

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**O USO DE DISPOSITIVOS NO APOIO À
AMAMENTAÇÃO**

**THE USE OF BREASTFEEDING SUPPORT
DEVICES**

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

Cláudia Sofia Pereira Leite

Porto, 2019

“A força da maternidade é maior que as leis da natureza.”

Barbara Kingsolver

Para o avô Henrique Lopes Pinto,

Uma luz para sempre no meu coração.

AGRADECIMENTOS

Foram alguns meses e muitas horas dedicadas à concretização de um sonho de vida. Superei-me. Sinto-me forte, com as capacidades reforçadas, certa de que dei o meu melhor ao longo desta viagem.

Quero agradecer à professora Doutora Cândida Koch por todo o incentivo, suporte e momentos de reflexão. Todo o tempo despendido ajudou-me a evoluir, a ser uma melhor pessoa e investigadora. Obrigada por tudo.

Uma gratidão eterna, claro, para com a minha orientadora de estágio, enfermeira especialista Aurora Bastos. Sem ela seria impossível tornar-me na pessoa e enfermeira que sou hoje. Obrigada por todos os ensinamentos, pela paciência e pela confiança depositada em mim. Levarei para sempre no coração todo o amor partilhado.

Obrigada aos meus pais por serem a varanda para o meu sonho. Sempre assumiram comigo, sem reticências nem círculos, o caminho que escolhi para a minha caminhada.

Agradeço ao Alexandre, por expressar o seu amor nas mais diversas brincadeiras e afetos, foi preponderante em determinadas fases de todo o processo.

Por último, quero expressar a minha gratidão a toda a equipa de profissionais de saúde do CHVNGE que facilitou e enriqueceu o meu leque de experiências e conhecimentos profissionais.

Nunca estamos sós!

Obrigada a todos!

RESUMO

O presente relatório do Estágio de Natureza Profissional, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, decorreu no CHVNGE entre novembro de 2018 e julho de 2019. Nele se descrevem todas as atividades e experiências envolvidas no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros e pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O estágio incluiu a prestação de cuidados de enfermagem especializados, com base na evidência científica mais atual, nas áreas de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e, Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade. Neste relatório estão relatadas as experiências vividas ao longo destes meses, sendo analisadas crítico-reflexivamente, de acordo com a evidência científica. No Capítulo do Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade, a amamentação foi o foco de atenção que mais careceu de intervenção. Neste sentido, surgiu a necessidade de implementar intervenções promotoras da manutenção e do sucesso da amamentação, no período pós-parto, justificando-se a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, na busca da melhor evidência científica. Pretendíamos, assim, contribuir para a melhoria da prática de enfermagem de saúde materna e obstétrica, através da promoção da amamentação e da prevenção do desmame precoce.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Amamentação; Protetores de Mamilo; recém-nascido

ABSTRACT

The present report of the Professional Internship, included in the Master Course of Maternal Health and Midwifery Nursing, took place in the CHVNGE, between November 2018 and July 2019. All activities and experiences concerning the competences acquisition and development process are here fully described, in agreement with the Expert Nurse Specific Competences Regulation in Maternal Health, Midwifery and Gynaecological Nursing, produced by the Portuguese Nursing Association and the Maternal Health and Midwifery Nursing Expert College Bureau. The internship included the specialized nursing care, based on the most recent scientific evidence, concerning Pregnancy Complications, Labour and Delivery and Post-delivery Selfcare and Parenthood. In this document, the experiences lived all through these months are described and analysed critically and reflectively, according to scientific evidence. In the Post-delivery Selfcare and Parenthood chapter, breastfeeding was the aspect that required more intervention. Therefore, the need to implement measures to keep breastfeeding successfully, after the delivery was felt, which justifies the writing of a literature review, in the search for the best scientific evidence. We, consequently intend to contribute to a better Maternal Health and Midwifery Nursing practice, through the promotion of breastfeeding and the prevention of early weaning.

Keywords: Midwifery; Breastfeeding; Nipple shield, infant

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

ADA – *American Diabetes Association*

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

CHVNGE – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CIFE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIB – Dispositivo de Perfusão Contínua

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EFNT – Estado Fetal Não Tranquilizador

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council Of Nurses*

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LA – Líquido Amniótico

MESMO – Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PTOG – Prova de Tolerância Oral à Glicose

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCOG – *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SGB – *Streptococcus* do grupo B

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetes

TP – Trabalho de Parto

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	13
1.1. Cuidados à grávida com diabetes gestacional	16
1.2. Cuidados à grávida com rotura prematura de membranas.....	19
1.3. Cuidados à grávida com ameaça de trabalho de parto pré-termo.....	23
1.4. Indução do trabalho de parto	27
1.5. Cuidados à grávida internada	30
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	35
2.1. Primeiro período de trabalho de parto.....	40
2.2. Segundo período de trabalho de parto	55
2.3. Terceiro período de trabalho de parto	61
2.4. Quarto período de trabalho de parto	66
2.5. Interrupção médica da gravidez	68
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE	73
3.1. Cuidados à puérpera/família	76
3.2. Cuidados ao recém-nascido	89
3.3. Promoção de competências parentais	98
3.4. O uso de dispositivos no apoio à amamentação – Revisão integrativa da literatura	102
3.4.1. Introdução ao problema	104
3.4.2. Metodologia	107
3.4.3. Resultados.....	107
3.4.4. Discussão.....	113
3.4.5. Conclusões	115
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	117
CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Sequência da técnica "Rollover" para parturientes com analgesia epidural (Simkin & Ancheta, 2017).	50
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem de grávidas internadas conforme o diagnóstico.	16
Gráfico 2 – Parturientes de risco assistidas de acordo com o diagnóstico.	39
Gráfico 3 - Puérperas assistidas de acordo com o trauma perineal.	83
Gráfico 4 - Puérperas de risco assistidas de acordo com o seu diagnóstico.	87

