é potencialmente sério e pode resultar na morte ou em invalidez. A mesma refere que este aumento se encontra significativo quando rutura com duração superior a 24h (NICE, 2017a). Deste modo, de acordo com o protocolado, em mulheres que apresentassem SGB positivo e rotura de membranas com duração superior a 18h iniciávamos a profilaxia de SGB no momento da admissão ou rotura de membranas iniciávamos e terminávamos no parto no momento de laqueação do cordão umbilical, esta consistia na administração endovenosa de Ampicilina inicialmente 2 gr e posteriormente 1 gr 4 em 4 horas, ou em caso de alergia a penicilinas, era preferido e prescrito Clindamicina (900mg Ev de 8/8h) (Montenegro et al., 2014).

No âmbito do diagnóstico de enfermagem Potencialidade para Processo de Trabalho de Parto, apresentou-se como nossa prática comum a realização de um certo número de observações/ atividades de vigilância maternas e fetais durante o primeiro estadio de trabalho de parto, no intuito de detetar alterações na saúde da parturiente ou do feto, de obter uma visão panorâmica sobre a evolução do trabalho de parto ao longo deste tempo.

A monitorização da frequência cardíaca do feto (FCF) foi um meio de avaliação o bem-estar fetal durante o TP. Esta monitorização e avaliação foi uma intervenção que nos permitiu identificar fetos que pudessem apresentar-se em hipoxia (níveis baixos de oxigénio) e

eventualmente beneficiar de um parto instrumentado ou mesmo cesariana. O trabalho de parto apresenta-se como um período particularmente stressante para o feto, já que as contrações uterinas podem causar hipoxia fetal pela ação repetida da compressão do cordão umbilical e/ou pela redução da perfusão retro-placentar. Uma hipoxia fetal profunda pode ocorrer aquando de uma emergência obstétrica como o prolapso do cordão. Pelo que o objetivo da vigilância fetal durante o TP foi identificar episódios de hipoxia e assim desenvolver intervenções preventivas de sequelas provocadas pela asfixia. A asfixia fetal e consequente acidemia está fortemente relacionada com complicações neonatais, incluindo morte e distúrbios neuro desenvolvimentais (Heazell, 2013; Leslie & Arulkumaran, 2011; NICE, 2017a).

Sabemos que durante o trabalho de parto, a frequência cardíaca fetal pode ser monitorizada intermitentemente, utilizando um estetoscópio de Pinard ou através de um doppler, ou tal como realizávamos no CHUSJ monitorizada continuamente através de cardiotocógrafo (CTG). No seguimento da problematização da prática, procurámos evidência que pudesse compreender e sustentar esta prática que não se encontrava consistente na opinião dos profissionais. Alfirevic, Devane e Gyte (2017) desenvolveram uma revisão sistemática para a *Cochrane*<sup>®</sup> para avaliar a eficácia da cardiotocografia contínua comparando-a com a auscultação intermitente. Estes autores identificaram que durante o trabalho de parto o CTG contínuo está associado com a redução de convulsões neonatais, e com diferenças não significativas na paralisia cerebral, mortalidade infantil ou outras medidas padrão de avaliação de bem-estar neonatal. Contudo, CTG contínua apresentou-se associada com o aumento de cesarianas e partos vaginais instrumentados. Já Ugwumadu (2013) no seu estudo refere que o aumento de partos instrumentados e cesarianas estão associadas ao CTG contínuo e a uma incorreta interpretação dos traçados cardiotocográficos relativos aos mecanismos de adaptação fetal aos episódios de hipóxia. Percebemos que CHUSJ, a preferência pela monitorização contínua estava associada (1) à prática de acelerações do TP com recurso a ocitocina, (2) com fatores de risco associados ao TP e (3) com a preferência de analgesia epidural para alívio da dor, o que vai de acordo com as orientações de algumas *guidelines* das comunidades obstétricas como a NICE (2017) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Ayres-de-Campos, Spong & Chandraran, 2014).

A correta interpretação do traçado cardiotocográfico fez parte dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos enquanto futura EESMO. Admite-se que durante o trabalho de parto a interpretação dos traçados encontra-se particularmente difícil, mas os mecanismos

fisiológicos subjacentes ao controlo da frequência cardíaca fetal são iguais aos do anteparto. Para a interpretação da cardiocografia foi essencial o cruzamento com a restante informação clínica, nomeadamente relativa à existência ou não de restrição de crescimento fetal e/ou hipertermia materna. Por conseguinte, existiram parâmetros que nos indicaram que o feto se encontrava a responder adequadamente aos eventos do parto, como a diminuição da FCF durante a contração, e outros que indicaram uma emergência obstétrica, nomeadamente o desenvolvimento de uma bradicardia persistente seguida de um prolapso do cordão com necessidade de uma cesariana emergente (Ayres-de-Campos et al. , 2014; Heazell, 2013; Leslie e Arulkumaran, 2011; NICE; 2017; Ugwumadu, 2013).

A cardiocografia tem o objetivo de fornecer um registo visual contínuo (através de um traçado gráfico) da FCF e da contratibilidade uterina. Os quatro parâmetros da FCF presente no traçado cardiográfico são: (1) o valor da linha de base da FCF, (2) a variabilidade da linha de base (as flutuações da FCF), (3) a presença ou ausência de desacelerações (deflexões da FCF por mais 15 bpm abaixo da linha de base durante mais de 15 segundos), (4) a presença de acelerações (flexões a cima da linha de base com mais de 15bpm durante mais de 15 segundo), associadas ao padrão das contrações uterinas. A interpretação destes dados permitiu-nos classificar os traçados como normais, suspeitos ou patológicos (Ayres-de-Campos et al., 2014; Heazell, 2013; Leslie e Arulkumaran, 2011; NICE; 2017; Ugwumadu, 2013).

Um traçado considerado normal satisfaz os seguintes critérios: deve apresentar uma linha de base de FCF estável entre os 110 e os 169 bpm sem desacelerações, deve ter uma variabilidade que oscile entre os 5 e os 25 bmp acima e abaixo da linha de base, e a presença de pelo menos duas acelerações num espaço de 50 minutos, por outro lado, deve apresentar períodos com menor variabilidade que alternem com períodos de maior variabilidade, com ou sem acelerações, constituindo estes ciclos de atividade e sono do feto (Ayres-de-Campos et al. , 2014; Leslie e Arulkumaran, 2011; Montenegro et al. 2014; Ugwumadu, 2013).

Quando existe a falha de um ou mais critérios de normalidade, considera-se o traçado como suspeito ou não tranquilizador. Este tipo de traçado não é específico das situações de hipóxia fetal, sendo necessário procurar outras causas. Perante este tipo de traçado foi fundamental pesquisarmos e corrigirmos as situações que pudessem estar a provocar ou potenciar a hipóxia, nomeadamente o decúbito dorsal materno, a hipotensão materna e/ou a hipercontractilidade uterina, e/ou despistar outros fatores etiológicos como

hipertermia materna, medicamentos administrados, como os opiáceos. No que toca à taquicardia fetal isolada sabíamos que geralmente estaria associada à hipertermia materna, causada por exemplo por infeção ou administração de fármacos à mãe e que, por si só, não seria uma situação emergente e motivar a extração fetal imediata, mas sim a correção/tratamento da situação subjacente. Contudo perante o aparecimento simultâneo de desacelerações repetitivas e diminuição da variabilidade traduzido já por algum risco hipóxico, admitiu-se um limiar de intervenção mais baixo, tendo sido sempre comunicada a situação ao obstetra (Ayres-de-Campos et al., 2014; Montenegro et al. 2014, Ugwumadu, 2013).

O traçado patológico é aquele em que existe uma elevada probabilidade de hipóxia central do feto, está presente um dos seguintes critérios: variabilidade longa reduzida (com ou sem desacelerações) com duração maior a 50 minutos (na ausência da medicações administradas à mãe que interfiram com este parâmetro), variabilidade curta reduzida, apesar de “visível a olho”, incluindo o padrão sinusoidal, com duração superior a 30 minutos; desaceleração prolongada com baixa variabilidade com mais de 5 minutos ou com variabilidade normal superior a 8 minutos; e desacelerações repetitivas e baixa variabilidade (curta, longa, ou impossível de avaliar), com duração superior a 10 minutos. No contexto clínico não apresentámos contacto direto com parturientes com este traçado, no entanto, pudemos observar situações em paralelo, para além do contacto imediato com o obstetra, sabemos que por si só o carácter deste traçado motiva a reversão imediata da causa hipóxica (decúbito lateral, correção da hipotensão, correção da hipercontractilidade uterina, correção de dificuldade cárdio-respiratória materna) ou a rápida extração do ambiente intra-uterino com cesariana. Já que nas situações de desaceleração prolongada com baixa variabilidade a atuação deve ser emergente (Ayres-de-Campos et al., 2014; Montenegro et al. 2014; Ugwumadu, 2013).

A avaliação do colo uterino e a avaliação da apresentação e posição do feto, foi realizada através do exame vaginal ou toque vaginal. Este teve como principal objetivo avaliar o desenvolvimento do trabalho de parto, assim como, obter dados relativos à integridade das membranas, e características de líquido amniótico. Estas intervenções foram essenciais para obtermos dados integrantes dos critérios de diagnóstico relativos à progressão do TP. Durante a fase latente, inicia-se a extinção do colo uterino e a descida da apresentação fetal, sendo que durante nesta fase o colo vai progressivamente movendo até se apresentar totalmente anteriorizado, e extinguindo-se ultrapassando os 50%, a apresentação fetal desce até ao segundo plano de Hodges. Durante a fase ativa o colo

extingue-se por completo (100%) e apresentação fetal desce até ao terceiro plano de Hodges (Graça, 2017).

Para procedermos à avaliação da posição do feto, identificámos a sutura sagital com as quatro linhas da anterior (a maior) e três da fontanela posterior. Por vezes, quando um caput / bossa acentuado foi-nos difícil encontrar estas suturas, pelo que a posição das orelhas fetais mostraram-se úteis, enquanto coordenada na determinação da posição do feto. Este procedimento requer alguma perícia e experiência, pelo que numa fase inicial do estágio mostrou-se-nos desafiante, a boa orientação das tutoras e a colaboração da equipa, permitiu-nos o treino e o desenvolvimento de habilidades e identificarmos a posição fetal corretamente.

Sobre a frequência do toque vaginal, na nossa prática clínica, e fazendo parte do protocolo de serviço, realizávamos o exame com uma frequência de duas horas, se contrações uterinas rítmicas, durante a fase latente e a cada hora se em fase ativa do trabalho de parto ou sempre que houvesse justificação de que os dados recolhidos iriam acrescentar dados significativos, salientamos que em todos os momentos foi solicitado consentimento a cada exame e tendo sempre em consideração o desconforto que este causa (Montenegro et al., 2014). Sobre este tópico a evidência existente é de baixa qualidade não permitindo obter conclusões relativas à frequência da execução deste exame. No entanto, as existentes associam-no com a presença de sépsis neonatal e materna, sobretudo na presença de rotura prematura de membranas prévia. De acordo com as *guidelines* da NICE (2017) durante a primeira fase de TP, é recomendada a execução do exame vaginal com frequência 4/4 horas, ou quando alguma suspeita de anomalia no decorrer do TP e existir preocupação com bem-estar-fetal.

O estabelecimento de critérios de diagnóstico e a interpretação dos dados colhidos à luz dos mesmos, representou-se como um processo essencial para identificarmos diagnósticos adequados e determinarmos intervenções de enfermagem acertadas e eficazes ao momento de trabalho de parto. Compreendermos os desvios possíveis da evolução do decorrer normal do trabalho parto foi imperativo para podermos definir esses critérios.

Assim, no primeiro estadio do TP categorizamos as alterações do desenvolvimento do TP em progressão lenta, quando existiu um desenvolvimento mais lento que o esperado – Processo de Trabalho de Parto atrasado; ou estacionário quando existiu uma paragem da progressão - Processo de Trabalho de Parto comprometido/estacionário, de acordo com a classificação clínica da progressão do trabalho de parto adotada então no CHUSJ

Relativamente à fase latente do TP, as suas alterações correspondem ao atraso da sua progressão, pelo que se considerou como prolongada: Processo de Trabalho de Parto atrasado, quando existiu uma duração superior a 20 horas em nulíparas e superior a 14 horas em múltíparas, nestes casos as parturientes foram aconselhadas a deambular com o objetivo de estimular o útero para contrações uterinas e acelerar o processo (Montenegro et al., 2014)

Quanto à fase ativa, esta é definida como o ponto na qual a dilatação cervical aumenta significativamente. Esta fase relativamente às anomalias do seu progresso, classicamente é definida em fase ativa prolongada e estacionária. Quando não existiu progressão da dilatação durante 4 horas antes dos 6 cm, ou durante 2 horas após os 6 cm, estávamos perante uma fase ativa prolongada: Processo de Trabalho de Parto atrasado, perante este cenário, após prescrição médica e consentimento da grávida/ casal, recorriamos à amniotomia ou e/ou aceleração com ocitocina. Se a estimulação ocitócica originasse 3 a 4 contrações uterinas em cada 10 minutos e se não houvesse progressão da dilatação durante 4 horas encontrávamo-nos perante fase ativa estacionária: Processo de Trabalho de Parto comprometido/estacionário, neste cenário, a solução foi médica e centrou-se no recurso ao parto por cesariana (Direção Geral de Saúde, 2015).

A evidência aponta para algumas causas associadas ao atraso e ao estacionamento do TP nesta fase, nomeadamente fatores uterinos e cervicais como a inadequação intensidade das contrações e o colo rígido, fatores emocionais como a ansiedade o medo e, fatores fetais e feto-pélvicos nomeadamente feto com cabeça grande que impede a descida fetal (Simkin e Ancheta, 2011).

Tal como já referimos, uma vez identificado Processo de Trabalho de Parto Atrasado na fase ativa do TP, e após prescrição médica, foram realizadas algumas intervenções com o intuito de o acelerar, nomeadamente o recurso à amniotomia e o uso de ocitocina (Montenegro, et al. 2014). O principal objetivo da amniotomia foi acelerar e aumentar a intensidade das contrações e, por conseguinte, reduzir a duração do trabalho de parto. Para a sua execução, após o consentimento informado e confirmação da segurança para o procedimento (exclusão pex. procedência do cordão), através de norma assética, inseríamos uma pinça (de amniotomia descartável) orientada entre os nossos dedos indicador e o 3º dedo e aquando uma contração fazíamos então a rutura das membranas. Para a execução deste procedimento, a parturiente deveria apresentar uma dilatação superior a 4 cm.

Associada à amniotomia existem algumas preocupações sobre efeitos adversos imprevistos na mulher e no feto associado ao potencial risco de infeção. Smyth, Markham e Dowswell (2013) tiveram como objetivo compreender a eficácia e segurança deste procedimento. Na sua revisão, que incluiu 15 estudos envolvendo 5583 mulheres, não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres do grupo com amniotomia e o grupo de controlo (sem amniotomia) no que respeita à duração da primeira fase do trabalho de parto, às taxas de cesariana, satisfação materna com a experiência do parto ou Apgar inferior a sete aos cinco minutos. Deste modo, os autores referem que o recurso a esta técnica não deve ser rotineiro na gestão do trabalho de parto.

Por outro lado, apesar de não o termos executado, pudemos observar no decurso do estágio alguns casos em que os profissionais locais executaram a amniotomia precocemente, ou seja, antes dos 4 cm de dilatação. Sobre esta prática um estudo randomizado controlado realizado por Macones, Cahill, Stamilio e Odibo (2012) envolvendo 585 parturientes, sobre a eficácia da amniotomia precoce, identificou que esta técnica diminuiu o tempo de trabalho de parto em 2 horas, e que aumenta o número de nulíparas cujo parto termina em 24 horas. O estudo conclui ainda que a técnica é segura pela não correlação com índices de apgar baixos e internamento neonatais associados. No entanto pela falta de uma evidência sustentada relativamente ao benefício da mesma, as *guidelines* são claras relativamente ao seu recurso, aconselhando a sua não standardização (NICE, 2017a).

Associada à rotura de membranas, seja ela espontânea ou artificial (amniotomia), tivemos presente a intervenção Avaliar Líquido Amniótico. A presença de mecónio no líquido amniótico, pode traduzir a existência de um breve episódio de hipóxia fetal que causa o relaxamento do seu esfíncter anal. Este é definido como fluído amniótico verde escuro ou preto de consistência viscosa, ou qualquer líquido amniótico contendo pedaços de mecónio. Perante a presença deste, pelo facto de existir risco de sofrimento fetal, foi-nos indicado a avaliação mais frequente da bem-estar fetal, sendo que nestes casos, sobretudo quando de mecónio de consistência espessa, a monitorização era contínua. (NICE, 2017a; Simkin e Ancheta, 2011).

Uma vez atingidos os 5 cm de dilatação, transferíamos as parturientes para um dos quartos de bloco de parto. Estes eram decorados de modo a transmitirem um ambiente caseiro e assegurarem a intimidade do casal, ao mesmo tempo que se encontravam totalmente equipados para o parto, era possível regular a temperatura, a luminosidade e ainda ajustar

música através de rádio, todos eles estavam munidos de casa de banho individual; um dos quartos era vocacionado para o “parto não medicalizado” possuindo banheira de hidromassagem, infelizmente não tivemos oportunidade de experimentá-lo neste sentido. Nesta fase, aproveitando a privacidade permitida, abordámos assuntos relacionados com a expectativa do casal sobre ao parto, isto se anteriormente não existisse um plano de parto, nomeadamente, quem queria estar presente durante o nascimento, se o companheiro ou outra pessoa significativa (como a avó ex.) que gostaria de cortar o cordão umbilical, o contacto do RN com pele, entre outros desejos e vontades da parturiente. Esta intervenção ativa, permitiu-nos não só determinar as expectativas, como promover a consciencialização, o empoderamento, promover o suporte e, assim, diminuir os quadros de ansiedade levando à satisfação com a experiência.

Um dos nossos grandes focos de atenção durante esta fase de trabalho de parto foi a Dor de Período de Dilatação, caracterizado por *Desconforto ligeiro a intenso durante a primeira fase do trabalho de parto* (ICN, 2011, p.50). Relativamente a critérios de diagnóstico, existem alguns dados que nos permitiram determinar a presença do diagnóstico de Dor de trabalho de parto, nomeadamente a verbalização da dor percebida, alteração da frequência cardíaca e respiratória, expressão comportamental de dor (como o serrar dos olhos). Estes critérios foram importantes, já que algumas mulheres não referiam necessidade de medidas de alívio da dor, para deixarem “para mais tarde”. Perante o diagnóstico positivo deste foco, planeamos em conjunto com a parturiente estratégias não farmacológicas e/ou farmacológicas de alívio da dor.