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Escala de Goodwin modificada (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a)	14
Quadro 2 - Diagnóstico da Hiperglicemia na Gravidez e seus subtipos baseado na PTOG entre as 24-28 semanas de idade gestacional (WHO, 2013a, cit in SPD, 2017).	17
Quadro 3 - Fatores de risco para parto pré-termo (ACOG, 2016a).	23
Quadro 4 - Efeitos secundários e contraindicações para administração de tocolíticos (Guimarães et al., 2014b).....	25
Quadro 5 – Parturientes assistidas e Partos.	37
Quadro 6 - Experiências no âmbito do Puerpério.	74
Quadro 7 - Hierarquia de níveis de evidência (Pompeo et al., 2009).	104
Quadro 8 - Análise dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.	112
Quadro 9 - Experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.	119

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio de natureza profissional dá resposta a um dos requisitos do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), que se insere no Segundo Ciclo de Estudos e foi realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Com ele pretendemos descrever, crítica e reflexivamente, sobre as experiências que permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas que permitem ao enfermeiro uma prática especializada para cuidar da mulher/família e do recém-nascido em contextos como: gravidez com complicações, trabalho de parto (TP) e parto e, no pós-parto e na adaptação à parentalidade. O estágio profissionalizante decorreu no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), desde o dia 19 de novembro de 2018 até 24 de julho de 2019, em diferentes unidades de cuidados como o Serviço de Gravidez com Complicações (100 horas), entre o dia 19 de novembro ao dia 14 de dezembro de 2018, que também dá apoio à sala de partos para as induções de TP; no Serviço de Puerpério (300 horas), entre o dia 17 de dezembro de 2018 ao dia 22 de fevereiro de 2019, e na Sala de Partos (500 horas), de 25 de fevereiro ao dia 24 de julho de 2019, no qual se dá apoio, também, às situações de interrupção médica da gravidez (IMG) e de versões cefálicas. A carga horária total foi de 900 horas. Para apoio à realização do Relatório de Estágio foram consideradas 75 horas de orientação tutorial, das quais 25 foram presenciais, que se mostraram momentos cruciais para a aprendizagem, pois foi possível discutir ideias, partilhar e esmiuçar aspetos inerentes ao desenvolvimento das competências, tendo por base a problematização da prática e a busca da evidência científica.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) salienta que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, envolvidas nos processos fisiológicos e processos de vida normais, ao longo do ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções interdependentes em situações de maior risco. De acordo com os objetivos do Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos da ESEP, e no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), pretendemos demonstrar os conhecimentos, as competências e as atitudes inerentes ao processo de cuidados de

enfermagem, dando resposta às necessidades da mulher e da família, num momento crucial do seu ciclo de vida e na adaptação a uma nova condição, tendo sempre presente a otimização da sua saúde. Com o presente relatório, pretende-se dar visibilidade a um processo formativo, cujas experiências permitiram o desenvolvimento das competências e das habilidades que permitirão o desenvolvimento pessoal e profissional e a prática de enfermagem especializada. No âmbito da prática clínica, focada nos cuidados pós parto e na adaptação à parentalidade, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, tendo como objeto de estudo: “O uso de dispositivos no apoio à amamentação”, concretamente sobre a utilização de protetores de mamilo durante a amamentação. O interesse por esta temática emergiu durante a prática clínica, pela disparidade de opiniões observadas entre os enfermeiros, para o apoio durante a amamentação. De acordo com a literatura, o sucesso da amamentação depende de vários fatores, e os benefícios resultantes da introdução de dispositivos para o seu apoio, como o protetor de mamilo, não é consensual entre os diversos autores. Torna-se, assim, uma questão pertinente para investigar, de modo a clarificar o seu contributo para o sucesso da amamentação.