Percebemos que escolha da mulher para o tipo de estratégia para alívio da dor durante o trabalho de parto foi influenciado por diversos fatores, incluindo as suas expectativas relativas ao TP, a complexidade do trabalho de parto e a severidade da dor percebida. Esta experiência de dor durante o parto foi variável de parturiente para parturiente, enquanto algumas mulheres sentiam níveis mais baixos de dor, outras achavam a dor extremamente angustiante. A posição de uma mulher em trabalho de parto, a sua mobilidade, o medo e ansiedade ou, pelo contrário, a confiança assim como a própria cultura pode influenciar a experiência de dor (NICE, 2017a; Nilsen, Sabatino & Lopes, 2011, Rachmawati, 2012). A percepção e a deteção características de desconforto/ dor na parturiente nas diferentes fases do TP foi um conhecimento-chave para podermos aconselhar e orientar a parturiente ao longo do trabalho de parto e assim diminuir níveis de ansiedade permitindo, simultaneamente, uma experiência mais satisfatória (Mazoni, Carvalho & Santos, 2013).

A intensidade da dor varia muito e, geralmente, aumenta à medida que o trabalho progride, sabe-se que com contrações uterinas a partir de 25/30 mmHg a dor já é percebida (Mazoni et al., 2013). No primeiro estadio de trabalho de parto, no que concerte à fase latente as contrações surgem em cada 10/20 minutos, tendo uma duração aproximada de 15 a 30 segundos, relativamente à sua intensidade esta considerada de leve, sendo que progridem ao longo do tempo para uma em cada 5/7 minutos, com duração de 30 a 40 segundos, de intensidade leve a moderada (>25/30 mmHg). Na fase ativa a frequência é de uma em cada 2 a 3 minutos, com uma duração de 50 a 60 segundos e a sua intensidade considerada moderada a severa (30/40 mmHg). A localização da dor neste estadio pode ser hipogástrica, lombar e sagrada, sendo que as mulheres também podem sentir dor em todo o abdómen, nos quadris, nádegas ou coxas, ou de alguma combinação dessas localizações, pode irradiar da frente para trás, de trás para frente, ou para as coxas. Pode ser descrita como uma dor tipo cólica, picada, latejar, constrictora, de aperto ou cortante/tipo facada (Mazoni et al., 2013).

Perante a dor adotámos, de acordo com o desejo da parturiente, estratégias não farmacológicas como exercícios de respiração e relaxamento e imaginação guiada, com estas intervenções ajudávamos a parturiente a lidar e a gerir melhor a sua a dor. No entanto, percebemos que nem todas as mulheres foram capazes de lidar eficazmente com o desconforto, acabando por adotar medidas farmacológicas, previamente prescritas, como analgesia com Sufentanil e Ropivacaína através de cateter epidural com administração intermitente e/ou a administração de opióides como Petidine® por via IM (conforme prescrição médica). Esta administração teve como objetivo diminuir a sensação dor na parturiente.

Relativamente às estratégias para gerir a dor da parturiente, Jones et al. (2012) publicou um estudo com objetivo de resumir as evidências identificadas em outras revisões relativas à eficácia e à segurança de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor na parturiente. Relativamente a estratégias que são eficazes, Jones et al. (2012) afirmam que a evidência demonstra que as farmacológicas como epidural, epidural espinhal-combinada e a analgesia inalatória são eficazes, no entanto estão associadas a efeitos adversos. No que concerne a estratégias que poderão ser eficazes, os autores referem que existe alguma evidência que demonstra que imersão em água, o relaxamento, acupuntura, massagem e a anestesia local com bloqueio nervoso ou o uso de medicação não-opióide, melhora a gestão da dor, com a associação de efeitos adversos mais limitados. Jones e colaboradores (2012) referem que os métodos não farmacológicos da gestão da dor são

não- invasivos e aparentam ser seguros tanto para a mãe como para o feto, contudo a sua eficácia é pouco clara devido à reduzida evidência de elevada qualidade. Efetivamente existe um maior número de estudos com melhor qualidade que apontam para a eficácia das estratégias farmacológicas. Assim, a analgesia epidural providencia um alívio da dor eficaz mas está associada a um aumento de partos vaginais instrumentados e à presença de efeitos adversos como cefaleias e vômitos. Por outro lado, o relaxamento apresentou-se associado a poucos partos vaginais assistidos, a acupuntura com a diminuição de partos assistidos e cesarianas. Posto isto, sabemos que a adoção de estratégias na gestão da dor, aumentam a satisfação da parturiente relativamente ao controlo da dor e assim com a experiência de trabalho de parto e nascimento, pelo que a sua prática e conselho foi individualizado e a decisão e desejo da final coube à parturiente/casal (Gayeski e Brüggemann, 2010; Jones et al., 2012; NICE, 2017a).

A analgesia epidural foi a estratégia mais solicitada e utilizada para a diminuição da dor pelas parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Tal como referimos existem efeitos colaterais associados, sendo estes: hipotensão materna, retenção urinária, prurido, náuseas, vômito, tremores e em casos mais graves, complicações hemorrágicas, nomeadamente hematoma epidural e subdural e complicações neurológicas. Pelo que articulado desenvolvemos algumas intervenções resultantes de prescrições, e vigilâncias resultantes do diagnóstico Risco de hipotensão que lhe é associado. Após inserido o cateter epidural e monitorizada a TA, estas eram posteriormente repetida de 10/10 minutos com medidor automático e sempre que administrávamos o fármaco (ropivacaína), era ainda e administrado, por prescrição, soroterapia em perfusão de soro fisiológico a um debito prescrito pelo anestesista (Montenegro et al., 2014). Relativamente ao Risco de retenção urinária também relacionado, na instituição estava protocolado a intervenção de inserção de cateter vesical, pelo este era retirado no momento antes da expulsão do feto.

### **3.4. Segunda fase do trabalho de parto**

A segunda etapa do trabalho de parto inicia-se com a dilatação completa e termina na expulsão do feto. A NICE (2017) sugere a divisão deste período em duas fases: expulsivo passivo em que existe a dilatação completa, a progressão da descida fetal, no entanto sem perceção de puxo e; a fase expulsiva ativo em que a apresentação fetal se encontra no 4º plano de Hodge (assoalho pélvico) e a parturiente tem perceção de puxo.

Sabemos que existem vários fatores que influenciam a duração deste período, a paridade, os esforços expulsivos, o recurso à analgesia epidural, o índice de massa corporal materno, a posição e o tamanho do feto, e que quanto mais demorada for esta etapa mais intervencionado irá ser o parto, acarentando a si um potencial de risco. A ACOG (2016) e Dionne et al. (2015) suportam que para mulheres com um segundo período do TP extenso está associado a um aumento de riscos de morbidade maternas como elevadas taxas de infeções (como a corioamnionite), lacerações de terceiro e quarto grau, hemorragia pós-parto, e a diminuição da probabilidade de trabalho de parto espontâneo vaginal, sendo que em períodos superiores a três horas apenas uma em quatro nulíparas apresentam parto eutócico espontâneo. Posto isto, e de acordo com as indicações protocoladas no serviço, considerámos que existindo contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal pelo traçado de CTG e materno, a duração máxima seria de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara, em parturientes com analgesia epidural em curso adicionávamos a estes máximos mais 1 hora (DGS, 2015; Montenegro et al., 2014). Deste modo, quando nos encontrámos perante tempos de superiores a estes considerámos o diagnóstico Processo de trabalho de parto: expulsivo comprometido, sendo que a sua resolução passou pela decisão do obstetra entre a instrumentação do parto ou cesariana (de acordo com a situação).

Perante a dilatação completa e a descida da apresentação fetal, surgiu-nos a intervenção relacionada com os esforços expulsivos ou puxo: assistir nos esforços expulsivos. O puxo ou reflexo expulsivo define-se como um impulso involuntário induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica. Este é produzido quando a contração alcança 30mmHg de amplitude e há presença do reflexo de Ferguson (a pressão da apresentação fetal estimula a produção de ocitocina, quanto maior a pressão maior a libertação e ocitocina e consequentemente da intensidade das contrações uterinas). A técnica de puxo que adotámos foi a espontânea, onde as parturientes foram incentivadas a puxar quando comessem a ter urgência em fazê-lo. Após o toque vaginal e avaliarmos o colo e a posição fetal e quando confirmámos o encravamento da apresentação fetal (diâmetro transversal da apresentação fetal, o diâmetro biparietal nas apresentações vértice, passa através do estreito superior materno) as parturientes foram encorajadas a puxar, no entanto, apenas durante as contrações uterinas (FIGO, 2012; NICE, 2017a) . No que concerne à duração, não foi aconselhado incentivar o puxo por mais de 2 horas em nulíparas e múltiparas para mais de 1 hora, sendo que em mulheres com analgesia epidural

considerámos, à semelhança do anterior, o acréscimo de mais uma hora e este tempo (DGS, 2015; NICE, 2017a).

Relativamente aos esforços expulsivos, alguns profissionais optavam por exercer a técnica de puxo dirigido com recurso à manobra de valsava (MV), a nossa preferência pelo puxo espontâneo prendeu-se pelo facto de existir evidência de que a MV está associada a pior desfechos de *outcomes* fetais e maternos, nomeadamente com aumento dos partos instrumentados e aumentos de lacerações (Prins et al., 2011)

Na orientação para o puxo, aconselhávamos sobre as posições mais convenientes e na sua maioria as parturientes adotaram a posição de supina dorsal, semi-lateral ou lateral. As posições verticais não foram experienciadas durante o estágio. É consensual entre as várias orientações internacionais NICE (2017) e OMS (2019) que as parturientes devem puxar na posição que preferirem, posições potenciais incluem de decúbito dorsal, lateral ou gatas (*hand and knees*), supina ou de cócoras (Dresang e Yonke, 2015; NICE, 2017a, OMS, 2019). Assim sendo, pela ausência de experiência com posições que não a supina, procuramos ver o que a evidência que a evidência científica indicava sobre o tema e íamos falando com as parturientes da possibilidade de adotar estas posições.

Nas posições verticais várias vantagens fisiológicas têm sido avaliadas, tais como: os efeitos da gravidade pelo aumento da pressão intra-uterina; aumento da força das contrações uterinas; a flexão da anca e dos membros levando ao diâmetro pélvico e aumentando o canal de parto; a satisfação materna; e sensação de controlo da situação (Dresang e Yonke, 2015; OMS, 2019). No que concerne à posição de supina, existe evidência que manter-se neste posicionamento durante a segundo período do TP, aumenta os níveis de dor, aumenta a incidência de alterações no padrão normal das FCF, e por conseguinte, aumenta o número de partos instrumentados, no entanto estas investigações não se referiam ao modo como se teria dado o puxo (NICE, 2017; OMS, 2019).

Em 2012, Gupta, Hofmeyr e Sheshmar (2017) publicaram uma revisão com o objetivo de identificar os benefícios e riscos associados aos posicionamentos de supina e/ou vertical durante o segundo período de TP em mulheres sem epidural. Foram incluídos 32 estudos envolvendo um total de 9015 mulheres. A posição vertical durante a segunda fase foi conseguida em várias maneiras: por agachamento ou através do uso de equipamento, tal como bancos de nascimento, cadeiras ou almofadas. Por esse motivo, e devido à variação na qualidade metodológica entre os ensaios, os investigadores alertam que os resultados devem ser interpretados com cuidado. Segundo a análise dos autores os estudos

encontrados não foram de boa qualidade. A revisão detetou que as parturientes em posições verticais, tais como ajoelhado agachado ou mesmo em pés, apresentam um risco significativamente reduzido de terem partos vaginais assistidos e em alterações da FCF em comparação com posições de supina, no entanto em comparação com os mesmos apresentam um risco aumentado de lacerações perineais de segundo grau e de aumento de perda sanguínea superior a 500ml, por outro lado, não apresenta diferença significativa no que concerne à duração do 2º período de TP. No entanto, os avaliadores sugerem que, na ausência de efeitos colaterais (para além do aumento da perda de sangue) as mulheres devem ser encorajadas a adotar posições de conforto durante a segunda fase do trabalho de parto.

Walker, Kibuka, Thornton e Jones (2018) desenvolveram uma revisão com o objetivo de determinar os benefícios e riscos associados às posições de supina e verticais em mulheres com epidural durante o segundo período de TP. Foram identificados 8 estudos randomizados envolvendo um total de 4464 mulheres. Segundo esta revisão não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre a posição de supina e vertical no que toca ao aumento de partos instrumentados ou cesarianas, na diminuição da duração do 2º período do TP, relativamente a outros *outcomes* os autores não identificaram claras diferenças na incidência de lacerações vaginais, sinais de *stress* fetal, alterações no pH do cordão ou admissão em unidade de neonatologia. Em ambas as revisões os autores referem a necessidade de melhor investigação de modo a obter resultados mais conclusivos. Os autores são consensuais afirmando a imperatividade de ser a mulher a escolher qual ou quais posições a adotar, recomendações essas que vão de acordo com as *guidelines* internacionais da NICE (2017), OMS (2019), RCM (2012) que completam afirmando que as parturientes devem ser encorajadas a combinar o puxo espontâneo com a adoção de posições que encontrem mais confortáveis durante o TP.

Durante o TP, é necessário que o feto realize a rotação e alinhamento, pelo que quando este não é realizado, o TP vai demorar mais tempo do que quando o feto está idealmente posicionado. A dilatação pode iniciar-se mais tarde ou demorar mais tempo por diminuição da pressão realizada pela apresentação fetal. A descida do feto também se mostra mais demorada até que a sua cabeça rode, se flita e se alinhe com a pelve. A macrossomia fetal, ou um mal posicionamento da apresentação fetal, nomeadamente occipital posterior, transversa ou assinclitismo, fazem com que se mostre o maior diâmetro de que quando se encontra numa posição occipito-anterior, levando a um trabalho de parto prolongado (OMS, 2019, Zipori et al.,2019). A recolha destes dados, através da avaliação da posição

fetal e do tempo do TP foram essenciais para podermos identificar o diagnóstico de Processo de trabalho de parto: comprometido relacionado com posição do feto e, assim, ao desenvolvimento de intervenções adequadas na resolução do mesmo.

Perante este diagnóstico de processo de trabalho de parto distócico, associado à má apresentação fetal aplicámos algumas intervenções no sentido de resolver e auxiliar o feto na sua rotação, sustentadas sobretudo na posição materna, no caso, o lateral esquerdo com adução do membro inferior direito. No entanto, a nossa experiência com OP mostrou-nos que estes partos, para além de se mostrarem mais demorados, a incapacidade de rotação fetal levava à exaustão materna, pelo que a maioria culminou em partos instrumentados. Relativamente a este tópico, a literatura existente não apresenta soluções conclusivas, pelo facto de o diagnóstico da variedade posterior ser geralmente tardio, pelo que aplicação de soluções torna se limitada. O recurso a técnicas posturais para promover o trabalho e parto têm sido documentadas na literatura, Gasquet descreveu uma técnica muito precisa para facilitar a rotação do feto centrada no posicionamento de gatas (*hand and knees*) mas a sua eficácia não se apresenta validada (Aiken, Aiken, Alberry Brockelsby, Scott, 2015; Guittier, Othenin-Girard, Gasquet, Irion, Boulvain, 2016; Hunter, Hofmeyr & Kulier, 2009).

Com a descida da cabeça fetal no canal de parto, aplicámos gentilmente uma ligeira pressão sobre a apresentação em direcção ao períneo, de modo a manter a sua flexão e controlar a sua saída, enquanto com a outra mão protegíamos o períneo. Após a expulsão da cabeça fetal solicitámos/instruímos à parturiente a interrupção dos esforços expulsivos no sentido de podermos pesquisar a presença de circulares do cordão umbilical no pescoço do feto. Se presente, e se as circulares fossem largas, normalmente o cordão era longo o suficiente para o desenlaçarmos pela cabeça, caso contrário perante circulares apertadas realizávamos a laqueação prévia, cortávamos primeiro o cordão e procedíamos ao seu desenrolar. Após esta pesquisa, o feto realizava espontaneamente a rotação externa alinhando os ombros com a cabeça, depois desta libertávamos o ombro anterior, posterior e por fim o corpo (Ministério De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; NICE, 2017) .

Aquando do coroamento, por vezes as condições perineais mostraram-se um obstáculo na progressão do feto, com risco iminente de se desenvolverem lacerações perineais severas, nestas situações, com o consentimento da parturiente, recorreremos à episiotomia.

A episiotomia consiste no aumento cirúrgico do canal vaginal através de uma incisão do períneo, de modo a ampliar o diâmetro vaginal facilitando o nascimento do RN.

Relativamente ao tipo de episiotomia, optámos pela medio-lateral. Em geral, a episiotomia mediana está relacionada a menor perda de sangue e a maior facilidade na sua reparação do que o procedimento mediolateral. No entanto, a episiotomia mediana também está associada a um maior risco de lesão do esfíncter anal e mucosa retal do que a episiotomia médio-lateral ou lacerações obstétricas mais graves (Dresang e Yonke, 2015, Kopas, 2014) . Como critérios para aplicação de episiotomia tivemos dados relevantes de presença de tecido perineal na iminência de rutura denunciador de pouca distensibilidade durante o coroamento da apresentação fetal, com resultado em possíveis lacerações severas (3º e 4º grau), ou presença de distocia de ombros (ACOG, 2016; NICE, 2017). A tomada de decisão associada à execução desta técnica não se mostrou fácil ou intuitiva, a “sensibilidade” para uma recolha de dados correta, que nos permitisse tomar a decisão acertada de executar ou não a episiotomia foi desafiante e exigiu tempo, boa orientação e treino.

Apesar de tentarmos proteger o soalho pélvico, surgiam casos em que ocorreram lacerações de 1º e 2º grau, sendo que não experiencíamos as de 3º ou 4º grau. As lacerações são divididas em diferentes graus conforme os tecidos que afetam. Assim, classificámos em 1º grau quando ocorreu atingimento da pele e tecido celular subcutâneo do períneo e epitélio vaginal, 2º grau quando foi afetada a fáscia e músculos do períneo; e ainda, são classificadas de 3º Grau quando existe o alcançar do esfíncter anal e 4º Grau quando abrange a mucosa rectal (Montenegro et al., 2014).

Diferentes técnicas e intervenções são usadas atualmente para permitir que o períneo distenda lentamente, no sentido de evitar a lesão do períneo. Ao longo do estágio aquando da expulsão e do coroamento da apresentação, colocávamos a mão sobre o períneo, colocando o polegar e o indicador, de modo a envolver o canal de parto. Este procedimento é considerada a manobra de Ritgen modificada. Sabemos, no entanto, que o recurso à massagem perineal, compressas quentes e diferentes técnicas são amplamente utilizados por diversos profissionais. No sentido de as compreender, Aasheim, Nilsen, Reinar e Lukasse (2017) desenvolveram uma revisão sistemática sobre o efeito de técnicas perineais na incidência da lesão durante o segundo estágio do trabalho de parto. Foram incluídos 20 estudos randomizados envolvendo 15,181 mulheres. Os investigadores encontraram os seguintes achados: existiu um efeito significativo do uso de compressas quentes/mornas na redução de lacerações de 3º e 4º grau. Houve também um efeito significativo da massagem perineal versus ausência de qualquer tipo de proteção (*Hands off*) na redução de lacerações 3º e 4º grau. *Hands off* versus *Hands on*, aparentemente a presença da manobra estava associada a menos lacerações de 1º grau. No entanto, mais de 2º grau, (sendo que

este achado com baixa evidência científica), ainda segundo os autores não existiu diferença relativamente a lacerações de 3º e 4º grau ou a presença de episiotomias. Apesar destes achados, mantem-se a recomendação da técnica *hands on a* proteção do períneo (Antonakou, 2017; OMS 2019) (Gráfico 6).



Gráfico 6 – Número de partos executados e integridade do períneo

Ao longo do estágio ocorreu-nos um caso de distocia de ombros, dados como a impossibilidade na extração dos ombros, ombro anterior, e retração da apresentação fetal (conhecido também por sinal da tartaruga) levaram-nos ao diagnóstico Processo de trabalho de parto: comprometido relacionado com distocia de ombros. Esta distocia refere-se à situação em que após a expulsão da cabeça não é possível libertar os ombros com manobras habituais de tração inferior da cabeça. Esta situação trata-se de uma emergência obstétrica e tem uma incidência de cerca de 1% dos partos vaginais (Leveno, 2014; Montenegro et al., 2014).

Para a sua resolução, necessitámos de aplicar as três primeiras manobras adotadas no protocolo da instituição: 1º hiperflexão das coxas sobre o abdómen, manobra de McRoberts – permitiu a rotação cefálica na sínfise púbica, aliviar o ombro anterior enquanto o posterior avança sobre o promontório; 2º seguida da pressão suprapúbica, que teve o objetivo de ajudar a rodar o ombro anterior na direção do tórax; e 3º Episiotomia estendida (Montenegro et al., 2014, Sentilhes et al., 2015). Sabemos que por vezes, estas manobras podem não resolver a situação, pelo que o recurso às manobras seguintes poderiam ser necessárias, no sentido de libertar o ombro posterior, Manobra de rotação de Woods, técnica de Rubin, apesar do protocolo institucional não abordar, alguns autores incluem nas suas manobras de resolução a manobra de Gaskin, esta consiste em posicionar mulher de gatas, posição *all-four* ou *Gaskin*, e permitir a extração do ombro posterior. Nesta posição é aplicada uma tração descendente na apresentação fetal, tal como no parto

normal, permitindo libertar o ombro posterior sobre o promontório (Hoffman et al, 2011, Montenegro et al., 2014; Sentilhes et al. , 2015). Hoffman et al. (2011) no seu estudo caso-controlo envolvendo 2,018 partos com distocia de ombros, validaram que a manobra de McRoberts e a pressão suprapúbica eram as mais utilizadas como primeiro passo para resolver a distocia de ombros e que estavam associadas a baixos rácios de traumatismo neonatal. Os autores demonstraram que o risco de traumatismo neonatal aumenta com o número de manobras aplicadas.

### **3.5. Terceira fase de trabalho de parto**

O terceiro estadio do TP inicia-se após o nascimento do RN e termina após a expulsão da placenta.

Após o parto, realizávamos uma secagem rápida do RN, no sentido de prevenir a hipotermia, e através de estimulação tátil incentivávamos o choro e primeiros movimentos respiratórios, caso existisse mecónio espesso ou se o RN não chorasse ainda realizávamos aspiração da orofaringe do RN. De seguida, após clampagem do cordão, sempre que pretendido pela mãe, o RN foi colocado diretamente em contacto com a pele materna durante alguns minutos, permitindo ao casal o primeiro contacto físico e visual com o seu bebé, no sentido de promover a Ligação Mãe/Pai-Filho. Os benefícios do “pele-com-pele” nas primeiras horas de vida têm vindo a ser estudados, segundo a revisão realizado por Moore, Bergman, Anderson e Medley (2016) para a *Cochrane*<sup>®</sup> este contacto está associado à diminuição do tempo para a primeira mamada, aumento do nível de glicose, diminuição do choro e diminuição da hipotermia.

O contacto pele-a-pele mãe/bebé tem inúmeros benefícios, como se tem vindo a ser apontado por vários estudos, tanto para a mãe como para o RN. Este revela-se importante na prevenção da hipotermia neonatal, já que quando colocado em contacto direto com a pele da mãe há estabilização da temperatura corporal do RN pelo facto de estar aumentando a temperatura corporal materna na região mamária e torácica, ocorrida pela vasodilatação causada pela ocitocina libertada (Buckley, 2015). O mesmo autor refere ainda que o contacto pele-a-pele poderá influenciar a regulação da ocitocina tanto no organismo da mãe como no do RN, influenciando deste modo os processos de ligação e vinculação precoces e a fisiologia do estabelecimento precoce da amamentação, o que contribui para o seu sucesso a longo prazo. Há ainda autores que defendem que o contacto pele-a-pele é

responsável pela estabilização dos parâmetros cardíacos e pela diminuição no padrão de choro do bebé (Schardosim, Rodrigues e Rattner, 2018).

Para a laqueação/clampagem do cordão umbilical, colocávamos o RN ao nível da pelve materna e realizávamos a laqueação tripla precoce do cordão, tal como preconizado na instituição: (1) primeiro com uma pinça de Kelly próximo da vulva; (2) outra a cerca de 4 cm do abdómen fetal; (3) com o clamp de cordão a 3 cm do abdómen fetal; a secção do cordão era feita entre a segunda pinça e o clamp, e era realizada pela parturiente ou pela acompanhante, se assim o desejassem (Brandão & Figueiredo, 2012; Montenegro et al., 2014), No entanto, relativamente ao *timing*, alguns profissionais optavam por atrasar esta clampagem permitindo o contacto pele-a-pele e aí então, após deixar de pulsar, a laqueação e a secção do cordão por parte da parturiente ou acompanhante. A laqueação tardia do cordão umbilical é definida pela sua laqueação após 1 a 3 minutos após o parto ou até este parar de pulsar (Dresang e Yonke, 2015; NICE; 2017; OMS, 2018b).

A laqueação/ clampagem do cordão umbilical tem estado a ser estudada. Segundo McDonald, Middleton, Dowswell e Morris (2013) na sua revisão sistemática *Cochrane*<sup>®</sup>, esta laqueação tardia está associada no RN de termo a maior peso ao nascer, maior concentração de hemoglobina, melhora as reservas de ferro aos 6 meses e melhora a transição respiratória, estes benefícios apresentam-se ainda maiores nos RN's prematuros. Contudo, encontra-se relacionada a um aumento da necessidade de fototerapia por icterícia. A nível de *outcomes* maternos, esta investigação não encontrou diferenças significativas entre a laqueação precoce e tardia. Apesar de estar, também, coligada a um aumento de icterícia e de fototerapia, a laqueação tardia é indicada em todos os partos exceto em caso de ressuscitação urgente por todas as entidades internacionais (Dresang e Yonke, 2015; NICE; 2017; OMS, 2018b).

Outro aspeto associado à laqueação é a posição do RN no momento da laqueação, sobre este as *guidelines* referem que não há necessidade de manter o RN abaixo do nível da placenta antes da sua secção (Dresang e Yonke, 2015; ; NICE; 2017; OMS, 2018b). Existem alguns estudos sobre esta temática, em 2012, a Palethorpe, Farrar e Duley, desenvolveu uma publicação cujo objetivo foi de comparar os efeitos das diferentes posições do RN entre o nascimento e a laqueação do cordão umbilical, no entanto devido à qualidade dos estudos e suas limitações, não foi possível obter qualquer conclusão

A discussão em relação à posição relaciona-se com o facto da quantidade de sangue e o modo como ele flui poder ser influenciado pela gravidade. Por outras palavras, erguer ou

baixar o RN em relação à placenta pode condicionar esta transfusão (transfusão placentar). Vain e colaboradores (Vain et al. 2014) publicaram um estudo randomizado multicêntrico, com o objetivo de compreender se a gravidade tinha efeito sobre o volume transfundido entre placenta e o RN. Neste foram usados dois grupos, um que se manteve a nível da pelve/introito e outro grupo a nível do abdómen materno, segundo este estudo, não existe diferenças significativas entre os grupos relativamente à quantidade de volume transferido, no que concerne às variáveis estudadas como peso do RN ou variáveis secundárias como hematócrito, concentrações de bilirrubina em ambos os grupos são semelhantes. Pelos que os autores concluíram que a gravidade parece não ter efeito sobre volume sanguíneo transfundido por via placentar, e que antes o *timing* da sua laqueação parece ter efeito significativo, aconselhando os profissionais a atrasar a sua laqueação e a permitir o contacto imediato entre mãe/pai e RN.

Dada a sessão da pulsação do cordão umbilical, a placenta separa-se da parede uterina através da decídua esponjosa e é expulsa pelo canal de parto. Esta separa-se como resultado de hemorragia capilar dada pelo efeito de corte causado pelas contrações uterinas. O grau de perda sanguínea associada à separação e expulsão da placenta depende de quão rápido a esta se separa da parede uterina e quão eficaz são os músculos uterinos a contrair em torno do leito placentar durante e depois da separação. Assim neste momento identificámos diagnóstico de Risco de hemorragia pós-parto (Leveno, 2014). No momento da saída da placenta avaliávamos o tipo de dequitação.

Existem dois tipos de mecanismo de expulsão placentar, o mais comum, designa-se por mecanismo de Schultz e caracteriza-se por uma separação inicial que decorre na zona mais central da placenta, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, que sai pela vagina em forma de guarda-chuva invertido com as membranas fetais brilhantes. Neste a face fetal sai em primeiro lugar, com hemorragia apenas após a expulsão completa. Por outro lado, o mecanismo de Duncan caracteriza-se pelo descolamento placentar periférico, separando as membranas da parede uterina, com descida lateral da placenta. Nesta ocorre hemorragia antes da placenta ser visível, e a superfície materna apresenta-se em primeiro lugar, acompanhada de direto e contínuo sangramento (Fatia et al., 2016).

Uma vez presente o Risco de Hemorragia Pós-parto, desenvolvemos as nossas intervenções baseadas na gestão ativa do terceiro estadio de trabalho de parto.

A gestão ativa é recomendada pela OMS (2014a) por estar associada à redução do risco de Hemorragia. A evidência indica a eficácia deste tipo de atuação neste período em comparação com a atitude expectante, no que respeita à perda sanguínea, hemorragia pós-parto e outras complicações severas deste período. No entanto, esta gestão mostra-se também associada a maiores efeitos indesejados colaterais, como náusea, vômitos e hipertensão. Relativamente à sua origem, foi de nosso conhecimento que a hemorragia pós-parto é na maioria das vezes causada pela atonia uterina (70% dos casos), outras causas são incluídas, nomeadamente lacerações vaginais ou cervicais, restos placentares ou de folhetos fetais retidos, inversão uterina e coagulopatia, somando ainda que o risco de hemorragia aumenta após os 18 minutos e é seis vezes superior após os 30 (Dresang e Yonke, 2015).

Neste sentido, a nossa gestão ativa centrou-se em três pontos essenciais: (1) assegurar a eficácia das contrações uterinas através da administração de uteróticos previamente prescritos – perfusão de ocitocina (10 UI de ocitocina em 500ml de soro polieletrólítico a 250 ml/h) ou se não tivéssemos soros, 10 UI de ocitocina por via intramuscular; após a secção do cordão umbilical, realizávamos a drenagem do sangue placentário, onde desclampávamos o cordão umbilical do lado materno imediatamente após o nascimento, de modo a que o sangue fluísse livremente para um recipiente. Segundo uma revisão da *Cochrane*<sup>®</sup> (Soltani, Poulouse e Hutchon, 2011) esta intervenção permite reduzir a duração média em cerca de 3 minutos e perda média de sangue em 77 ml, sem aumentar o risco de retenção placentária ou necessidade de transfusão sanguínea; (2) tração controlada do cordão na expulsão da placenta e (3) massagem do fundo uterino após a expulsão da placenta (Dresang e Yonke, 2015; NICE, 2017a; OMS, 2014a; Montenegro et al., 2014). Ainda associada à gestão, no sentido de garantirmos o bem-estar materno no que toca nomeadamente à sua estabilidade hemodinâmica, e ao risco de hemorragia, desenvolvemos algumas atividades de vigilância protocoladas nas primeiras duas horas: monitorização de sinais vitais; avaliação do globo de segurança e monitorização de volume sanguíneo perdido a cada 15 minutos (Montenegro et al., 2014).

Como critérios/dados para o possível diagnóstico de Hemorragia Pós-parto, tivemos: a presença de perda sanguínea de um volume sangue igual ou superior a 500ml, sinais ou sintomas de hipovolémia como: palidez, sensação de lipotímia, hipotensão sustentada e /ou taquicardia (Carvalhas et al. , 2018; NICE 2017).

Como referimos, uma das causas que pode levar a hemorragia pós-parto, é a presença de lacerações e de restos placentares e decíduais retidos. Assim após a dequitação, executámos três intervenções de modo rotineiro: (1) avaliar a placenta, (2) avaliar cordão umbilical e (3) avaliar o períneo. Na placenta avaliávamos a sua forma, local de inserção, a integridade dos cotilédones, assim como a presença de anormalidades como calcificações, avaliávamos ainda a integridade dos folhetos. Relativamente à avaliação do cordão umbilical, avaliávamos o local da sua inserção na placenta, o seu comprimento e características da geleia de Wharton e avaliados os três vasos (duas artérias e uma veia). A inspeção do períneo foi essencial para detetarmos a presença de possíveis lacerações: a sua extensão, incluindo as estruturas envolvidas e a deteção do ápice da lesão (NICE, 2017).

A episiorrafia (correção cirúrgica perineal) está geralmente relacionada com dor e desconforto local. Relativamente ao *timing* da sua realização, executávamos após dequitação, e mal fosse possível. A nossa técnica de sutura esteve de acordo com o protocolo instituído no serviço: a técnica de sutura contínua com encerramento perineal intra-dérmico (Montenegro et al., 2014). Efetivamente a evidência atual aponta que este tipo de técnica de sutura na reparação do musculo está associada a menores níveis de dor, melhor satisfação materna e a menor incidência de deiscências da ferida (NICE, 2017).

Respetivamente às nossas intervenções de enfermagem nos cuidados imediatos ao RN, tivemos como base o foco Desenvolvimento Infantil em que se destacaram atividades de vigilância de monitorização do peso, comprimento, perímetro cefálico, avaliação de índice de Apgar (1º, 5º minuto) e posteriormente vigilância da primeira micção e dejeção; nos casos em que RN apresentava um peso inferior a 2500gr ou superior a 4000 gr realizávamos uma pesquisa de glicemia capilar e, por fim a vigilância de gemido ou dificuldade respiratória, a administração de vitamina k por via intramuscular (1mg em RN com mais de 1000gr e 0,5 se com menos de 1000gr). Esta vitamina é necessária para a coagulação sanguínea sendo produzida naturalmente pela flora intestinal, pelo facto de não terem a flora desenvolvida é necessária a sua administração. Para além destas atividades, realizámos intervenções no âmbito dos diagnósticos de potenciais riscos associados ao nascimento: Risco de hipotermia, Risco de aspiração e Risco de infeção (NICE, 2017; Montenegro et al., 2014) .

O índice de Apgar é um método de fácil avaliação da vitalidade do RN e um preditor da necessidade de reanimação do neonato. Este caracteriza-se pela avaliação cinco parâmetros: o tónus muscular, a irritabilidade reflexa, a coloração da pele, o esforço

respiratório e a frequência cardíaca ao 1º, 5º e ao 10º minuto após o parto, numa escala de 0 a 10 (ScharDOSim, Rodrigues e Rattner, 2018). Scores de Apgar entre 8-10 no primeiro minuto de vida indicam condições fisiológicas ótimas do RN tendo representado na maioria dos nossos partos executados, score de 7 existiram associados aos que partos distócicos assistidos, por exemplo de ventosa.

Relativamente ao Risco de Infecção, as nossas intervenções centraram-se no recurso à norma asséptica durante o TP, com o uso lençóis estéreis (previamente aquecidos) para limpar e envolver o RN, e também através da administração profilática com pomada oftálmica (cloridrato de oxitetraciclina), com objetivo de prevenir infeções oculares causadas por bactérias; pelo facto de não termos tido contacto com mães portadoras de VIH, hepatite B e C e/ou de recém-nascidos banhados em mecónio espesso não foi necessário proceder ao banho do RN (Montenegro et al., 2014). O risco de hipotermia mostrou-se como central no bem-estar do RN nas primeiras horas de vida, manter o calor foi determinante, já que a hipotermia força o RN a usar as reservas de glicose para se aquecer, causando hipoglicemia, estando esta por sua vez associada a danos neurológicos. Por conseguinte, após o contacto pele-com-pele, com a participação ativa do pai, o RN foi cuidadosamente limpo e vestido (com roupa previamente aquecida), estando sob uma fonte de calor, na companhia do pai e deste modo, prevenimos a perda de calor pelas suas quatro formas (evaporação, condução, convecção, e radiação) e em simultâneo promovíamos a ligação pai/filho, contribuindo para uma maior proximidade e intimidade entre a tríade e resultando em sentimentos de maior responsabilidade e envolvimento com o RN por parte do pai (NICE, 2017).

Tal como recomendado pelas entidades internacionais (NICE, 2017a; OMS, 2018b) mal fosse possível após o nascimento, encorajávamos a amamentação e incentivávamos/promovíamos o seu início durante a primeira hora de vida do RN. O início da amamentação na primeira hora de vida está relacionado com a diminuição de morbilidade e mortalidade do RN, assim como à diminuição de dificuldades na amamentação no futuro (Carberry, Raynes-Greenow, Turner & Jeffery, 2013; Boccolini, Carvalho, Oliveira & Pérez-Escamilla, 2013; OMS, 2018b, RCM, 2012).