De forma a facilitar a leitura deste relatório e a análise das atividades que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências, ele está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo aborda-se o projeto individual de estágio, referenciando-se os objetivos gerais, a sua contextualização, assim como as estratégias usadas para a concretização do mesmo. Os capítulos segundo, terceiro e quarto referem-se à descrição das atividades desenvolvidas durante as várias etapas do estágio, que possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas, nomeadamente: na gravidez com complicações, TP e parto e puerpério. Este último capítulo apresenta um subcapítulo dedicado à revisão da literatura sobre os dispositivos de apoio à amamentação. O quinto capítulo apresenta a análise crítico-reflexiva da prática clínica, no âmbito do estágio. No sexto e último capítulo são apresentadas algumas conclusões, sugestões e uma apreciação global deste percurso formativo e dos seus contributos ao nível pessoal e profissional. A Prática Baseada na Evidência (PBE) foi o método usado na prática clínica ao longo do nosso percurso. Realizou-se uma vasta pesquisa bibliográfica, predominantemente com recurso às seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Host British Journal of Midwifery, Journal of Obstetrics e PUBMED, através da plataforma EBSCOHost web.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O estágio de gravidez com complicações decorreu no período entre 19 de novembro e 14 de dezembro de 2018, sob a orientação e supervisão de vários EESMO, no Serviço de Grávidas de risco do CHVNGE Unidade II. Este serviço dá apoio à sala de partos, para induções de TP em mulheres provenientes do exterior. Esta prática clínica permitiu-nos adquirir competências para assistir a mulher em situações de saúde-doença durante o período pré-natal (OE, 2010).

A gravidez é um processo biológico que se integra no ciclo de vida da mulher, e é considerada uma das fases mais importantes na sua vida. É considerada uma transição desenvolvimental que necessita de apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que podem ser facilitadores deste processo. Por si só, o período de gravidez acarreta várias alterações fisiológicas na mulher, que carece de adaptação às mudanças implícitas e ao desafio da redefinição dos papéis na estrutura familiar. Pode adquirir um padrão de transição múltipla, quando a grávida passa a ter uma classificação de risco, sobrepondo-se assim uma transição de saúde-doença, tornando-se mais difícil esse processo desenvolvimental pela maior ansiedade e angústia das mulheres.

Numa gravidez de médio/alto risco, a mulher vivencia alterações complexas que, em conjunto com as mudanças da própria gravidez, agravam o estado de equilíbrio. A mulher passa por estados de ansiedade, medo de perder o filho e, também, um estado de culpabilização por não conseguir conduzir uma gravidez fisiológica e pela sensação de perda de controlo sobre o seu corpo. Estas vivências, os preconceitos e o desconhecimento sobre a sua situação incapacitam a mulher para lidar com as alterações do seu corpo, dificultando o processo desenvolvimental da gravidez (Silva, 2013; Orfão, 2016). Elas necessitarão de um apoio mais profissional e personalizado para ultrapassarem esta fase.

Meleis (2010) diz-nos que uma transição consiste num período de mudança em que o resultado final é diferente do ponto de partida. Segundo a sua teoria, uma transição só é bem-sucedida quando a mulher chega à fase de mestria e de integração fluída da identidade, mas, para isso, terá de passar por um processo que se caracteriza pela sua

complexidade e diversidade gerador de vários significados, determinados por cada mulher (Guimarães & Silva, 2016). Das intervenções de enfermagem, a consciencialização da mulher é o primeiro passo e o mais importante para que todo o processo de adaptação decorra da melhor forma possível.

Toda a gravidez acarreta algum grau de risco, o qual pode estar aumentado, ou não, devido a alguns fatores de risco ditados pela sua história reprodutiva, ou patologia associada, comportamentos aditivos, antecedentes obstétricos ou ginecológicos, ou outras complicações decorrentes da gravidez atual. Estes fatores de risco estão descritos na escala de Goodwin modificada para avaliação do risco pré-natal como se pode observar no Quadro 1.

HISTÓRIA REPRODUTIVA		
Idade	≤17>40	- 3
	18 - 29	- 0
	30 - 39	- 1
Paridade	0	- 1
	1 - 4	- 0
	≥ 5	- 3
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	- 1	
Infertilidade	- 1	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	- 1	
RN ≥ 4000 g	- 1	
Pré-eclampsia/eclampsia	- 1	
Cesariana anterior	- 2	
Feto morto / morte neonatal	- 3	
Trabalho de parto prolongado ou difícil	- 1	
PATOLOGIA ASSOCIADA		
Cirurgia ginecológica anterior	- 1	
Doença renal crónica	- 2	
Diabetes gestacional	- 1	
Diabetes Mellitus	- 3	
Doença cardíaca	- 3	
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)	- 1	
Índice de acordo com a gravidade	- (1 a 3)	
Gravidez atual		
	1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	- 1	
Hemorragias > 20 semanas	- 3	
Anemia (≤ 10 g)	- 1	
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	- 1	
Hipertensão	- 2	
Rotura prematura da membranas	- 2	
Hidramnios	- 2	
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	- 3	
Apresentação pélvica	- 3	
Isoimunização Rh	- 3	

Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7

Quadro 1 - Escala de Goodwin modificada (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a)

Sendo o risco variável, durante a gravidez, a sua avaliação deve ser feita em todas as consultas (DGS, 2015a). O conceito de risco consiste na probabilidade de ocorrer um resultado desfavorável para o indivíduo, sendo possível, assim, estabelecer-se uma relação de causa-efeito entre o fator em causa e o fenómeno decorrente. A aplicabilidade deste conceito na área de saúde materna veio reduzir as taxas de mortalidade e morbidade materno-fetal ao longo dos tempos (Oliveira et al., 2015).