Existem evidências consideráveis disponíveis relacionadas com a promoção e o suporte da amamentação. As diretrizes da NICE (2017) referem que RN de termo saudáveis apresentam comportamentos de pré-alimentação na primeira hora de vida. As nossas principais considerações com a amamentação precoce (amamentação na primeira hora pós

parto) incluíram o *timing* da primeira mamada, o conforto da mãe através da sua posição como no alívio da dor e mesmo no assegurar da privacidade, e o acesso ao apoio (presença da pessoa significativa), assim como o processo e as rotinas dos cuidados e a capacidade de evitar a separação da mãe do RN (exceto em de situações de risco de vida que não foi presenciado), e ainda baseada numa posição de auxílio, disponibilidade e nunca de controlo (Balogun et al., 2016; Boccolini et al., 2013; Carberry et al., 2013; OMS, 2017, RCM, 2012). Joshi, Magon e Raina (2016). no seu estudo demonstram a importância clara do posicionamento do RN e da mãe para a promoção do início da amamentação, já o contacto precoce entre a mãe e o seu RN, concretamente contacto pele com pele, é essencial para o início da mesma sendo que Moore et al. (2016) confirmam benefícios claros deste contato com duração da amamentação no pós-parto.

Duas horas após o trabalho de parto, e após confirmarmos o bem-estar materno: globo de segurança bem formado, sinais vitais estáveis, dor controlada, ausência de sinais ou sintomas de alarme, se presente, removíamos o cateter epidural se ausência medicação EV prescrita removíamos o cateter venoso periférico); e após assegurarmos o bem-estar do RN: ausência de gemido ou sinais de dificuldade respiratória, mãe e filho eram transferidos para o serviço de puerpério (Montenegro et al.2014).

#### 4. TORNAR-SE MÃE E PAI E PÓS-PARTO

À semelhança do período do TP, a OE (2011) preconiza que o enfermeiro ESMO cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, de uma forma culturalmente congruente, otimiza em simultâneo a saúde e garante cuidados de qualidade, minimizando os riscos à puérpera e ao RN no período do pós-parto, participando ativamente na promoção do autocuidado e do processo de transição e adaptação à parentalidade. Durante o estágio, o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas do ESMO concretizaram-se pela implementação de cuidados comuns e especializados, culturalmente congruentes, à mulher durante o pós-parto, ao RN normal ou de risco, e aos seus conviventes significativo, de modo a ir ao encontro das suas reais necessidades (gráfico 7) . Sendo este um período de grandes alterações físicas e emocionais, o desenvolvimento das nossas competências, e das nossas atividades de enfermagem especializada deram-se no âmbito de três grandes focos: bem-estar do recém-nascido, bem-estar materno, e processo de transição e adaptação à parentalidade.



Gráfico 7 - Experiência no âmbito do puerpério: número de puérperas e recém-nascidos cuidados e vigiados

À chegada ao serviço, realizávamos o acolhimento da mãe e ao RN, com a confirmação dos dados de identificação materna e do RN, a presença de pulseira de identificação e a aplicação de pulseira eletrónica, seguida da apresentação ao casal dos profissionais, disposição do espaço físico, funcionamento do serviço (regras, rotinas, horários e recursos disponíveis). Os processos clínicos eram consultados e realizávamos uma avaliação física da

puérpera e ao RN. Posteriormente era ainda planejado com o pai, se desejo do casal, os cuidados ao RN.

O período pós-parto, pós-natal, puerpério é entendido como o período que se inicia após o nascimento do RN e termina após a recuperação materna do estado pré-gravítico (Santos, 2002). Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da amamentação, pela adaptação psicológica da mãe e da relação mãe/pai e filho. As transformações biológicas e corporais que ocorrem no corpo da mulher são exclusivas dos processos pós-natais e as transformações sociais, psicológicas, afetivas e legais com que a mulher e o homem se confrontam são únicas e irreversíveis (Cardoso, 2011).

O processo de transição para a parentalidade compreende e constituiu um dos nossos principais focos de atenção. Após o nascimento de um filho, a vida da mãe e do pai nunca mais é a mesma, a chegada de um recém-nascido à família acarreta mais mudanças no ciclo de vida da família do que qualquer outra etapa desenvolvimental. Esta transição decorre num continuum, desde o início da gravidez terminando entre o quarto e sexto até ao ano, quando os pais desenvolvem sentimentos de bem-estar, confiança, em que os cuidados à criança deixam de se mostrar desconhecidos ou imprevisíveis e existe mestria no desempenho do papel (Canavarro, 2006; Cardoso, 2011; Mercer, 2006, Sanders, Lehmann, & Gardner, 2014)

O tempo de internamento mostrou-se como um momento intenso de adaptação e de aprendizagem para os novos papéis parentais, mais sensível em internamentos curtos. Denote-se que, atualmente, deparamo-nos com internamentos cada vez mais breves: no CHUSJ, o período de internamento da puérpera e do RN, foi habitualmente de 48 horas em partos eutócicos e distócicos por ventosa e de 72 horas em partos distócicos por cesariana, pelo que sendo o enfermeiro ESMO facilitador do processo de transição para a parentalidade, foi importante compreender as características e as condicionantes da mesma, de modo, a delinear estratégias facilitadoras eficazes em cada caso.

Meleis et. al. (2000) refere que a vivência de transição exige a incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos e que haja redefinição de significados relacionados aos eventos e, por consequência, a definição de si mesmo no contexto social. Em analogia, no processo de *tornar-se mãe* e *tornar-se pai* existe uma reformulação da identidade pela incorporação de um novo papel, a ligação com o filho, a incorporação de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades, no âmbito das competências

parentais, o desenvolvimento da confiança e da percepção de autoeficácia levam à satisfação e ao prazer no exercício do papel (Cardoso, 2011; Meleis et. al, 2000; Mercer, 2006; Mercer & Walker, 2006).

O Bem-estar Materno apresentou-se como um dos focos major do período do puerpério. Assim, as intervenções por nós adotadas foram direcionadas no sentido de identificar precocemente possíveis complicações, facilitar a recuperação do processo de parto e estimular o autocuidado, bem como promover o vínculo entre a mãe e RN.

Como afirmámos, este período acarreta um processo de recuperação ao estado pré-gravítico, pelo que sabemos que mudanças fisiológicas ocorrem em grande escala, as mulheres encontram-se expostas a eventos que põem em causa o seu bem-estar, alguns deles que podem levar a morbilidade severa ou até à morte materna. Apesar de serem reduzidas na Europa da atualidade, a análise da sua causa foi essencial para desenvolvermos estratégias preventivas. Neste seguimento, o diagnóstico de Risco de Complicações pós-parto formulado centrou-se na compreensão de sinais e sintomas de alerta, e no desenvolvimento de atividades de vigilância e intervenções preventivas. É de salientar que neste diagnóstico a promoção do Autocuidado no Pós-Parto que se efetivou através do ensino da autovigilância de sinais de alarme e do ensino das estratégias preventivas, e foi imprescindível. Mais uma vez, destacamos a evidência científica no facto da educação da promoção do autocuidado permitir não só assegurar o bem-estar da puérpera, como a capacidade de desenvolver estratégias de *coping* e de adaptação (Ospina, Muñoz & Ruiz, 2012).

A avaliação do estado físico da puérpera realizou-se, no sentido cefalo-caudal, sendo que, e também de acordo com o horário protocolado na instituição, foram avaliados: a coloração da pele e mucosas, mamas (quanto à presença de fissuras, maceração) o conhecimento da puérpera relativo à prevenção de complicações amamentação (maceração e ingurgitamento), estado de contração e involução uterina, ânus e o períneo (quanto à presença de edema, dor, sinais de infeção e processo de cicatrização de ferida), características dos lóquios (quantidade e características) conhecimento da mulher sobre cuidados de higiene perineal; o conhecimento sobre a evolução dos lóquios e sinais de alarme no puerpério, avaliação eliminação intestinal e eliminação urinária e monitorização dos sinais vitais

Sabíamos que na nossa sociedade o Risco de Complicações no pós-parto encontrava-se relacionadas sobretudo ao: o risco de tromboembolismo, hemorragia pós-parto, infeção e

pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Apesar de não presenciados, desenvolvemos atividades preventivas neste âmbito, pelo que se segue o desenvolvimento do raciocínio e intervenções deste nosso diagnóstico principal ( Euro-Peristat, 2013; ICN, 2011; NICE, 2017).

Os eventos tromboembólicos, como a trombose venosa profunda e embolia pulmonar, compõem a principal causa de morte materna em países desenvolvidos, com o foco Processo Vascular identificámos o diagnóstico de Risco de complicações Pós parto relacionado com o Processo Vascular, realizámos intervenções centradas em medidas preventivas, tais como Mobilizar ativamente os membros inferiores, Executar levante: sendo que a puérpera iniciava o primeiro de modo assistido, assim que o desejasse ou nas primeiras 6 horas se parto vaginal e 12h se cesariana (estando este dependente estado hemodinâmico e sintomatologia associada), e Incentivar à deambulação precoce, que além da prevenção do risco vascular encontra-se associada também a outros benefícios como a promoção da involução uterina, da expulsão dos lóquios no útero, melhoria do funcionamento da bexiga, do intestino e circulação sanguínea (NICE, 2017; Pontes, Pimentel & Carvalho, 2013); e desenvolvemos atividades de vigilância: Vigiar sinal de Homans (sinal inicial de tromboflebite das veias profundas que se manifesta por queixas de dor a nível da parte posterior da perna quando a mesma está em extensão e o pé fica em dorso-flexão), Vigiar sinais e sintomatologia de alarme, tais como dor no peito, dispneia e/ou taquicardia; e Incentivar a autovigilância.

A hemorragia secundária pós-parto, ou seja, a perda anormal ou excessiva de sangue pelo canal vaginal entre as primeiras 24 horas até às 12 semanas após parto, pode ter como causa a presença de laceração, de fragmentos placentares e/ou membranares que impedem o útero de contrair e que podem causar infeção que, por sua vez contribui para o processo hemorrágico (Alexander, Thomas & Sanghera, 2010; Dahlke, Mendez-Figueroa, Maggio, Hauspurg, Sperling, Chauhan & Rouse, 2015). Ao diagnóstico Risco de Complicações pós-parto relacionado com Risco de Hemorragia, tivemos como base atividades de vigilância da presença destas possíveis causas, como avaliação do fundo uterino (involução uterina, a identificação do globo de segurança de Pinard), vigilâncias da ferida perineal, da perda sanguínea (a cada quatro horas segundo protocolo), cheiro e presença de possíveis restos placentares, assim como a vigilância de sinais e sintomas sugestivos de alarme, tais como taquicardia, síncope, palpitações, sensação de lipotimia, tonturas e/ou cansaço extremo (Dahlke et al.,2015; NICE, 2017b).

O Risco de complicações Pós-parto relacionado com o Risco de Infecção apresenta dados diferenciais, associados sobretudo à dor e a valores de sinais vitais alterados, como taquicardia e febre. Assim, formulámos intervenções de vigilância baseadas na avaliação do períneo e das mamas, avaliação da perda sanguínea (lóquios), vigilância da ferida perineal, monitorização de sinais vitais, e intervenções baseadas na prevenção, como o ensino sobre autocuidado e incentivo à autovigilância: vigilância de sinais de infecção local, nomeadamente: dor, rubor, calor local, aumento da temperatura corporal e serosidade purulenta, salientámos à puérpera/casal que caso presentes após a alta, apresenta-se como motivo para recorrer ao serviço de urgência. Relativamente aos cuidados perineais estes realizavam-se duas vezes por dia e sempre que necessário com cloro-hexidina (presença de episiotomia), era aconselhado às puérperas a realizarem limpeza da zona perineal cuidadosa e a mudarem frequente do penso higiénico, tentando manter o local o mais seco e limpo (Montenegro et al., 2014; MSSSI, 2014; NICE, 2017b;).

Pela exposição repetida a anestésicos, compressão uterina e desalgiação, as puérperas encontravam-se sob o Risco de Retenção Urinária, pelo caso de não ocorrer espontaneamente até 6h pós-parto, após o levante e deambulação precoce, incentivávamos a micção espontânea, sendo esperado que esta ocorresse nas primeiras 6h após o parto, intervenções de incentivo à micção, nomeadamente escutar do som da água corrente, colocação de água sob o períneo, assegurar ambiente e privacidade mínima necessária (MSSSI, 2014; NICE, 2017b).

A ainda na função urinária, o risco de incontinência urinária em puérperas atinge até 35% das mulheres, sendo que novos estudos demonstram que independentemente do tipo de parto (cesariana ou parto eutócico) a multiparidade e a ocorrência de incontinência urinária na gravidez surgem como possíveis fatores de risco para o surgimento de incontinência no puerpério (Rocha et al., 2017). Deste modo, associado ao diagnóstico Risco de incontinência urinária aconselhávamos às puérperas execução de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico (exercício de kegel), sendo sugerido o encaminhamento médico caso não houvesse melhoria e/ou agravamento do quadro (o que não ocorreu durante a experiências no ensino clínico) (MSSSI, 2014, NICE, 2017b; Rocha et al., 2017).

Relativamente à função intestinal, neste período encontrava-se especialmente alterada, podendo não ocorrer espontaneamente nos primeiros 3 a 4 dias pós-parto. O diagnóstico de Risco de Obstipação esteve inevitavelmente presente, como critérios para o diagnóstico tivemos uma série de fatores como a diminuição da motilidade gastrointestinal, por efeitos

da analgesia e anestesia, relaxamento da musculatura abdominal, dor perineal (lacerações ou episiorrafia) a presença de hemorroidas, jejum, desidratação e alteração do padrão intestinal habitual. Assim, incentivámos as puérperas a manter uma ingestão hídrica adequada, uma dieta rica em fibras e a deambular (NICE, 2017b; Turawa, Musekiwa & Rohwer, 2014). Por outro lado, desenvolvemos também atividade derivadas de prescrição institucionalmente protocoladas através de administração de determinados fármacos laxativos: assim caso existisse desconforto após as 24 horas de parto, na abordagem inicial administrávamos laxantes osmóticos (como lactulose) caso até ao momento de alta a puérpera apresentasse ainda desconforto e ausência de trânsito intestinal era administrado laxantes contacto (2 microclister de citrato de sódio - Microlax®) (Montenegro et al. 2014; Turawa, Musekiwa & Rohwer, 2014; NICE, 2017b).

A presença de Dor e desconforto após parto representou-se como uma das principais queixas das puérperas durante o internamento, localizada sobretudo na zona abdominal, causadas por cólicas uterinas (durante ou após a mamada) e perineal no local da episiorrafia, após avaliarmos a ausência de sinais inflamação ou outras complicações, recorriamos à aplicação de gelo local até 15 minutos, conforme o protocolo instituído, e sendo necessário, também previamente prescrito, procedíamos à administração de paracetamol 1gr oral (Montenegro et al., 2014; NICE, 2017b). Normalmente estas medidas eram suficientes para reduzir e mesmo eliminar o desconforto e dor.

Na preparação para a alta, ao longo do internamento, alguns temas como a recuperação física e a sexualidade foram abordados. O tema sexualidade ainda que “tema desconfortável”, mostrou-se pertinente, já que dúvidas como voltar à vida íntima ocorriam, mas que por “vergonha” não eram expostas por alguns casais. Proporcionar o espaço necessário e assegurar um ambiente seguro, demonstrar disponibilidade e proporcionar confiança mostraram-se estratégias eficazes para que os casais se sentissem seguros e confortáveis para abordarem a temática. Neste momento, avaliávamos o conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivos e as expectativas dos mesmos relativos à atividade sexual e seu início. A maioria dos casais não estavam cientes sobre quando poderiam começar sua atividade sexual, pelo que foi importante informá-los sobre o seu início após a 3ª -4ª semana pós parto (quando lesões perineais cicatrizadas) ou quando se sentissem preparados e confortáveis para tal, sendo que o desconforto, ainda que transitório, poderia ser esperado (Dabiri, Yabandeh, Shahi, Kamjoo & Teshnizi, 2014). A dispareunia é, efetivamente, um dos sintomas frequentes após o parto, causada pela diminuição da lubrificação vaginal (associada à diminuição de estrogénios), e traumatismo perineal

podendo durar 2 até 6 semanas após o parto. Informávamos assim o casal sobre a possibilidade de presença de dor aquando o ato sexual e aconselhávamos o uso lubrificantes à base de água, para diminuir o desconforto (Dabiri et al., 2014; Hanan, Soad, Heba & Huda, 2017; NICE 2017).

Em continuação, outro tema em que alguns casais apresentavam algumas dúvidas, foi o uso de contraceptivos, informámos assim os casais sobre contraceção no período pós-parto: amenorreia, uso contraceptivo de barreira e métodos hormonais (NICE, 2017b). O método da amenorreia durante a lactação é um método de contraceção natural temporário que se baseia no período em que não ocorre a ovulação, enquanto a mãe amamenta exclusivamente, e permanece em amenorreia, apesar de ser um método natural foi importante informarmos o casal que a duração da infertilidade provocada pela amamentação é imprevisível e não há maneira de prever a sua ocorrência. O uso de métodos de barreiras foi o que mais aconselhámos, nomeadamente o preservativo, este apresenta vantagens neste período: diminui o risco de infeção e, como contém lubrificante, torna o ato sexual menos desconfortável previne uma nova gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. No que concerne ao recurso de métodos contraceptivos hormonais, informámos que o preferível seria o progestativo por não influenciar na quantidade e qualidade do leite materno, mas apenas a ser iniciado nas 6 semanas após o parto e não é conhecido o seu efeito na função hepática ou cerebral do RN, no entanto, salientámos aos casais que esta alternativa deveria ser sempre ponderada posteriormente junto do clínico que os seguisse (ACOG, 2018; DGS, 2008; NICE, 2017b).

Durante o período de puerpério, as mudanças de humor e a labilidade emocional foram relativamente comuns, estas são explicadas, em parte pelas fortes alterações hormonais, mas também, por outros agentes como reorganização social, adaptação ao novo papel materno, cansaço com privação de sono, reestruturação da sexualidade da imagem corporal e identidade feminina e insegurança entre muitos outros. Estas mudanças, foram frequentemente manifestadas pelo choro fácil, inquietação, insónia, ansiedade, cefaleias, tristeza, irritabilidade, o comportamento hostil para com os familiares e raiva foram frequentes. Nestas situações as nossas intervenções foram sustentadas no suporte emocional, na presença e na nossa disponibilidade, na escuta-ativa, na promoção do diálogo, na promoção do suporte social através da permissão de maior número e de mais tempo com as pessoas significativas durante a visita e no auxílio nos cuidados ao RN (Dennis & Dowswell, 2013; NICE, 2017b).

O adquirir das competências nos cuidados próprios do EESMO no pós-parto deve ir ao encontro das necessidades do RN em cuidados de família. Após o nascimento, o RN precisa de adaptar as suas funções à vida extra-uterina de modo a garantir a sua sobrevivência.