Certas patologias podem ser correlacionadas com um maior risco de mortalidade e de morbidade materno-fetal, quer pelo seu mecanismo fisiopatológico, quer pela terapêutica medicamentosa associada. Alguns exemplos são a diabetes *mellitus* e/ou gestacional, a hipertensão arterial (HTA) e/ou a pré-eclâmpsia, as cardiopatias, os antecedentes de tromboembolismo, a doença renal, a patologia tiroideia, a anemia, a artrite reumatóide, a epilepsia, a tuberculose, a asma, as perturbações do foro psiquiátrico, os fatores genéticos, as gravidezes não planeadas, a gravidez múltipla, a gravidez nos extremos da idade reprodutiva e as procriações medicamente assistidas (PMA). Os comportamentos maternos podem ser também considerados como fatores de risco na gravidez, tais como as deficiências na ingestão nutricional e/ou distúrbios do comportamento alimentar, o consumo de tabaco/álcool/substâncias psicoativas, a exposição ambiental a poluentes e as infeções sexualmente transmissíveis (IST). Contudo, nem todos estes casos têm necessidade de internamento num serviço de cuidados especializados. Só quando seja indispensável uma maior vigilância materno-fetal (DGS, 2015a).

O serviço de internamento de grávidas de risco do CHVNGE comporta nove camas para vigilância materno-fetal de grávidas com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, e dá apoio à sala de partos, nas induções de TP. As grávidas de risco assistidas durante o período de estágio foram 85, com idade gestacional compreendida entre as 20 semanas e um dia e as 41 semanas. Durante a nossa prática clínica, verificou-se que os internamentos se deveram sobretudo a: diabetes gestacional (DG), (11%, n=13), rotura prematura de membranas (RPM) (10%, n=12), ameaça de trabalho de parto pré-termo (ATPPT) (10%, n=11), conforme se apresenta no Gráfico 1. Cuidámos, também, de 15 grávidas em indução de TP, das quais, 10 apresentavam gravidez de alto risco enquanto as restantes apresentavam 41 semanas de gestação. Todas estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências e aprendizagem no âmbito da gravidez com complicações.

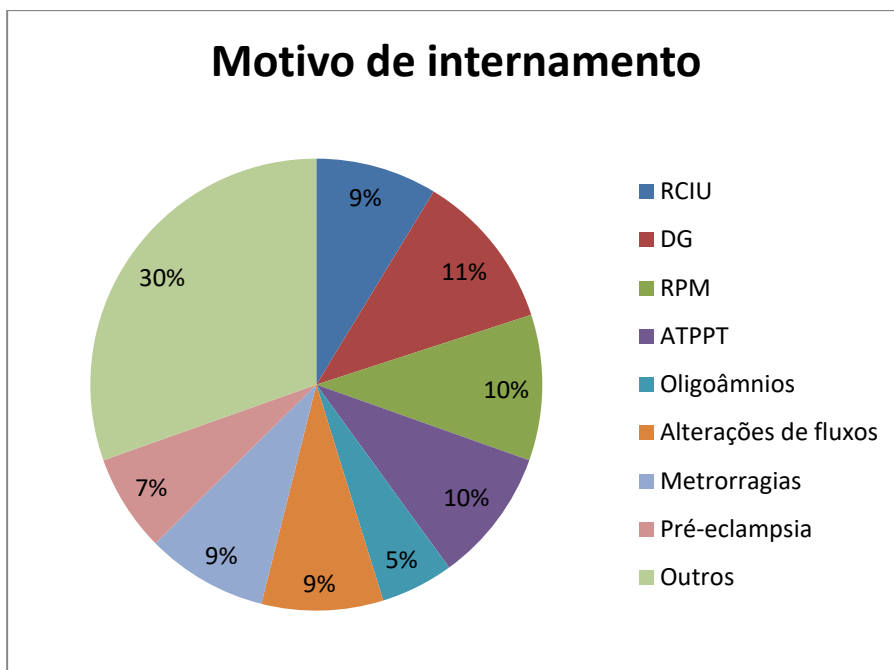


Gráfico 1 – Percentagem de grávidas internadas conforme o diagnóstico.

Entre as outras causas (30%, n=35) que levaram a um internamento, relacionadas com patologia materna, ou com a gravidez, são exemplo: diabetes *mellitus* tipo I, trombose venosa profunda e miomas uterinos, placenta prévia, HTA gestacional, alterações fetais e síndrome de transfusão feto-fetal em gravidezes gemelares. Para além destes casos, tivemos a oportunidade de cuidar de grávidas com restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), com alterações de fluxo, muitas vezes associadas a RCIU, e ainda de mulheres com metrorragias (9%, n=10). Casos de pré-eclampsia (7%, n=8) e de oligoâmnios (5%, n=6), também tiveram o seu relevo nos cuidados prestados.