Na admissão do RN, procedíamos à avaliação física do RN: presença de gemido, coloração (perfusão periférica), temperatura, sinais de dificuldade respiratória, confirmação de *clamp* no coto umbilical (relacionado com o risco de hemorragia), reatividade e tónus muscular. Por outro lado, nas primeiras horas, pelo facto da puérpera se dever manter em repouso, executávamos os cuidados ao RN (como a muda de fralda, a colocação do bebé à mama), contudo no sentido de fomentar a ligação da díade mãe-filho, o RN era mantido junto da mãe prevenindo em simultâneo a hipotermia no RN (OMS, 2017).

Durante os primeiros dias após o parto, tivemos presente os seguintes diagnósticos: Risco de Hipotermia, Risco de Infeção e Risco de Desenvolvimento Infantil inadequado (relacionado com os sistemas urinário e intestinal após o nascimento) acrescentando os cuidados ao RN no âmbito o diagnóstico Potencial para o papel parental desenvolvendo competências parentais e a Potencial ligação mãe/pai -filho em todo o processo (ICN, 2011).

Relativamente ao Risco de Desenvolvimento Infantil inadequado, em todos os turnos vigiávamos o padrão eliminatório do RN: número de micções e dejeções, por serem indicadores da adaptação extrauterina e do aporte nutricional adequado. A primeira micção do RN surge normalmente nas primeiras 24 horas de vida, já a eliminação intestinal poderá ocorrer nas primeiras 48 horas, sendo progressivo o padrão com a evolução do sistema urinário e intestinal. Pelo que é expectável a presença de cerca de 6 a 9 micções por dia e de uma dejeção por dia ou dias alternados (Amorim, 2012; OMS, 2017; Sulemanji e Vakili, 2013).

Outro diagnóstico identificado foi o Risco de Hipoglicemia, em RN que apresentassem fatores de risco, nomeadamente que fossem leves, pequenos ou mesmo grandes para a idade gestacional e que fossem filhos de mães diabéticas. As intervenções de enfermagem passaram essencialmente pela monitorização da glicemia capilar (eram valores considerados normais se glicemia superior a 40mg/dl nas primeiras 24h e acima de 50mg/dl após as 24h) e vigilância sinais de hipoglicemia como letargia, tremores e irritabilidade; depressão respiratória/apneias; hipotonia; diminuição da atividade espontânea, choro gritado, recusa alimentar e hipotermia. Salientamos que a pesquisa de glicemia era apenas realizada em RN sintomáticos e não assintomáticos mas com presença de fatores de risco,

não sendo realizada em RN saudáveis a mamar regularmente (cerca de 8 a 10 mamadas/dia) já que a hipoglicemia neonatal no nestes nestas crianças é transitória logo após o nascimento. 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. Caso fosse ineficaz introduzia-se o leite adaptado por copo. Em nenhum momento foi necessária a administração de glicose por via endovenosa.

Por vezes, no segundo ou mesmo terceiro dia após o parto, verificámos que os RN desenvolviam icterícia, identificávamos assim o diagnóstico Risco de complicação relacionada com icterícia. A icterícia fisiológica, considerada benigna, surge após as primeiras 24 horas de vida normalmente entre o 3o e 5o dia de vida, e resulta das características próprias do RN e a sua imaturidade, como a produção aumentada de bilirrubina, resultante da massa eritrocitária elevada, curta vida dos eritrócitos e imaturidade hepática (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013; Silva, 2011). A icterícia que surge nas primeiras 24 horas após o nascimento é considerada patológica e pode progredir para o aumento de valor de bilirrubina sérica muito elevados, comprometendo o SNC, devido à sua passagem através da barreira hemato-encefálica e deposição nas células cerebrais levando a um risco aumentado de disfunção neurológica (SPP, 2013; Silva, 2011).

Para detetar precocemente a presença de icterícia neonatal realizávamos em todos os turnos a observação cefalocaudal do RN, sob luz natural e, na presença de sinais de coloração amarelada da pele e das membranas escleróticas, era realizada a colheita de sangue no pé do RN para posterior avaliação sérica dos níveis de bilirrubina. Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013), o seu aparecimento ocorre no sentido cefalocaudal, tendo início na face (escleróticas e mucosas) e progredindo até às extremidades, e o seu desaparecimento ocorre de forma inversa. Na presença do diagnóstico de icterícia neonatal, o tratamento foi a fototerapia durante 24 horas, sendo posteriormente feita reavaliação através de nova colheita de sangue. O tratamento através de fototerapia foi realizado no serviço de obstetrícia, ficando o RN sempre na companhia da mãe mesmo após a sua alta.

A fototerapia consiste na exposição do RN a luz fluorescente que transforma a bilirrubina através da fotoisomerização num isómero solúvel excretado através da bÍlis e urina: o RN era despido expondo a maior área corporal possível, mas mantendo a fralda para proteger as gónadas e colocando protetores oculares de algodão e deitado no dispositivo Bilibed, que consiste num berço transmissor de luz fluorescente (Silva, 2011).

Apesar de benéfica, esta técnica tem a si associados alguns riscos nomeadamente diarreia, desidratação, rash maculopapular, lesões na retina, obstrução nasal devido à permanência dos protetores oculares, queimaduras por exposição aumentada à luz ultravioleta, síndrome do bebé bronzeado, e trombocitopenia (Silva, 2011). Neste sentido, associados À fototerapia estiveram também prese presente, os diagnósticos de enfermagem: Risco de Integridade da Pele Comprometida, pelo risco de queimadura e alterações na retina; Risco de Hipotermia/Hipertermia, relacionado com a exposição do RN durante o tratamento; Risco de Volume de Líquidos Comprometido, pelo aumento da perda de líquidos pelo trânsito gastrointestinal; Risco de Ligação Mãe/pai-filho Comprometida, relacionado com o aumento do tempo de internamento hospitalar e ao sentimento de ansiedade que muitas vezes os pais apresentavam. As nossas intervenções tiveram então como objetivo prevenir controlar possíveis complicações associadas, no sentido de fomentar a parceria de cuidados, ensinávamos os pais sobre os cuidados: informar sobre o uso de protetores oculares adequados durante a permanência do RN no sistema de fototerapia convencional; manter a criança despida apenas com a fralda, alternar a posição do RN de 2 em 2 horas com o objetivo de aumentar a área de exposição e evitar o sobreaquecimento; aconselhar os pais a não usar óleos, cremes ou loções na pele do bebé para evitar queimaduras; ensinávamos sobre a importância do reforço hídrico explicada a relevância das mamadas eficazes e a necessidade de encurtar o intervalo entre as mesmas; vigiar a pele e mucosas para detetar sinais de irritação; promover o contato pele-a-pele durante as pausas para mamar; vigiar o estado geral e reflexos do RN (Silva, 2011).

Perante as necessidades de aprendizagem dos pais, durante a aquisição de competências fomos desafiados *a procurar soluções inovadoras e efetivas, tanto no domínio do diagnóstico centrado nos processos de transição para a parentalidade, como no domínio da informoterapia com vista ao desenvolvimento das competências parentais* (Cardoso, 2011, p. 9).

Perante o foco Papel Parental, o desenvolvimento das nossas atividades centraram-se no desenvolvimento das competências parentais, Cardoso (2011, p. 52) define competências parentais como *conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança*. Posto isto, e tendo como referência a autora anterior, considerámos como competências parentais: preparar a casa para receber o filho; preparar a integração do novo elemento da família; alimentar a criança: amamentar e lidar com complicações da amamentação; colocar a eructar; assegurar higiene e manter a

pele saudável; tratar do coto umbilical; atender ao choro; vestir e despir e vestuário; 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 de dormir; estimular o desenvolvimento da criança (Cardoso, 2011; NICE, 2017b; OMS, 2017).

Tendo em conta a dimensão das competências parentais, e o tempo de internamento durante o puerpério, foi essencial procedermos ao diagnóstico das reais necessidades. Efetivamente a tomada de decisão por intervenções efetivas teve como base a identificação dos conhecimentos e habilidades que os pais já tinham adquirido, relembremo-nos que muitos dos pais frequentaram cursos de preparação para a parentalidade, e outros acesso a uma imensidão de recursos e fontes de informação, assim em todos os casos, foi fundamental compreendermos o que pais sabiam e sabiam fazer e o que precisavam de saber e saber/ fazer. No entanto, denotemos que neste contexto, os pais encontravam-se numa fase inicial do processo de transição (fase formal) pelo que o desempenho, com perícia, das competências parentais não foi expectável (Meleis et al., 2000, Cardoso, 2011).

Além de ensinar sobre os cuidados ao RN, o desenvolvimento das nossas intervenções de enfermagem englobou simultaneamente a promoção da autoeficácia parental e da confiança no desempenho das atividades (Cardoso, 2011).

Neste seguimento, a troca da fralda, a manutenção da pele saudável constituiu um dos primeiros contactos dos pais com os cuidados ao RN. A pele do RN é agredida mecanicamente pelo contacto com fraldas ou pela utilização de produtos, que pelo seu uso frequente e repetido pode levar a remoção da camada córnea protetora da pele, levando a dermatites. Deste modo, para além da troca frequente das fraldas, os pais foram aconselhados ao uso de compressas húmidas com água, em substituição aos conhecidos toalhetes, sendo o seu uso foi aconselhado em momentos de viagem ou quando se encontrassem fora de casa, no caso de presença de dejeção, e necessidade de remoção mais eficaz de remanescentes. O uso de sabão suave com pH neutro tendencialmente mais ácido (os *syndets* ou sabão sem sabão) foi aconselhado. Ainda relativamente aos toalhetes, aconselhámos a escolha de artigos com o menor número de produtos na sua composição, e ainda sugerimos a passagem por água morna dos toalhetes com o intuito de os aquecer e remover parte dos produtos existentes. Para maior proteção, sugerimos o uso de cremes

de barreira com zinco e/ou petrolato na zona perineal (Cardoso, 2011; Stamatias e Tierney, 2014).

Na continuação dos cuidados de higiene ao RN, no serviço de puerpério, o banho foi tendencialmente realizado no turno da tarde, de modo a abranger maior disponibilidade paterna ou do convivente significativo nos cuidados (relacionado nomeadamente com questões laborais) e dava-se pelo menos 12 h após o nascimento do RN. Relativamente ao primeiro banho a OMS (2017), devido ao risco de hipotermia, aconselha a que este se realize após as 24h do nascimento, ou se por questões culturais não for possível, 6 horas após. No que toca à frequência do banho, aconselhámos que esta deveria corresponder às necessidades e o efeito na RN e aos valores parentais, salientando que se o RN apresentasse a área da fralda limpa com as mudas de fralda, não seria necessário mais que dois a três banhos por semana (Kuller, 2014). No que concerne à escolha dos produtos, explicávamos aos pais que no primeiro mês de vida, não é necessário o seu uso, sendo a norma “água quanto baste e menos detergente”, a evidência confirma que água sozinha e água com produtos de limpeza suaves têm efeitos semelhantes na pele do RN (Lund, 2016). Devido existir, atualmente, uma panóplia de escolhas no mercado relativa a produtos de banho para o RN, os pais mostravam-se algo “perdidos” quanto à sua escolha, neste sentido, orientávamos para o recurso aos emolientes e aos syndets (sabão sem sabão) como opções possíveis, sendo que o produto ideal deveria ser líquido, suave, sem sabão, sem perfume, sem álcool, sem parabenos, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irritasse a pele nem os olhos do RN, nem a camada cutânea protetora (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011; Lund, 2016).

Antes do início do banho, instruímos e treinamos os pais para a importância de preparar o ambiente e reunir todo o material de forma antecipada, assegurar a segurança e prevenir acidentes: prestar os cuidados de higiene longe de janelas ou locais onde fosse previsível a ocorrência de correntes de ar, para prevenir perdas de calor por radiação ou convecção; situar a banheira numa superfície plana e estável; usar tapete antiderrapante na banheira; colocar o ambiente a uma temperatura entre os 24/25°C (podendo ser utilizado aquecedor 15 minutos antes do banho); reunir todo o material antecipadamente; dispor a roupa por ordem de utilização e toalha de banho estendida próximo da banheira. Orientamos para uma temperatura da água entre os 36 e os 37º e a altura a rondar os 10-20 cm. Os pais foram treinados para imediatamente antes de colocar o bebé na banheira testarem a temperatura da água com termómetro/pulso ou cotovelo e ainda não deixar o RN sozinho em momento algum nem em qualquer fase dos cuidados. Explicámos que a duração do

banho não deveria exceder os 5 a 10 minutos, e podia ser dado a qualquer altura do dia, exceto imediatamente após as refeições por risco de regurgitamento, tendo em conta os efeitos no RN aconselhou-se, ainda, ser dado de manhã se efeito excitante, ou à noite se calmante (Cardoso, 2011; Kuller, 2014).

O banho era iniciado com a lavagem cuidadosa das mãos e remoção de anéis ou relógios, posteriormente o pai e a mãe eram instruídos no modo como segurar o RN (um dos momentos em que estes mostravam maior receio) pegavam o RN com segurança, sentando-o na banheira e segurando a cabeça e o tronco do bebé com o antebraço e com os dedos médio e anelar em torno do braço, junto à axila, e lavavam o RN no sentido cefalo-caudal, deixando para o fim o períneo. Depois de secar cuidadosamente, com atenção aos locais com pregas (atrás das orelhas, debaixo do pescoço, debaixo do braço, por detrás do joelho e virilhas), dávamos continuidade aos cuidados de higiene, sendo o casal instruído no corte das unhas e nos cuidados ao coto umbilical (Cardoso, 2011).

O tratamento do coto umbilical, mostrou-se um dos momentos em que os pais se mostravam mais apreensivos. No cuidado ao coto umbilical os pais foram instruídos a realizarem cuidados de higiene diária com água e sabão neutro e manterem o cordão seco, conhecida técnica por *dry clean* ou técnica limpa. Estes foram ainda instruídos a pesquisar sinais de alarme como rubor (vermelhidão) e/ou cheiro fétido (mau cheiro) e tranquilizados quanto a sinais de normalidade como a presença de serosidade no local (devendo ser limpa) e, ainda que, após a sua queda a cicatriz umbilical poderia manter alguma serosidade ou mesmo sangrar, seguindo-se os cuidados de limpeza habituais. Relativamente a este tópico a OMS (2017) refere que num parto hospitalar onde a taxa de infeções é baixa não é necessário a aplicação de antissépticos. O mesmo confirma Imdad e colaboradores (2013) num estudo para a *Cochrane*<sup>®</sup> onde não foram demonstradas diferenças nos cotos tratados com antissépticos e a técnica de limpa, mais, os antissépticos prolongavam o tempo da queda de cordão. No entanto, o uso de antissépticos estava associado com a redução da preocupação materna com o cordão, pelo que caso os pais se apresentassem mais apreensivos era aconselhado o uso de álcool a 70% ou clorhexidina a 4% (Imdad et al., 2013; OMS, 2017).

O uso de vestuário e os cuidados com a roupa foram também abordados, sendo que a maioria dos casais já estava sensibilizado para os cuidados: com o aquecimento da roupa, sobretudo pelo risco de queimadura associada ao sobreaquecimento das peças metálicas presentes na maioria das peças, para o risco de hipotermia, os pais foram aconselhados à

regra “mais uma a duas peças” em relação aos adultos, ainda ao uso de gorro, por ser o local onde os RN mais perdem calor (OMS, 2017).

O momento do banho, mostrou-se particularmente privilegiado para uma observação e avaliação do RN, por outro lado, juntos dos pais, foi também este momento o ideal para esclarecer dúvidas e informar sobre o considerado normal ao desenvolvimento infantil, como a presença do eritema tóxico, acne miliar, mancha mongólica a presença do vérnix, entre outros.

Um dos maiores desafios durante o internamento para os pais, centrou-se com o atender ao choro e saber lidar com o mesmo, efetivamente este foi causa para situações de maior *stress* parental durante o internamento. A competência lidar com o choro refere-se aos conhecimentos e habilidades necessárias para os pais conseguirem interpretar e lidar com o choro da criança, nomeadamente sobre o padrão esperado, tipos e sobre possíveis estratégias de consolo (Cardoso, 2011). Explicámos aos pais que chorar era uma parte do comportamento normal do ser humano, uma forma básica e eficaz de comunicação do RN, o choro como sinal mais potente de pedido de ajuda e como propósito provocar uma resposta materna (ou de outro cuidador) em fornecer cuidados ou de mudar uma condição fisiológica do próprio. E que traduzia variadas condições, embora no primeiro mês de vida ocorria essencialmente por 3 razões: fome, desconforto e dor (Arahamian & Hogencamp, 2017; Cardoso, 2011; Chóliz, Fernández-Abascal & Martínez-Sánchez, 2012).

Para conseguirem descodificar o choro do RN, explicámos aos pais que teriam de estar atentos não só ao som emitido, mas também, à expressão corporal do RN. Assim, de um modo geral, o choro de fome mostra-se como um indicador tardio, caracteriza-se por ser em soluços curtos e contínuos, persistente e não muito alto, e acompanhado frequentemente de movimentações laterais da cabeça, boca ligeiramente aberta e movimento de elevação da mão à boca; O choro de dor, caracteriza-se por um lamento curto, agudo e muito alto, com um limite melódico descendente ou ascendente-descendente, e seguido por um momento de apneia, acompanhado por outro grito; em simultâneo com o choro os membros fletem para junto do corpo, e o rosto do bebé fecha-se. O choro de cólica é uma variante do choro de dor, caracteriza-se por ser agudo e intenso, acompanhado por rubor na face, pulsos cerrados, movimentos intensos nos membros superiores e flexão dos inferiores contra o abdómen pode ainda apresentar sinais distensão e abdómen tenso; O choro de desconforto, causado nomeadamente por sensação de frio/calor, fralda suja ou até mesmo desconforto abdominal pela eliminação de

gases, difere do choro de dor por não ser tão gritado, é normalmente acompanhado por outros sinais como testa franzida, tensão ao nível dos membros e momentos de grande intensidade (Cardoso, 2011; Chóliz, Fernández-Abascal & Martínez-Sánchez, 2012).

Perante o choro, e após descartar causas como fome, necessidade de eructar, fralda ou outro desconforto, os pais foram instruídos sobre estratégias para acalmar o RN: massagem, movimentos rítmicos (embalar), o recurso sons calmos monocórdicos e cinco S's. As técnicas mais eficazes assentam na imitação do ambiente intra-uterino, nomeadamente a técnica dos 5 S's – (1) envolver (*Swaddling*), (2) lateralizar para a esquerda – lado estômago (*Side stomach position*), (3) som de “xiuu” semelhante ao som intra-uterino (*Shushing sounds*), (4) Embalar/balancear (*Swinging*) e (5) sucção com chupeta (*Sucking*) (Cardoso, 2011; Karp, 2008).

O uso de chupeta é das estratégias mais conhecidas e culturalmente implantadas para acalmar o bebé. No entanto, o seu uso tem sido cada vez mais desaconselhado e alvo de algumas divergências na comunidade EESMO, por poder causar confusão com os mamilos e pôr em causa a pega no recém-nascido e, portanto, a interrupção precoce da amamentação.

A compreensão dos prós e contras associados ao uso da chupeta foi essencial para podermos aconselhar os pais, em cada caso, da melhor forma. Durante o internamento, quando perante motivação parental para a amamentação, encorajávamos os pais a tomar uma decisão sobre o uso de chupeta com base na preferência pessoal. Analogamente à investigação sobre este tópico, um estudo de Jaafar, Jahanfar e Angolkar (2016) para a *Cochrane®* explorou o efeito do uso restrito da chupeta na duração da amamentação. Os autores perceberam que uso da chupeta não afetou a proporção de crianças amamentadas parcial ou exclusivamente. Por outro lado, não houve informação associando o efeito do uso da chupeta nas dificuldades na amamentação sentidas pelas mães, na satisfação materna, no choro e agitação infantil e em problemas infantis, como otite média e problemas dentários. Assim, os autores concluem que em mães motivadas, há evidências de moderada qualidade que o uso de chupeta em lactentes saudáveis a termo antes e após a lactação estabelecida, não reduz a duração da amamentação até os quatro meses de idade. No entanto, não há informações suficientes sobre os potenciais danos das chupetas em bebés e mães.

Ainda relacionado ao uso da chupeta Hauck, Omojokun e Siadaty, (2005) demonstraram a presença do uso da chupeta à prevenção do síndrome morte súbita lactente (SMSL), no

entanto pela metodologia utilizada, estes não conseguem empiricamente provar o efeito direto. O estudo *Cochrane*® Psaila, Foster, Pulbrook e Jeffery (2017) tentou perceber se o uso da chupeta diminuía o risco de SMSL, no entanto os autores não conseguiram encontrar evidência que pudesse suportar ou refutar o uso das chupeta na sua prevenção.

Existe vasta evidência, para além da promoção da ligação mãe-filho, relativa à importância para a saúde e dos riscos inerentes para bebés e mães da não adesão à amamentação (McFadden et. al., 2017). Desde 2003 que a OMS preconiza a amamentação exclusiva desde o nascimento até aos seis meses de vida (OMS, 2017). Em Portugal, têm sido implementadas medidas no sentido de promover esta orientação, nomeadamente a iniciativa hospital amigos do bebé e a licença maternidade paga a 100% até aos cinco meses de idade. Em 2014, 60,6% das mães portuguesas amamentaram exclusivamente até aos três meses de idade, em comparação com 30,4% em 1995/96. Este aumento ocorreu, também, no que toca à percentagem de mulheres que amamentaram até aos seis meses de 20,6% em 1995/96 para 53% em 2014. Estes dados, oriundos do estudo publicado em 2017 por Kislaya, Braz, Dias e Loureiro vêm revelar uma evolução positiva nas práticas do aleitamento materno em Portugal, e na necessidade de continuar e de melhorar o trabalho já realizado no sentido de prosperar este rácio.

A amamentação encontrou-se, tal como atender ao choro, nas competências parentais das mais desafiantes e que maior ansiedade causou nos pais, sobretudo na mãe. A grande maioria dos casais, durante o internamento, apresentou vontade e motivação em amamentar exclusivamente, e estavam cientes da importância major deste ato para o bem-estar materno e do RN, no entanto, a sua implementação nem sempre foi fácil ou intuitiva. Efetivamente, alguns destes casais perante as dificuldades, com o tempo, iam perdendo a motivação para amamentar, já que o “biberão ou o copinho pareciam mais fáceis”, foi perante situações destas que as nossas intervenções foram profícuas (enquanto futuro EESMO).

As causas predominantes para a desmotivação prendiam-se, sobretudo, com a perceção de autoeficácia materna na amamentação e com as dificuldades a si inerentes: compreender se o seu bebé faz uma boa pega, como corrigi-la, ter dúvidas se o seu bebé está alimentado, ter pouco leite, qual a mama a oferecer, como pegar no bebé, qual a melhor posição, dor quando o bebé suga, experiências anteriores menos bem ou mal sucedidas, foram das várias dúvidas e dificuldades que estas mães e pais se nos depararam.

Auxiliar os pais a desenvolver habilidades, mobilizar conhecimentos e a tomar decisões, assistir na amamentação: escolha da mama em cada mamada, posicionamento mãe-RN, sinais de pega eficaz como corrigir a pega, sinais de fome/saciedade, intervalo e a duração das mamadas, características nutricionais e tipos de leite produzido, estratégias que podem ser usadas para a prevenção da maceração e mecanismo de produção e ejeção de leite, intervenções baseadas no relaxamento, no suporte, encorajamento e reforço positivo refletiam-se estratégias eficazes (Balogun et al., 2016; Becker, Smith & Cooney, 2016; Kent et al., 2016).

Lidar com os problemas da amamentação, nomeadamente com a dor mamilar, era uma das dificuldades mais comuns e que levava à descontinuidade na amamentação, dentro das razões estava o mau posicionamento e a má pega do RN e o uso da mama como chupeta (Dennis, Jackson & Watson, 2014; Kent et al., 2016). Quando perante mamilos macerados e/ou com fissura, as mães foram aconselhadas à aplicação de colostro/leite no mamilo e aréola após a amamentar deixar secar e arejar, a aplicação de lanolina após cada mamada caso a presença de fissuras, e/ou se necessário o recurso de mamilos de silicone (Kent et al., 2016, White-Guthro & Schub, 2016). Quando esvaziamento incompleto sintomático após as mamadas (posteriormente associado a ingurgitamento), em que o recém-nascido mamou adequadamente e apresentou sinais de saciedade, aconselhávamos à redução do intervalo entre as mamadas (duas horas), devendo o bebé mamar pelo menos 15 a 20 minutos em cada mama, ou até que esta ficasse mole, caso não eficaz considerávamos o esvaziamento artificial manual (auxiliado de massagem com água quente) ou com bomba manual/elétrica. Perante o ingurgitamento mamário foi administrado Ocitocina 40 UI/ml, uma nebulização em cada narina 2-5 min antes da mamada ou do esvaziamento mamário, conforme o protocolo instituído (Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016; Montenegro et al., 2014, White-Guthro & Schub, 2016).

No que toca à extração do leite e à metodologia mais adequada, a evidência não é consistente para uma tomada de decisão. Um estudo para a *Cochrane*<sup>®</sup> (Becker, Smith & Cooney, 2016) identificou que maior volume de leite era extraído quando as mães ouviam música ou estavam relaxadas, quando aqueciam a mama, massajavam a mama, bombeavam frequentemente com um tamanho adequado de funil e começaram a bombear leite mais cedo após o nascimento se a criança não se pudesse alimentar à mama, por outro lado, o recurso à expressão manual e uso de bombas de baixo custo poderão ser tão ou mais eficazes, do que as bombas elétricas mais caras para alguns resultados (como a qualidade nutricional).

A promoção e vigilância do Bem-estar RN fizeram, também, parte das competências parentais, pelo que junto do casal abordámos aspetos relacionados com os achados normais na pele da criança; com a explicação para a perda fisiológica de peso nas primeiras duas semanas; padrão de aumento de peso esperado; com o padrão de eliminação intestinal; padrão de sono; coloração ictérica e icterícia; assim como, dar início do plano nacional de vacinação (BCG - vacina antituberculose , VHB - vacina anti-hepatite B) e alertar para possíveis efeitos adversos; diagnóstico precoce, rastreio auditivo neonatal (RANU) e rastreio cardiopatias congénitas. Por conseguinte, e após consentimento parental, o RN com peso igual ou superior a 2000gr foram vacinados com a VHB, salientamos que no momento do ensino clínico a vacina BCG era ainda administrada, porém deixou de ser recomendada de forma universal desde junho de 2016, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco (DGS, 2017). Por outro lado, os casais foram aconselhados a realização do teste diagnóstico precoce, mais conhecido por teste do pezinho, entre o 3º e o 6º dia a realizar nas unidades de saúde familiar ou durante o internamento (se este se prolongasse). Por outro lado, o RANU e rastreio, cardiopatias congénitas foram realizadas após as primeiras 24h de vida (para evitar falsos positivos), o RANU consiste no recurso a Otoemissões auditivas e o rastreio cardiopatias congénitas através da oximetria de pulso do RN. Os pais foram ainda orientados para a consulta de vigilância do RN, a ser realizada aos 15 dias de vida.

Durante o internamento, os pais foram sensibilizados para a segurança e a prevenir acidentes, assim no momento da alta todos os RN foram transportados em cadeira de transporte, adequada ao peso e idade, também comumente designada por ovo ou baby coque. Aconselhávamos os pais a treinarem previamente a colocação da cadeira no automóvel e alertávamos sobre como e onde deveria ser instalada: no banco de trás virada no sentido contrário ao de marcha até aos 4 anos; foi ainda demonstrada o modo como usar dos cintos do dispositivo, sendo estes ajustados de modo a que a folga entre o cinto e os ombros da criança não fosse superior a um dedo (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2017).

A integração do novo elemento na família, nos casais com mais que um filho não é fácil gerir o ciúme expectável, esta é uma competência parental cujas estratégias podem não ser fáceis de alcançar, e em muitos momentos mostrou-se uma preocupação para o casal. Deste modo, as nossas soluções basearam-se em colocar em prática atitudes sustentadas na disponibilidade, apoio, atenção e carinho, os pais foram ainda aconselhados a garantirem uma visita breve, e a concentrarem a sua atenção no filho mais velho, envolvê-

lo nos cuidados ao RN e permitirem que tocasse no bebê se fosse a sua vontade (Cardoso, 2011; Volling, 2012; Volling et al., 2014). Foi importante considerarmos o ciúme, sentimento de rejeição e de insegurança do primogênito, efetivamente Volling (2012) e Volling e colaboradores (2014) referem que uma mudança na segurança do relacionamento entre pais e filhos associado ao nascimento de um irmão, poderia ter um efeito profundo no funcionamento psicológico das crianças, incluindo nas representações mentais que desenvolvem sobre relacionamentos, o eu e sua confiança e na disponibilidade parental em momentos de *stress*.

Posto isto, em suma e em jeito de reflexão e conclusão do adquirir das competências, compreendemos que pela sua proximidade e pelas competências que apresenta, o EESMO assume um papel privilegiado e de destaque no acompanhamento das famílias, de modo a identificar necessidades, planear e implementar cuidados que promovam uma adequada transição e vivência dos projetos de vida individuais e familiares ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Coube-nos enquanto futuros EESMO ajudar o casal a desenvolver conhecimentos, competências e habilidades que lhes permitissem desenvolver e fortalecer confiança, autoeficácia, para a incorporação do seu novo *self* enquanto pais, contribuindo para uma vivência satisfatória da sua parentalidade e para o desenvolvimento de uma criança saudável.



## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Prosseguimos este percurso, de forma a cumprir o nosso propósito; prestar cuidados de qualidade e promover o bem estar da mãe pai e filho, sem deixar de refletir sobre como este caminho se foi desenvolvendo face aos objetivos delineados.

A OE (2010, p. 1) define o alvo de cuidados do EESMO como a *Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo* tendo como subjacente o pressuposto de que enquanto pessoa, *é um ser sociável e agente intencional de comportamentos...com dignidade própria e direito a autodeterminar-se...* devendo ser *entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve.* Neste contexto, no decurso do desenvolvimento de competências, este estágio permitiu-nos, em conjunto com a nossa tutora, em situação de gravidez de risco, de trabalho de parto e o puerpério (no contexto hospitalar e comunitário) identificar diagnósticos diferenciais no âmbito dos focos *planeamento familiar e autocontrolo, infeção, autocuidado, autocontrolo trabalho de parto; ligação mãe/pai –filho; adaptação à parentalidade; amamentação e luto perinatal* e executar intervenções de enfermagem à mulher e RN saudáveis ou de risco (OE, 2010, p.3). Com esta experiência conseguimos, ainda, ser capazes de identificar e detetar situações compreensíveis de algum desvio ao processo expectável fisiológico deste ciclo, e prevenir complicações.

Pela adoção do modelo de cuidados centrados na pessoa, ou seja, na singularidade da mulher e família, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões. Foi, por isso, essencial a adequação destes cuidados às reais necessidades individuais de cada mulher/casal/família tendo por base a importância da pluralidade das suas vivências e dos seus contextos socio-culturais. Desenvolvemos, deste modo, atividades de suporte à sua capacitação, promovendo um lugar para escolhas informadas e desenvolvimento de competências e satisfação no desempenho do novo *self*.

Estando na base para o encontro da excelência dos cuidados, a nossa busca contínua do conhecimento, mostrou-se uma ferramenta imprescindível para compreensão e reflexão das experiências que vivenciámos, e assim indispensável para o progresso de um espírito crítico e de uma prática eficaz e segura, o que permitiu o desenvolvimento das nossas

competências enquanto futura ESMO, assegurar uma prática baseada na evidência e promover cuidados de enfermagem especializada com qualidade.

Ao longo do percurso formativo do EESMO, é imposto o cumprimento do ponto 5.1 - B do Anexo II, da Lei nº 25/2014, de 2 de maio, onde se decreta que o aluno deverá realizar: o acompanhamento de 100 grávidas, realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidade, realizar 30 partos na condição de o aluno participar em mais 20 partos distócicos; participação ativa em partos de apresentação pélvica ou por simulação, prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante ou depois do parto, em situação de risco; vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 parturientes e RN saudáveis, observação e prestação de cuidados a RN de risco e mulheres com situações de patologia obstétrica e ginecológica. Segue-se a reflexão sobre experiências vivenciadas, ao longo do ano letivo 2013/2014 a 2014/2015 no CHUSJ.

No âmbito do acompanhamento de grávidas de risco, percebemos o quão importante é o suporte para os casais, e como estes buscam orientação e ajuda para serem bem-sucedidos na sua gravidez. Na sua grande maioria apresentavam-se ansiosos e stressados, pelo que a compreensão dos fatores únicos e individuais foi imprescindível: fomentar atitudes ativas, esperança (realista), estimular a autoestima, envolver o casal em todo o processo de cuidados, permitiu diminuir os sentimentos negativos, levando os casais vivenciarem o processo patológico com maior facilidade e em simultâneo fomentar a ligação mãe/\*pai – feto e a adaptação à parentalidade.

Neste percurso formativo pudemos acompanhar 158 grávidas sem risco em contexto consulta e prestados cuidados e vigilância a 45 grávidas de risco em contexto de internamento e consulta externa, sendo considerado risco aquelas mulheres que apresentavam: APPT, RPM e distúrbios hipertensivos como hipertensão na gravidez e pré-eclâmpsia, oligoâmnios, RCIU, metrorragias entre outras patologias como pielonefrite, colestase e Diabetes Mellitus descompensada.

Relativamente ao trabalho de parto e parto, podemos indiscutivelmente afirmar que foi inesquecível e altamente gratificante participar nos momentos mais importantes na vida dos casais: o nascimento do filho! Foi este, indiscutivelmente, o módulo que nos apresentou o maior desafio no nosso percurso de aprendizagem, quer pela complexidade das técnicas que lhe são associadas quer pela exigência que requer a consciencialização de uma transição situacional existente, de forma a ser resolvida de uma forma saudável.

Também em desenvolver as competências promotoras de uma vivência do trabalho de parto e parto gratificante e positiva para os casais.

Neste módulo realizámos a vigilância e prestámos cuidados a 73 parturientes, dos quais participamos em 15 e 42 executámos, perfazendo um total de 57 partos realizados (não houve a possibilidade de participar ativamente em partos de apresentação pélvica pelo que a experiência se deu por simulação).

Salientamos a dificuldade em atingir o número de partos legalmente exigidos, isto porque sendo um hospital-escola o número de elementos em formação era elevado, assim como, a incapacidade de continuar o turno com o objetivo de acompanhar todo o trabalho de parto culminando com a efetivação do mesmo. Ainda relativamente aos partos executados e à integridade do períneo: 23 mulheres tiveram períneo íntegro, 11 episiotomia e 8 sofreram lacerações com necessidade de correção.

Por fim, no puerpério tivemos a oportunidade de prestar cuidados a 160 puérperas e 150 RN, mais prestados cuidados especiais a 5 RN de risco. Este módulo ficou caracterizado pelo domínio do autocuidado na puérpera, apoio à amamentação e cuidados ao RN. Apoiar a amamentação foi também um desafio, por se apresentar uma das carências principais de conhecimento, associadas a alguns mitos por parte dos casais e, onde estes mais requeriam ajuda. Foi gratificante, podermos promover a ligação entre mãe/pai-filho e o exercício do papel parental. Deparar-nos com a aquisição de capacidades e competências, e assim progressivamente na obtenção de autonomia, nomeadamente nos cuidados ao RN e na resolução de problemas. Associamos, ainda, a este momento do percurso formativo, o esforço acrescido para colmatar a dificuldade em personalizar e individualizar os nossos cuidados durante o internamento e a preparação do regresso a casa, face às necessidades de cada casal, devido ao curto tempo de internamento.

Diríamos que podemos considerar que conseguimos atingir os objetivos, bem como adquirir as competências necessárias para o exercício de uma enfermagem especializada de forma a desenvolver intervenções de enfermagem de qualidade. Resta nos, também, afirmar que este foi um percurso muito insinuoso, mas gratificante, pois fica um sentimento de ter permitido um desenvolvimento pessoal e profissional para agir na dimensão emocional, social e cultural.



## CONCLUSÃO

O término de uma etapa é sempre o início de outro desafio enquanto profissionais de saúde, pois temos a certeza de que acabamos de ultrapassar a fase de uma etapa que implicou muito esforço, mas que teve tanto de fascinante como de desafiante!

Assistimos nos últimos anos, à revolução em enfermagem com o emergir de uma evolução profissional sustentada no desenvolvimento acadêmico, ampliado pelo conhecimento no âmbito daquilo que é o seu corpo de conhecimentos enquanto disciplina. A consciencialização desta realidade face a este desenvolvimento, enquanto disciplina e profissão, acompanhou o nosso desempenho face às necessidades detetadas ao nível dos contextos da prestação dos cuidados especializados.