1.1. Cuidados à grávida com diabetes gestacional

Recentemente, os critérios da glicemia para o diagnóstico de DG foram alterados, verificando-se, por isso, um aumento desses casos. Esta patologia é definida “como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez” (Sociedade Portuguesa de Diabetes [SPD], 2017, p. 25). Passou

a ser considerada como um subtipo de hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez na gravidez atual, distinguindo-se da Diabetes na Gravidez por apresentar valores de glicemia intermédios entre os níveis que são considerados normais na gravidez e os valores que excedem os limites diagnósticos para a restante população não grávida (World Health Organization [WHO], 2013a). Por sua vez, a Diabetes na Gravidez é diagnosticada no decorrer da gravidez atual, contudo, com maior gravidade. A sua presença significa a existência de uma diabetes não diagnosticada anteriormente, o que requer uma avaliação mais rigorosa das malformações fetais, de complicações microvasculares, de uma maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica adequada durante a gestação. Dispensa da reclassificação pós-parto com uma prova de tolerância oral à glicose (PTOG). No Quadro 2 apresentam-se os diferentes valores de diagnóstico para uma DG e para uma Diabetes na Gravidez obtidos por PTOG. Porém, se a grávida realizar uma pesquisa de glicemia em jejum, e este valor for superior ou igual a 126mg/dl, e glicemia ocasional igual ou superior a 200mg/dl, a diabetes será tratada como se fosse uma diabetes prévia (SPD, 2017).

Hiperglicemia na Gravidez			
	Glicemia plasmática mg/dl		
Hora	0	1	2
Normal	< 92	92 – 125	≥ 126
Diabetes Gestacional	< 180	≥ 180	–
Diabetes na Gravidez	< 153	153 – 199	≥ 200

Quadro 2 - Diagnóstico da Hiperglicemia na Gravidez e seus subtipos baseado na PTOG entre as 24-28 semanas de idade gestacional (WHO, 2013a, cit in SPD, 2017).

À presença desta patologia associam-se riscos maternos, fetais, neonatais e infantis. Para a mulher há um maior risco de hipoglicemia, infecções, cetoacidose, pré-eclampsia/eclampsia, hemorragia pós-parto, parto vaginal traumático, cesariana e agravamento da vasculopatia (retinopatia). Para o feto, associa-se risco de malformações, morte, RCIU, parto pré-termo, macrossomia, hidrâmnios e traumatismo no parto. Ao nascimento, os recém-nascidos estão mais propensos a desenvolver síndrome de dificuldade respiratória (SDR), alterações metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesiemia), hiperbilirrubinemia e policitemia. A longo prazo, estarão mais propensos para a obesidade, o atraso do desenvolvimento neurológico e intelectual e para a diabetes *mellitus* tipo II (Nizard & Ville,

2009; Reece, 2010; Ogata, 2010; Simeoni & Barker, 2009).

A monitorização da glicemia torna-se fundamental para avaliar o perfil glicémico da grávida. Caso esta não atinja os valores recomendados, pode haver necessidade de ajustar os comportamentos de estilo de vida, como por exemplo, na alimentação e no padrão de exercício físico, ou até mesmo iniciar terapêutica farmacológica. Esta monitorização deve ser realizada quatro vezes por dia, uma em jejum e, as outras três, uma hora após o início das principais refeições. Se houver necessidade de terapêutica farmacológica, as pesquisas podem ser reajustadas, conforme o regime terapêutico instalado. Assim, promovemos um desfecho favorável à saúde materno-fetal (WHO, 2013a; *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], 2013; *American Diabetes Association* [ADA], 2017).

A terapêutica não farmacológica é a primeira linha de tratamento para o controlo da glicemia. A alimentação e o exercício físico são, na maioria das vezes, o suficiente para controlar a DG até ao fim da gravidez, e posteriormente. É recomendado realizar várias refeições por dia, três principais e dois ou três lanches. De salientar que a última refeição deve conter hidratos de carbono para evitar hipoglicemias noturnas e cetoacidose pela manhã. Quanto à atividade física, é indicado 30 minutos diários de atividade moderada e aconselha-se ser realizada após uma refeição (Lapolla, Dalfrà & Fedele, 2009; SPD, 2017).

Os cuidados de enfermagem a mulheres com DG são importantes durante a fase pré-natal, pois, além de ser uma doença com grande prevalência, podem vir a desenvolver-se várias complicações como referido anteriormente. Durante o estágio, verificou-se que a maioria dos casos de grávidas, com esta patologia, eram internadas para induzirem o TP. Só verificamos o internamento de duas grávidas por apresentarem a DG descompensada.

A idade gestacional, no momento do parto, é condicionada por vários fatores, como seja a idade materna superior a 40 anos, a obesidade, os antecedentes de complicações obstétricas, a presença de outras comorbidades, o perfil glicémico, o crescimento fetal, alterações no líquido amniótico e os valores de hemoglobina glicada ao longo da gravidez. No entanto, o recomendado globalmente é que, se os fatores anteriores estiverem estáveis e controlados a gestação não deverá exceder as 40 semanas e seis dias e, nas restantes grávidas, em que ocorre algum desvio do normal para os fatores de risco, a decisão deverá ser individualizada, não devendo ultrapassar as 39 semanas e seis dias. O tipo de parto mais recomendado será vaginal, porém, deve ser ponderado no caso de nuliparidade, obesidade, ou perante antecedentes de macrosomia e/ou partos traumatizantes, ou ainda, se o TP é espontâneo ou induzido e se a diabetes foi controlada durante a gravidez (Visser & de Valk,

2015; Ashwal & Hod, 2015). A nossa prática clínica vai de acordo com a evidência científica.