Ao longo do presente relatório, foi apresentado o processo de aquisição de competências no decorrer do estágio de natureza profissional, estruturado em diferentes capítulos, de acordo com os módulos de estágio: gravidez com complicações, trabalho de parto e pós parto, sob a descrição do processo de formulação do juízo diagnóstico, dos quais foram articuladas intervenções de enfermagem especializada, com a reflexão sobre as mesmas, assim como, o planeamento com a incorporação de padrões de investigação. A utilização desta prática, a reflexão sobre todo o processo de enfermagem, mostrou-se como um método de resolução de problemas no âmbito da nossa tomada de decisão, a procura da incorporação uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências da mulher casal e família no contexto do cuidar, permitiu a apropriação de uma prática que procuramos que fosse de excelência nos e para os cuidados, traduzindo-se esta postura em cuidados de Enfermagem mais significativos, em ganhos em saúde e para o desenvolvimento da própria profissão.

A enfermagem baseada na evidência conduziu-nos à (re)construção de novas competências, transportando-nos a uma avaliação sistemática da informação disponível, orientando-nos para a tomada de decisão. Foi um processo que nos conduziu à definição de critérios com a eficácia, efetividade e eficiência na avaliação da qualidade dos nossos cuidados e, posteriormente a um incorporar nos contextos práticos do trabalho as conclusões válidas e consolidadas da pesquisa.

Refletindo ainda sobre as nossas experiências vivenciadas ao longo do estágio profissionalizante, podemos afirmar que no local onde decorreu, os recursos existentes quer materiais, quer humanos, propiciaram as condições necessárias para que fossem adquiridas as experiências essenciais ao desenvolvimento de competências como futura ESMO. Permitindo, deste modo, atingir os objetivos definidos no âmbito da aquisição de aptidões especializadas e competências de delimitadas pela OE., de acordo com a legislação vigente.

O trilho para o desenvolvimento de competências e habilidades de EESMO, foi feito por vezes por caminhos mais ou menos sinuosos, mas o alcançar de cada etapa possibilitou e potenciou o alcançar da próxima, permitiu moldar os nossos conhecimentos e habilidades para (tentar) alcançar o *optimum*: foi necessário o investimento pessoal em termos familiares e de tempo; foi ainda imprescindível o autoconhecimento, estar ciente dos nossos pontos fracos, de modo a conseguirmos colmatá-los e prosseguirmos em frente e, ainda promover os fortes; (re)aprender a aprender, a observar, e a adquirir absorver conhecimentos e práticas de profissionais mais experientes, e por fim treinar moldando e aperfeiçoando a nossa própria prática. Na busca incessante pelo *optimum*, sabemos que este nunca será alcançável, mas é o caminho constante para o atingir que nos permitiu evoluir enquanto pessoas, enfermeiras e principalmente enquanto futuras EESMO.

O nosso crescimento pessoal e profissional justifica-se pela perspetiva adotada de que as situações que requeriam cuidados em obstetrícia fossem encaradas, não apenas como um processo patológico, mas também natural, já que a OMS apontou para as alterações urgentes na conduta da prática na assistência do parto e nascimento, alertando para a importância do resgate do parto enquanto evento natural. Neste seguimento, emergiu a necessidade das EESMO na busca do conhecimento científico, de modo a desenvolverem cuidados especializados seguros e de qualidade centrados na mulher, casal e recém-nascido e família. Partilhamos a ideia de que o cuidado mais efetivo é aquele no qual a mulher se mostra como figura central e suas necessidades são destacadas, em detrimento das exigências dos profissionais e instituições.

Sendo as ESMO, autónomas nas situação envolvidas em processos fisiológicos em situações de baixo risco, surgiu neste contexto a temática para a nossa revisão integrativa da literatura, centrada na indução de trabalho de parto natural, não-farmacológica, através da estimulação mamária, por ser ainda pouco usual, até desconhecida em alguns casos no nosso país, e por ser descrita como uma prática da indução natural/fisiológica do trabalho

de parto e como um dos métodos não farmacológicos mais comuns em algumas sociedades, nomeadamente os EUA e/ou Índia e Japão.

Pela investigação realizada compreendemos que enquanto meio indutor, a evidência disponível sustenta a EM como meio natural, não farmacológico, seguro, indolor, de amadurecimento do colo uterino, estimulador de contrações uterinas, e assim de início do TP, associado ainda a excelentes níveis de satisfação por parte da mulher. Esta mostrou -se um método eficaz e seguro na indução do trabalho de parto em grávidas de termo com gravidez de baixo risco, e sendo um método natural, oferece à mulher controlo sobre o seu trabalho de parto e uma participação ativa na indução, e apresenta, ainda, a vantagem de não ser dispendioso.

Neste caminho, refletindo sobre os dados da presente RIL e pelas experiências vivenciadas em contexto clínico, compreendemos que introduzir práticas baseadas na evidência científica na prática diária assistencial, mais do que conhecimento, exige convicções, já que implica mudança no comportamento, superação de barreiras e preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento, compreendemos ainda que a integração de práticas como a de estimulação mamária por parte da EESMO, numa sociedade obstétrica com um perfil e história de desempenho biomédico, sustentados em ação farmacológica, e repleto de medos, não se tornará uma tarefa fácil, mas antes desafiante e até persistente.

Partindo da premissa que a maioria das mulheres pretende um trabalho de parto fisiológico, ter um senso de realização pessoal e controle através do envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas (OMS, 2011), concluímos que o conhecimento baseado em evidência foi fundamental para permitir e promover a experiências positivas, que fossem de encontro às expectativas dos valores individuais de cada mulher/casal num ambiente clínico e psicologicamente seguro, naquela que se mostra uma das fases mais marcantes da vida do ser humano – o nascimento e assim devolver ao parto o seu cariz fisiológico e natural.

Em jeito de conclusão, fica a frase e mensagem de reflexão do Colégio de da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE relativa ao contexto da prática as EESMO (OE, p.07, 2015) *Perante esta certeza, surge uma questão, universal: como encorajar as EESMO/ "Parteiras" a alterar práticas que estão tão enraizadas? A resposta surge em dois passos: o recurso à evidência e o empoderamento da profissão".*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### A

Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2009) Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 114, No. 1. p 192-202

ACOG. (2016a). ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery. *J Obstet Gynecol.*;123, p. 693-711

ACOG (2016b). American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. *Comitee opinion Nr 666 : Optimizing Postpartum Care*.

ACOG (2016b) American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*; 128:e1.

ACOG (2018). American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. *Postpartum Birth Control FAQ194*.

ACOG (2019)- Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists Practice Bulletin Induction of Labor 2009 reaffirmed 2019. *Obstetrics & Gynecology*. number 107, p.386- 397

Aiken, AR.; Aiken, CE.; Alberry, MS.; Brockelsby, JC .& Scott, JG. (2015). Management of fetal malposition in the second stage of labor: a propensity score analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:355.e1-7

Aktaş, S., & Aydın, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 37(2), 176–192. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>

Alexander J, Thomas Pw & Sanghera J. (2010). Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Updated 2010 *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867. DOI: 10.1002/14651858.CD002867.

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML & Cuthbert A. (2017) Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD006066. DOI:10.1002/14651858.CD006066.pub3

Amorim, C. S. (2012). Hábito Intestinal de Lactentes Recebendo Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Paraense de Medicina*, vol.25, no4, pp.1-2.

Anbazhagan, Akila; Harper, Akila (2015). Postpartum pyrexia. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*. Vol 25:9

Antonakou, A. (2017). Hands-on or hands-off the perineum at childbirth: A re-appraisal of the available evidence. *European Journal of Midwifery*, 1(October). <https://doi.org/10.18332/ejm/78588>.

Aprahamian, N. & Hogencamp, TC. (2017) Common Newborn Complains. *Elsevier*.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Segurança Rodoviária. Criança Passageiro*. Disponível na internet em URL: <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,1952,2036>

Ayres-de-Campos, D. , Spong, C. Y. & Chandrachan, E. (2015), FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131: 13-24. doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.020

## **B**

Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ & MacGillivray S (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.

Bano, S. & Ravikumar, K.M. (2015) Decoding Baby Talk: Basic Approach for Normal Classification of Infant Cry Signal. *International Journal of Computer Applications*.

Becker G., Smith H. & Cooney F. (2016) Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD006170. DOI: 10.1002/14651858.CD006170.pub5.

Bélanger-Lévesque M, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S & Pasquier, JP (2014). Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study *BMJ Open*:Vol 4

Bigelow, C. & Stone, J. (2011) . Bed rest in pregnancy. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78:291–302

Boccolini, C., Carvalho, M., Oliveira, M. de, & Pérez-Escamilla, R. (2013). A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*, 89(2), 131-136. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.005>

Borkowski, S. (2004). Diaper Rash Care and Management. *PEDIATRIC NURSING*. 2004, Vol. 30.No. 6.

Bowman, K. (2005) Postpartum Learning Needs. *JOGNN*. 2005. Volume 34, Number 4, p. 438-443.

Brandão, S. (2009). - *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de mestrado.

Brandão, S. & Figueiredo, B.. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *J Adv Nurs*. Vol. 68. n.o 12, 2012. p. 2730-2739;.

Buckley, S.J. (2015) *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families,

## C

Canavarro, M.C. (2006) *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Carberry AE, Raynes-Greenow CH, Turner RM & Jeffery HE. (2013). Breastfeeding Within the First Hour Compared to More Than One Hour Reduces Risk of Early-Onset Feeding Problems in Term Neonates: A Cross-Sectional Study." *Breastfeeding Medicine*, 8(6), pp. 513–514

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Universidade Católica Portuguesa: Tese de Doutoramento;

Carvalho J., Alves, C.; Ferreira, C.; Silva, I., Costa, F., Almeida, J., ... & Rodrigues, A., (2018). Recomendações portuguesas para Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstétrica-Elaboradas por Grupo Multidisciplinas de Consensos 2017. *Revista da sociedade portuguesa portuguesa de anesthesiologia*. Vol 27, nº1, pp29-44

Chalmers, B. E., & Dzakpasu, S. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33(4), 374–387. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1042964>

Chen, E.; Gau, M; Liu, C.; & Lee, T. (2017). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Nursing Research and Practice*, vol. 2017, Article ID 8612024, 8 pages.

Chóliz, M.; Fernández-Abascal, E. & Martínez-Sánchez, F.. (2014). Infant Crying: Pattern of Weeping, Recognition of Emotion and Affective Reactions in Observers. *The Spanish Journal of Psychology*. Vol 15, nº3, pp. 978-988

Cohen, W. & Friedman, E. (2014). Perils of the new labor management guidelines. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.

Coutinho, E.C.; Antunes, J.; Duarte, J.; , Parreira, V.; Chaves, C.; & Nelas, P. (2016). Benefits for the Father from their Involvement in the Labour and Birth Sequence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 217, pp. 435-442,

Creedon D, Akkerman D, Atwood L, Bates L, Harper C, Levin A, ...& Wingeier R. (2013) Management of Labor. *Institute for Clinical Systems Improvement*..

## D

Dabiri,F.; Yabandeh,A.; Shahi,A.; Kamjoo,A. & Teshnizi S. (2014) The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. *Oman Medical Journal*. 2014, Vol. 29, No. 4, p :276-279

Dadelszen P. , Menzies J. , Gilgoff S. , Xie F. , Douglas M.J. , Sawchuck D. & Magee L.A. (2007) Evidence-based management for preeclampsia. *Frontiers in Bioscience*, Vol.12, p. 2876-2889.

Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP & Rouse DJ (2015). Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 213, Issue 1. pp 76.e1-76.e10,

De Los Reyes, I. (2015). *Bed Rest and Its Continued Use in Women with High-Risk Pregnancy: A Review of Literature*. Senior Theses and Capstone Projects. 36.

Demirel, G. & Guler, H. (2015). The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and the Labor Process. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* .2015. 12:5, 273–280

Denis A., Michaux P. & Callahan S. (2012) Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30:2, 124-134, DOI: 10.1080/02646838.2012.677020

Dennis CL & Dowswell T.(2013).Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.

Dennis Cl, Jackson K, Watson J. (2014) Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, Issue 12. Art. No.: CD007366. DOI: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.

Desrochers, J. N. (2011). *The psychosocial impact of termination of pregnancy for fetal anomaly on the male partner* (Tese de mestrado não publicada). Brandeis University, Waltham, MA, Estados Unidos da América

Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Ed. Revista e atualizada. Lisboa,

DGS.(2015) . *Indução do trabalho de parto*. Orientação número 002/2015.

DGS.(2017). *Circular Normativa Nº: 2/DSMIA: Profilaxia da Isoimunização Rh*.

Dionne M-D, Deneux-Tharoux C, Dupont C, Basso O, Rudigoz R-C, Bouvier-Colle M & Camille Le Ray (2015) Duration of Expulsive Efforts and Risk of Postpartum Hemorrhage in

Nulliparous Women: A Population-Based Study. *PLoS ONE* 10(11): e0142171. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142171>

Dresang LT. & Yonke N.. (2015) Management of Spontaneous Vaginal Delivery. *Am Fam Physician*. Vol 92, nr 3. Pp :202-8.

## E

Edmonds, JK. & Jones EJ. (2013). Intrapartum Nurses' Perceived Influence on Delivery Mode Decisions and Outcomes. *JOGNN*. 42, p.3-11

Euro-Peristat (2013) *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Project with SCPE and EUROCAT.

## F

Fink NS, 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. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, vol.26, no4, pp.296-306.

Fernandes JD, Machado MCR & Oliveira ZNP: (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol*. Vol 86(1), p. 102-10

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2012) FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics* vol.117. p.108-118.

Frenk, J. et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. Vol. 376. n.o 9756 pp. 1923-58. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>>.

## G

Gaier, L. et al. (2010). Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary pelvic floor dysfunctions. *Neurourology and Urodynamics*. Vol. 29, no2,. p.64–65.

GAUDET, Caroline (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and Attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 28, No. 3, pp. 240–251;

Gayeski, M. & Brüggemann, O.(2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. Vol 19(4): p. 774-82

Graça, L. M. (2017) *Medicina Materno-fetal*. 5a Edição. Lisboa. Lidel.

Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML & Devane D. (2010). Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 1. Art. No.: CD007863. DOI: 10.1002/14651858.CD007863.pub2.

Guittier, MJ., Othenin-Girard, V., Gasquet, B., Irion, O. & Boulvain, M. (2016). Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG*; 123: 2199– 2207.

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. (2017) Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.

## H.

Hanan A., Soad A., Heba A. & Huda A.. (2017). The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Function and Sexual Quality of Life in Primiparous Women. *American Journal of Nursing Science*. Vol. 6, No. 4, 2017, pp. 347-357. doi: 10.11648/j.ajns.20170604.19

Hanley, G.E., Munro, S., Greyson, D.L., Gross, M.M., Hundley, V., Spiby, H., & Janssen, P.A. (2016). Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 71 .

Hauck, Fr., Omojokun, O.& Siadaty, Ms. (2005) Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *PEDIATRICS*. 2005. Vol. 116 No. 5, P. 716-723.

Heazell, A. (2013) Peripartum and intrapartum assessment of the fetus. *Anaesthesia and intensive care medicine*. Elsevier 14:8

Hinton, L. ; Locock, L. & Knight, M. . (2014). Partner Experiences of “Near-Miss” Events in Pregnancy and Childbirth in the UK: A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2014. Volume 9, Issue 4;

Hodnett ED (2002) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 186, Issue 5, Supplement,

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G & Sakala C. (2013) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5

Hoffman MK.; Bailit, JL.; Branch, DW.; Burkman, RT.; Van Veldhuisen .P, Lu L.; ... Zhang J (2011) A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol*. Vol 117, nr 6):1272-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821a12c9.

Huang, X., Chen, L., & Zhang, L. (2019). Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers After Cesarean Delivery. *The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(1), 68–73. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000384>

Hui, M; Lam K.; Ho, P.; Tan, K.; Roslan, M.; Seow L. & He H. (2012) - The impact of miscarriage on women’s psychological wellbeing and interventions: A literature review. *Singapore Nursing Journal*.. Volume 39, No. 4

Hunter S, Hofmeyr GJ & Kulier R. (2009). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior) .*Cochrane Database of Systematic Reviews* issue 4. Art. No.: CD001063. DOI: 10.1002/14651858.CD001063.pub3.

## I

International Council Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP versão 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros;

Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Mantaring III JB & Bhutta ZA. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 5. [DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2]

Institute for Clinical Systems Improvement.(2013).*Health Care Guideline: Management of Labor*. 5ª Edição

## J

Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, & Angolkar M.(2016) Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.

Janighorban M, Heidari Z, Dadkhah A & Mohammadi F. (2018) Women's Needs on Bed Rest during High-risk pregnancy and Postpartum Period: A Qualitative Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(3): 1327-1335. DOI: 10.22038/jmrh.2018.28162.1304

Jiang H, Qian X, Carroli G & Garner P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

Jones L., Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S & Lavender T (2012) Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Jones R., Jones S. & Stacey M. (2013) Peripartum management of the pre-eclamptic patient. *British Journal of Hospital Medicine*, Vol 74, No 6;

Joshi, H., Magon, P., & Raina, S. (2016). Effect of mother-infant pair's latch-on position on child's health: A lesson for nursing care. *Journal of family medicine and primary care*, 5(2), 309–313. doi:10.4103/2249-4863.192373

## K

Karp, H. (2007). Five simple steps to calm your baby's fussies! - *Pediatrics for parents*. Bangor

Karp, H. (2008). Calming Your Baby...and Getting Sleep: The 4th Trimester, the Calming Reflex & the 5 "S's". *Guide to a Healthy Birth*.

Kaur, N. , Kaur, S. &Saha P.K. (2014). Skill development of Nurses in Managing the fourth stage of Labour. *Nursing and Midwifery Research Journal*, Vol-10, No.1, pp. 16 – 29

Kavanagh J, Kelly Aj, Thomas J. (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003392.

Kempler, L. (2016). Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*.. 29 p. 15-22.

Kent JC., Ashton E., Hardwick CM., Rowan MK., Chia ES., Fairclough KA., ... & Geddes DT.(2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 12, pp12247-12263; doi:10.3390/ijerph121012247.

Kersting A., Kroker K., Steinhard J., Hoernig-Franz I, Wesselmann U., Luedorff K., ... Suslow T. (2009) Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health*, Vol 12 p. 193–201

Khatib N., Weiner Z., Beloosesky R., Vitner D. & Thaler I. (2014). The effect of maternal supine position on umbilical and cerebral blood flow indices. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 175 (1) , pp. 112-114.

Kim Y.M., Ansari N., Kols A., Tappis H., Currie S., Zainullah P. ... Stekelenburg J. (2013) - Prevention and management of severe pre-eclampsia/eclampsia in Afghanistan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:186

Kislaya, I; Braz, P., Dias C. & Loureiro I.. (2017) . *A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde*. Iniciativa Amiga dos bebés.