Perante grávidas internadas por DG descompensada, desenvolveram-se atividades de diagnóstico sobre a ingestão nutricional. Avaliámos o padrão alimentar e o padrão de exercício físico, os conhecimentos sobre alimentação saudável e atividade física adequados, as competências para a monitorização autónoma da glicemia capilar diária, e, ainda, sobre o comportamento de procura de saúde e a vontade para a mudança de comportamentos. Esta avaliação permitiu formular alguns diagnósticos e implementar intervenções que visaram a promoção da saúde materno-fetal, o apoio na gestão eficaz do regime terapêutico e o autocuidado durante a gravidez. Ensinamos sobre: regime dietético, a importância do exercício físico pós-prandial, os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, como agir em caso de hipoglicemia, regime terapêutico. Instruímos sobre glicemia capilar e treinámos a sua monitorização. Ensinámos, ainda, sobre estratégias de *coping*. Durante a nossa prática, valorizámos a relação empática com a grávida, promovendo um envolvimento, sempre que possível, dos familiares mais próximos (SPD, 2017; Schmalfuss, Prates, Azevedo & Schneider, 2014). O objetivo destas intervenções é essencialmente a promoção da saúde e o autocontrolo da mulher, promovendo o autocuidado e a sua qualidade de vida (Santos, 2012).

1.2. Cuidados à grávida com rotura prematura de membranas

Ao longo do estágio surgiu a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com o diagnóstico de RPM. Este é explicado pela rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico (LA) antes do início do TP, isto é, antes do início de contrações uterinas regulares e da extinção e dilatação cervical. Os casos de RPM experienciados foram situações com idade gestacional inferior a 37 semanas. Ocorrem em 2% das grávidas e são responsáveis por, aproximadamente, 40% dos nascimentos nesta conjuntura. Associam-se complicações como infeção, prolapso do cordão umbilical, descolamento da placenta e prematuridade, o que leva a um aumento da morbidade e mortalidade materno-fetal e neonatal (Guimarães, Moucho & Gomes, 2014a; ACOG, 2018a). A latência, após uma RPM,

é de sete dias, tendendo a diminuir à medida que a idade gestacional avança (Peaceman, et al., 2015; Dale, Tanbo, Bendvold & Moe, 1989). Alguns fatores de risco para esta ocorrência podem ser as infecções urinárias, as infecções intra-uterinas, a incompetência istmocervical, a gestação múltipla, o polidrâmnios, o tabagismo, o déficit nutricional e uma história anterior ou familiar de RPM (Costa et al., 2010).

A atitude perante uma RPM depende da idade gestacional, e da situação clínica materno-fetal, entre outros fatores (ACOG, 2018a). Segundo a *Guidline* do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2019), deverá ser controlado, em todos os casos, o risco de infeção e iniciado tratamento profilático com antibióticos. Caso haja infeção intra-uterina, descolamento de placenta, estado fetal não tranquilizador (EFNT) ou prolapso do cordão o parto deve ser imediato.

Um dos maiores riscos da RPM é a infeção que leva à corioamniotite e, subsequentemente, à infeção fetal e neonatal. Por isso, é necessário avaliar frequentemente o pulso, a tensão arterial, a temperatura e os sinais e sintomas de infeção materna, e ainda, observar a frequência cardíaca fetal (FCF). É, igualmente, importante colher amostras de sangue para detetar o aumento da proteína C reativa e dos glóbulos brancos (RCOG, 2019). A administração de antibióticos, em grávidas pré-termo, com RPM, está associada a uma redução significativa de corioamniotite e de latência do parto entre as 48 horas e os sete dias seguintes. Com esta profilaxia antibacteriana verifica-se uma redução das infeções, da utilização de surfactante e da oxigenoterapia neonatais (Kenyon, Boulvain & Neilson, 2013; Hutzal et al., 2008). O melhor antibiótico e a duração do tratamento, ainda não é claro, contudo, a eritromicina é o recomendado por 10 dias, ou até o desenrolar do TP. A penicilina também pode ser utilizada, caso a grávida seja intolerante ao primeiro. A amoxicilina, por sua vez, deve ser evitada, por estar associada a um aumento do risco de enterocolite necrosante (RCOG, 2019). O protocolo de serviço do CHVNGE recomenda de imediato a azitromicina, em toma única, e a administração de ampicilina, durante 48 horas, e mantendo depois a amoxicilina nos cinco dias seguintes (Seixas, Castro & Ferreira, 2015). Este protocolo está de acordo com a ACOG (2011a) que, efetivamente refere que deve ser administrada em 48 horas, uma combinação de eritromicina (pertencente à mesma família da azitromicina) e ampicilina, seguindo-se um ciclo de cinco dias com amoxicilina. Esta antibioterapia está indicada numa idade gestacional entre as 24 e as 34 semanas mais seis dias (ACOG, 2018a).