KO, Shu-Hua et al. (2014). Postpartum Women's Sleep Quality and Its Predictors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*.; 46:2, pp 74–81.

Koch, C.; Santos, C. & Reis, M. (2012) Study of the measurement properties of the Portuguese Version of the Weil-Being Questionnaire12 (W-BQ12) in women with pregnancy loss. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol 20(3). Pp. 567-74;

Kopas, M. (2014). A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor, *Journal of Midwifery and Women's Health*., vol.59, pp.264-276.

Kozhimannil KB, Johnson PJ, Attanasio LB, Gjerdingen DK &McGovern PM. (2013) Use of non-medical methods of labor induction and pain management among U.S. women. *Birth*. December ; 40(4): . doi:10.1111/birt.12064.

Kuller, J. (2014) Update on Newborn Bathing. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. Vol 14. P: 166–170

## L

Labrague, L. (2013). - Exploring First-Time Fathers' Feelings and Experiences during Labor - Delivery of their Partner/Wife. *International Journal of Caring Sciences* 2013. Vol 6 Issue 2, p.217 – 226.

Lavender T, Hart A & Smyth Rmd. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.

Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253-266

Leslie, K. ; Arulkumaran, S. (2011). Intrapartum fetal surveillance. *Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine*. 21:3

Leveno, K. J. (2014). Manual de obstetrícia de Williams: complicações na gestação. 22a ed. Porto Alegre : Artmed.

Levin, H. & Lasala, A.(2014) Intrapartum obstetric management. *Seminars in Perinatology*. 2014. 38, p.245 – 251

Li Bai, D. ; Wu, KM & Tarrant M. (2013) Association between Intrapartum Interventions and Breastfeeding Duration. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013. Volume 58, No. 1, p. 25-32

Lowdermilk, DL & Perry, SE. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7a Ed. Loures: Lusociência;

Lund, C. (2016). Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Advances in Neonatal Care*. 2016. Vol. 16, No. 5S. pp. S13-S20.

## **M**

Macones GA., Cahill A, Stamilio DM & Odibo AO. (2012).The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* , Volume 207 , Issue 5 , 403.e1 - 403.e5

Magee L & Von Dadelszen P. (2013). Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*., Issue 4. Art. No.: CD004351. DOI: 10.1002/14651858.CD004351.pub3.

Mangesi L & Zakarija-Grkovic I. (2016). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD006946. DOI: 10.1002/14651858.CD006946.pub3.

Maternity Care Working Party (2007). *Consensus statement-Making normal birth a reality*. National Childbirth Trust/Royal College of Midwives/ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, UK

Mautner E. Stern C., Deutsch M., Nagele E., Greimel E., Lang U. & Cervar-Zivkovic M. (2013) . The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 11, :194

Mazoni, SR., Carvalho, EC., & Santos, CB . (2013). Clinical validation of the nursing diagnosis labor pain. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (spe), 88-96. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700012>

McCormack, B.; Cardiff, D.; Jacobs, J.; Karlsson, M.; Mekki, P. & Lieshout, W..(2015) Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (1), 1-15

McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T & Morris PS. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI:10.1002/14651858.CD004074.pub3.

McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, ... & MacGillivray S (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.

Meher S., Duley L. (2006) Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD005939. DOI: 10.1002/14651858.CD005939

Meleis AI., Sawyer L.M., Im E.O., Hilfinger D.K. & Schumacher K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, Vol. 23, pp. 12-28.

Meleis, A.F. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation- specific theories in nursing research and practice*. EUA: Springer Publishing Company

Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.

Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008) Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis. Vol. 17, no 4. Out/Dez. p. 758-764.

Mercer, R. (2006)- Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *JOGNN*. Pp.649 - 651.

Mercer, RT. & Walker, LO. (2006) A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother . *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* Volume 35, Number 5 p. 568-582 .

Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 31(2), 172–182 <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. (2014). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA,.

Montenegro N., Rodrigues T., Ramalho C., & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, 3ªed, Lisboa: Lidel – edições técnicas

Moore ER, Bergman N, Anderson GC & Medley N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

## **N**

National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE).(2008) Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman- clinical guideline 62. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Londres,.

NICE (2010). *NICE clinical guideline 107: The management of hypertensive disorders during pregnancy*.

NICE (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Clinical Guideline*.

NICE (2015a). *Preterm labour and birth NICE Guideline 25 Methods, evidence and recommendations*

NICE (2015b). Recommendation for Guidance Executive Clinical guideline CG37: *Postnatal care - Routine postnatal care of women and their babies*.

NICE (2017a). *Intrapartum care: NICE guideline CG190*

NICE (2017b). *NICE clinical guideline 37: Postnatal care*

NICE (2018). *Induction of labour. NICE clinical guideline 70 2008 reviewed 2018*. UK.

Nazaré, B. et al. (2012) Grief following termination of pregnancy for fetal abnormality: does marital intimacy foster short-term couple congruence? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2012. Vol. 30, No. 2, p. 168–179

Neto, C.; Souza, A. & Amorim ,M. (2014) Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 32(9), p:459-68;

Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 557-565. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>

Nilsson L., Thorsell T., Wahn E.H., & Ekström A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, vol. 2013, Article ID 349124, 6 pages. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>.

Nishikawa, M. & Sakakibara, H. (2013) – Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold’s maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health*. vol 10 (12)

Nogueira, J. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, no 8. 57-66.

Nomura Rmy, Miyadahira S & Zugaib M.(2009) Avaliação da vitalidade fetal anteparto. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 31(10):513-26

## O

Organização Mundial de Saúde OMS (2011) *WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Suíça.

OMS (2014a). *Gestão Ativa da Terceira Fase do Parto. As novas recomendações da OMS ajudam a focar na implementação*. WHO. WHO/RHR/14.18

OMS (2014b). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.*;

OMS (2017) *WHO recommendations on newborn health: guidelines approved*. the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; (WHO/MCA/17.07). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS(2018a) *WHO: Recommendations for Induction of Labour (WQ 440)*. 2018

OMS (2018b). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa.

OE (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros,.

OE (2015). *Livro de bolso Enfermeiros especialista Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ospina R; Muñoz L; Ruiz C.H. (2012). Coping and adaptation process during puerperium. *Colomb Méd*. 2012; 43(2),p.167-74.

## **P**

Palethorpe RJ, Farrar D, Duley L. (2012). Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD007555. DOI: 10.1002/14651858.CD007555.pub2

Patil K., Singla S.S., Nagmoti M. & Swamy, MK. (2013). Group B Streptococci Colonization in Pregnant Women: Is Screening Necessary?. *Journal of SAFOG*. 5. 64-67. 10.5005/jp-journals-10006-1226

Pinheiro, A (2012) *Documento de consenso. Pelo direito ao parto normal – “Uma visão partilhada”*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Pontes, D. ; Pimentel, L. & Carvalho, F. (2013).- Eventos tromboembólicos na gestação e puerpério: revisão sistemática e recomendação atual. *FEMINA* , vol 41, no 1.

Porto, A.M; Amorim, H.M & Souza, A.S. (2010). Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*. Vol 38, no 10. Out. p. 527-537.

Póvoa, A.M, Costa F., Rodrigues T., Patrício B. & Cardoso F.. (2008). Prevalence of Hypertension During Pregnancy in Portugal. *Hypertension In Pregnancy* , 27, p. 279-284;

Pre-eclampsia Community (PRECOG). (2008) – *Pre-eclampsia Community Guideline*.

Psaila K, Foster JP, Pulbrook N, Jeffery HE. (2017). Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death. *Cochrane Database Syst Rev.*;4:CD011147

## R

Rachmawati, I, . (2012). Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery*. 20. 263-270. 10.12968/bjom.2012.20.4.263.

Ragusa A., Mansur M., Zanini A., Musicco M. , Maccario L. & Borsellino G. (2005)- Diagnosis of Labor: a Prospective Study. *MedScape*.

Raju, TNK.; Mercer, BM.; Burchfield DJ. & Joseph GF. (2014). Periviable birth: executive summary of a joint workshop by the Eunice Kennedy Shiver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Vol.210, no5

Ramos. (2014). *Esperança no contexto da gravidez de risco*. Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de mestrado.

Razgaitis J & Lyvers, A. (2010). Management of Protracted Active Labor with Nipple Stimulation: A Viable Tool for Midwives?. *J Midwifery Womens Health*; vol 55. P. 65-69.

Royal College of Midwifery (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Early Breastfeeding*. The Royal College of Midwives.

RCM. (2012) Evidence-based guidelines –for midwifery care im labour: Positions for labour and birth. RCM

Redshaw M. & Henderson J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. vol;13:70. doi: 10.1186/1471-2393-13-70.

Renfrew Mj, et al. (2012). - Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.

Renzo G., Lluís CR, Fabio F., Aris A., Gregor B., Gratacos E., & Yves V. (2011) Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24:5, 659-667

Rep A., Ganzevoort W., Bonsel G.J., Wolf H. & Vries JI. (2007) Psychosocial impact of early-onset hypertensive disorders and related complications in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*;197:158.e1-158.e6.

Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, & Costa F. (2017). Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum, *Acta Med Port.* 30(7-8), p:568-572.

Romero , G. E Yupanqui, C. (2003). *Estimulación mamaria versus estimulación con oxitocina en el Test Estresant, en gestantes de riesgo del IMP entre octubre-diciembre 2002.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Peru

Romero-Arauz JF, Morales-Borrego E, García-Espinosa M & Peralta-Pedrero ML (2012) Guía de práctica clínica Preeclampsia-eclampsia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*; vol. 50 (5)p. : 569-579

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)- *Guideline No. 10(A): The Management of Severe Pre-Eclampsia/Eclampsia.*

RCOG(2010). *Preterm Prelabour Rupture of Membranes Guideline No. 44.* UK.

RCOG (2012). Clinical practice guideline: intrapartum fetal heart rate monitoring. Guideline No. 6 Version 1.2. UK.

## S

Sandall, J. (2014) RCM- The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. *RCM.*

Sanders, R., Lehmann, J., & Gardner, F. (2014). Parents' Experiences of Early Parenthood – Preliminary Findings. *Children Australia*, 39(3), 185-194. doi:10.1017/cha.2014.20

Santos, V. & Bárcia, S. (2009) Contributo para a adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form, versão portuguesa. *Rev Port Clin Geral*;25, p.363-369;

Saviani-Zeoti,. & Petean, E.B. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 675-683.

Schardosim, J., Rodrigues, N.,& Rattner, D. (2018) – Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Av Enferm.* 36(2). 197- 208.

Schub, T. & SPEARS, L. (2016). Breastfeeding: Effect on the Mother: Quick Lesson. *Cinahl Information System.*

Sentilhes, L.; Sénat, M.; Boulogne, Al.; Deneux-Tharaux, C.; Fuchs,F.; G. Legendre, C. ... & Lejeune-Saada V. (2015) Dystocie des épaules : recommandations pour la pratique clinique . *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* , Volume 203 , 156 – 161

Silva, AP (2007) - Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir.* No 55.p. 11 a 19;

Silva, S.M. (2011). *Icterícia Neonatal.* Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Tese de Mestrado Integrado em Medicina.

- Simking, O. & Ancheta, R. (2011). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. 3ª ed. Wiley-Blackwell: Wiley & son, Inc ISBN: 978-0-470-95936-7
- Singata M, Tranmer J & Gyte GML. (2013) Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
- Singh N, Tripathi R, Mala YM & Yedla N. (2014). Breast Stimulation in Low-Risk Primigravidas at Term: Does It Aid in Spontaneous Onset of Labour and Vaginal Delivery? A Pilot Study. *BioMed Research International*. Vol 1. PP 1 – 6. Article ID 695037. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.1155/2014/695037>
- Smyth RMD, Markham C. & Dowswell T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4
- SOGC- SOGC Clinical Practice Guideline: Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. *JOGC*. 2008
- Sociedade Portuguesa De Neonatologia (2013) Consensos: Icterícia Neonatal. [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf)
- Söhnchena N., Melzerb K., Martinez T.B. , Jastrow-Meyera N., Othenin-Girarda V., Iriona O., Boulvain M. & Kayserb M. (2011). Maternal heart rate changes during labour. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* , Volume 158 , Issue 2 , 173 - 178
- Sousa L., Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Novembro: 17-26
- Souza, A.B. & Fernandes B.M. (2014). Guidelines for nursing care: an effective tool for the promotion of health in puerperium. *Rev Rene*. vol.15(4), pp:594-604.
- Souza, M. T.; Silva M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein*. 2010, p. 102-106.
- Stamatas, G. N. & Tierney, N. K. (2014), Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention, and Management. *Pediatr Dermatol*, 31: 1-7. doi:10.1111/pde.12245
- Stamatas, Georgios N.; Tierney, Neena K. (2014). Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention, and Management. *Pediatric Dermatology*. Vol. 31 No. 1, p.1–7.
- Stern C., Trapp E.M., Mautner E., Deutsch M., Lang U., Cervar-Zivkovic M. (2014). - The impact of severe preeclampsia on maternal quality of life. *Qual Life Res*, vol 23, pp:1019–1026
- Ulemanji, M. & Vakili, K. (2013) Neonatal renal physiology. *Seminars in Pediatric Surgery*, vol.22, pp.195-198.

Suja, J (2015) *A study to evaluate the effectiveness of nipple stimulation for progress of labour during first stage, among primigravida mothers in a selected hospitals at Tirunelveli, Tamil Nadu.* Tese de Mestrado, Nehru Nursing College, India - Tirunelveli.

## T

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Shuo T, Sawano E & Shinohara K. (2018). Effects of breast stimulation for spontaneous onset of labor on salivary oxytocin levels in low-risk pregnant women: A feasibility study. *PLoS ONE* 13(2): e0192757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192757>

Taminato, M., Fram, D, Torloni, M.R., Belasco, A.G.S., Saconato, H. & Barbosa D. (2011). Rastreamento de Streptococcus do grupo B em gestantes: revisão sistemática e metanálise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1470-1478. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600026>

Toohill J., Fenwick J., Gamble J., Creedy D.K., Buist A., Turkstra E. & Ryding EL. (2014) A randomized Controlled Trial of Psicho-Education Intervation by Midwives in Reducing Chilbirth Fear in Pregnant Woman. *Birth*. Vol 41, Issue 4; p. 384-394.

Toosi, M.; Akbarzadeh, M.; Farkhondeh, S. & Zare, N. (2014). The Reduction of Anxiety and Improved Maternal Attachment to Fetuses and Neonates by Relaxation Training in Primigravida Women. *Women's Health Bulletin*; vol 1(1): e18968

Turawa EB, Musekiwa A & Rohwer AC (2014). Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, Issue 9. Art. No.: CD010273. DOI: 10.1002/14651858.CD010273.pub2.

## U

Ugwumadu, A. (2013). Understanding cardiotocographic patterns associated with intrapartum fetal hypoxia and neurologic injury. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 27. p. 509–536

Ülker, K. , Çeçen, K. , Temur, İ. , Gül, A. & Karaca, M. (2011), Effects of the Maternal Position and Rest on the Fetal Urine Production Rate. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 30: 481-486. doi:10.7863/jum.2011.30.4.481

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2018). *Breastfeeding: a mother's gift for every Child*. UNICEF's Nutrition Section, 2018

## V

Vain NE, Satragno DS, Gorenstein AN, Gordillo JE, Berazategui JP, Alda MG & Prudent LM. (2014). Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet* , Volume 384 , Issue 9939 ,pp. 235 – 240

Valizadeh, L.; Zamanzadeh, V. & Rahiminia, E. (2013). Comparison of anticipatory grief reaction between fathers and mothers of premature infants in neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27; 921–926

Van, P. (2012). Conversations, coping, & connectedness: a qualitative study of women who have experienced involuntary pregnancy loss. *Baywood Publishing Co., Inc.*, p. 71-85. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.65.1.e> <http://baywood.com>

Venter, Carina; DEAN, Tara - Caring for the newborn: infant nutrition part 1. *British Journal Of Midwifery*, 2008, vol 16, No 11.

Volling BL. (2012) Family transitions following the birth of a sibling: An empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological Bulletin*.;138:497–528. doi: 10.1037/a0026921

Volling, B. L., Yu, T., Gonzalez, R., Kennedy, D. E., Rosenberg, L., & Oh, W. (2014). Children's responses to mother-infant and father-infant interaction with a baby sibling: jealousy or joy?. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 28(5), 634–644. doi:10.1037/a0037811

VOLRATHONGCHAI K, NEELASMITH S, THINKHAMROP J. Non-pharmacological interventions for women with postpartum fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews* .2013, Issue 3. Art. No.: CD010444. DOI: 10.1002/14651858.CD010444.

Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. (2018) Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 11. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub4.

Wan, Hongwei [et al.]- Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Contemporary Nurse*. 2011. 37(2), p: 149–159.

## W

White O., Noleen K., Geraldine SH., Martin D. & Manderson J.(2008) Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26:2, 74-85, DOI: 10.1080/02646830801918455

White-Guthro, M. & Schub, T. (2016). Breastfeeding: Breast and Nipple Problems: Evidence-Based Care Sheet. *Cinahl Information System*. 2016.

Working Group On High Blood Pressure Education Program (2000) - Consensus report of the working group on high blood pressure in pregnancy. *J. Obstet Gynecol*. 183, pS1-22;

Wright, D. & Bélanger, C. (2000) The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of reproductive and infant psychology*. Vol. 18, no1, p.5-18;

## Y

Young, R. (2013). The Importance of Bonding. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 11–16.

## Z

Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, Hatjis CG, ... & Reddy UM. (2010) Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol. Author manuscript*; 116(6): 1281–1287. doi:10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e

Zhang J, Troendle J , Mikolajczyk (2010) The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*;115:705-10.

Zipori,Y., Grunwald, O.; Ginsberg, Y; Beloosesky, R. & Weiner,Z. (2019). The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* , Volume 220 , Issue 2 , 191.e1 - 191.e7

## ANEXOS

## **ANEXO I**

Oxford Centre for Evidence-Based  
Medicine – níveis de evidência

Nível de evidência científica segundo Oxford Center for Evidence-Based Medicine (2011)

Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Tratamento/ Prevenção – Etiologia	Diagnóstico
<b>A</b>	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	1B	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada, com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
	1C	Resultados Terapêuticos do tipo “tudo ou nada”	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
<b>B</b>	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
	2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
	2C	Observação de Resultados Terapêuticos ( <i>outcomes research</i> ) Estudo Ecológico	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
	3B	Estudo Caso-Controle	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
<b>C</b>	4	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade)	Estudo caso-controle; ou padrão de referência pobre ou não independente
<b>D</b>	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	

Baseado em <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>