Sabemos que o *streptococcus* do grupo B (SGB), igualmente designado por *streptococcus*

agalactiae, coloniza o aparelho genital, assintomaticamente, em 10 a 30% das grávidas e é agente causador de morbidade e mortalidade perinatal (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). A transmissão durante o parto pode originar meningite, pneumonia e *sepsis* no recém-nascido. A colonização bacteriana, vaginal e retal, em grávidas, pode levar a uma situação de infecção, principalmente, quando a rotura de membranas se prolonga por mais de 18 horas, o parto seja pré-termo e a idade da grávida inferior a 20 anos. A presença de febre intra-parto é um sinal sugestivo de infecção. Para diminuir potenciais riscos, recomenda-se a profilaxia antibiótica, por via exclusivamente endovenosa, devido às concentrações intramnióticas (Machado, Moucho & Barros, 2014). Após duas horas, acredita-se que confere alguma proteção ao recém-nascido (ACOG, 2011b). A colheita de exsudado vaginal e retal deve ser realizada entre as 35 e as 37 semanas de gestação (Machado et al., 2014). Se o rastreio for positivo, ou gestação anterior com SGB positivo, realiza-se a profilaxia antibiótica com, preferencialmente, penicilina. Na ausência de rastreio, devemos realizar a profilaxia em situações de parto pré-termo ou RPM, como é o caso da patologia abordada (Afonso, 2012). Verificou-se que esta é, também, a atitude no serviço de obstetrícia do CHVNGE.

Na RPM em que pode acontecer um parto pré-termo está indicada a indução da maturidade pulmonar fetal com glucocorticóides. Estes estão associados a uma redução significativa da incidência e da gravidade da doença da membrana hialina, ou a SDR, da hemorragia intraventricular e leucomalácia peri-ventricular, e ainda, na redução da enterocolite necrotizante e na morte neonatal. Os benefícios desta maturidade estendem-se a todas as idades gestacionais a partir das 24 semanas, contudo existe evidência científica de que são significativamente menores após as 34 semanas. Além da RPM, a indução da maturidade pulmonar está indicada para outras situações, como ATPPT ou TP pré-termo, hemorragias uterinas e qualquer outro caso em que o parto pré-termo seja iminente. Como tal, os glucocorticóides utilizados são a betametasona e a dexametasona, com igual benefício para a maturação pulmonar, atingindo entre as 24 horas pós o início da terapêutica até sete dias depois ou parto efetivo. Contudo, mesmo após este tempo, mantém-se o seu benefício (McKinlay, Crowther, Middleton & Harding, 2012; ACOG, 2017a; Garite, Kurtzman, Maurel & Clark, 2009; RCOG, 2010; Bittar, Francisco & Zugaib, 2016).

Os mesmos autores referem que após 15 dias do primeiro ciclo, é possível realizar um ciclo de resgate, caso ainda não tenha ocorrido o parto. Este ciclo associa-se a uma menor morbidade respiratória, entre outras, mas não altera significativamente a incidência de mortalidade perinatal. Se houver suspeita de corioamniotite ou de infecção materna grave

está contraindicada a corticoterapia antenatal. A evidência científica mostra-nos que a administração de um ou dois ciclos para maturação pulmonar fetal não aumenta claramente o risco de infecção materna e/ou fetal, nem está associado a RCIU ou a diminuição do peso à nascença. A curto prazo, não há aumento da incidência de alterações neurológicas ou cognitivas na infância.

Por vezes, em situações de RPM, as grávidas permanecem no leito durante muito tempo. De acordo com Carvalho (2012), o repouso absoluto, com restrição da atividade física, é prescrito com a intenção de evitar um TP pré-termo. Na prática clínica, observámos o caso de uma grávida com RPM que conseguiu chegar às 34 semanas. Contudo, esteve em repouso absoluto durante um mês o que desencadeou uma maior labilidade emocional. É comum o aumento do stresse nas mulheres com gravidezes de maior risco, como a RPM, mantendo-se, por vezes após o parto (Stramrood et al., 2011). É recomendado que as mulheres e os seus companheiros sejam acompanhados e apoiados sob o ponto de vista emocional, tanto na gravidez, como no puerpério (RCOG, 2019). No CHVNGE este apoio é essencialmente realizado pelos profissionais de saúde que, diariamente lidam com estas grávidas, nomeadamente as enfermeiras. Costa e colaboradores (2010) referem que a informação dada e o processo de comunicação são essenciais para reduzir os efeitos negativos resultantes de um longo internamento. Os profissionais ao assumirem uma atitude de partilha, respeito e confiança com as mulheres e família, considerando as suas necessidades biopsicossociais e culturais, promoverão maior estabilidade emocional e um melhor desfecho da gravidez.

A realização do parto deve ser discutida com cada mulher e de acordo com cada situação clínica. As novas recomendações vão no sentido de manter uma atitude expectante até às 37 semanas de gestação, se não houver contraindicações, pois associa-se a melhores resultados materno-fetais. No entanto, situações como TP ativo, corioamniotite, cardiografia fetal suspeita, gravidez múltipla monocoriónica, distúrbios hipertensivos ou outras situações podem levar à antecipação do parto. No CHVNGE, a prática clínica está de acordo esta recomendação de atitude expectante, todavia, realizar o parto antecipadamente aumenta a incidência de SDR e as taxas de cesariana. Associa-se, igualmente, a uma maior taxa de óbito neonatal e de necessidade de ventilação (RCOG, 2019; Bond et al., 2017).

1.3. Cuidados à grávida com ameaça de trabalho de parto pré-termo

Para além dos casos anteriormente abordados, tivemos a oportunidade de cuidar de mulheres com ATPPT. Esta situação caracteriza-se pela ocorrência de contrações uterinas regulares, com formação do segmento inferior uterino, embora sem repercussões ao nível do cérvix e com presença de dilatação e extinção. Diferencia-se do TP efetivo por estes sinais surgirem antes das 37 semanas de gestação (Costa, Calado, Rodrigues & Montenegro, 2014). O parto pré-termo é definido pela *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO, 2012) e pela WHO (2015), como um parto que ocorra entre as 22 e as 37 semanas de gestação. Pode ser considerado em três categorias, de acordo com a idade gestacional. Prematuridade extrema quando o parto ocorre entre as 20 e as 27 semanas; prematuridade moderada quando ocorre entre as 28 e 31 semanas; e prematuridade leve se o parto ocorrer entre as 32 e as 37 semanas (Lumley, 2003).

Em 2015, a prematuridade foi considerada a principal causa de morte infantil até aos cinco anos de idade. Estes recém-nascidos são particularmente vulneráveis a problemas nutricionais, ao aumento do risco de infeções, nomeadamente do foro respiratório, e têm maior dificuldade na termorregulação corporal. Apresentam, ainda, maior risco de paralisia cerebral, défices sensoriais e doença pulmonar crónica (WHO, 2015a).

As causas para este fenómeno são ainda pouco compreendidas, contudo existem fatores que predis põe para o aumento do risco do parto pré-termo, como fatores maternos, fatores obstétricos e fatores comportamentais, conforme se pode ver no Quadro 3.

Fatores maternos	Fatores obstétricos	Fatores comportamentais
Idade avançada Baixo índice de massa corporal Doenças periodontais Outras infeções	Intervalo curto entre gravidezes Gravides múltiplas Pré-eclampsia Colo uterino curto História de cirurgias uterinas	Stresse Atividade física excessiva Grandes períodos na posição ortostática Consumos de tabaco, álcool e/ou drogas

Quadro 3 - Fatores de risco para parto pré-termo (ACOG, 2016a).

Face a uma ATPPT está protocolado, primeiramente, a administração de tocolíticos, para ser possível a indução da maturidade pulmonar fetal com corticosteróides e realizar a profilaxia da infecção neonatal por SGB, e concomitantemente é indicado o repouso moderado (Carvalho, 2012).

A tocolise tem como objetivo diminuir as contrações uterinas, atrasando o parto entre 48 horas até sete dias. No entanto, não apresenta benefícios na redução da morbidade, como a síndrome de dificuldade respiratória ou a hemorragia intraventricular, nem da mortalidade perinatal. A sua administração poderá ser benéfica em grávidas com idades gestacionais entre as 24 e as 34 semanas mais seis dias, permitindo completar o ciclo de maturação pulmonar ou a transferência para outra unidade hospitalar se necessário. A sua administração não deverá exceder as 48 horas. A tocolise está, no entanto, contraindicada na presença de corioamniotite, patologia materna grave (eclampsia, pré-eclampsia grave, instabilidade hemodinâmica) ou patologia fetal como RCIU, cromossomopatias, anomalias congénitas, idade gestacional superior a 34 semanas (Guimarães, Gouveia & Pereira, 2014b; Mackeen, Seibel-Seamon, Muhammad, Baxter & Berghella, 2014; WHO, 2015a).

O fármaco nifedipina, um inibidor dos canais de cálcio, deverá ser considerado de primeira linha, pela sua relação custo-benefício e a baixa incidência de efeitos colaterais. Em situações de intolerância materna, gravidez gemelar ou ausência de resposta clínica é mais adequado o uso de atosiban, inibidor dos recetores de ocitocina, como tocolítico. A indometacina, anti-inflamatório não esteróide, por sua vez, está restrita a situações de idade gestacional inferior a 32 semanas por período inferior a 72 horas. A administração de β -miméticos e de sulfato de magnésio adequa-se às situações de tocolise aguda, face a desacelerações da FCF ou sinais de sofrimento fetal (Guimarães et al., 2014b; Carvalho, 2012). Por vezes, a progesterona via vaginal é administrada para manutenção da gravidez, pela sua atuação na supressão da atividade uterina e na manutenção da quiescência uterina até ao termo da gravidez (Dodd, Grivell, Obrien, & Deussen, 2017). Na prática clínica verificou-se que a progesterona era administrada em mulheres com gestações múltiplas, pois apresentavam o colo uterino curto, o que está de acordo com a evidência científica. Assim, a progesterona é utilizada para a prevenção de parto pré-termo (Monteiro, Carraca, Rodrigues & Montenegro, 2014). O salbutamol, β -agonista, também faz parte do grupo de tocolíticos que se podem administrar. Porém, este é apenas indicado em casos de emergência como, por exemplo, em situações de hiperestimulação uterina (Guimarães et al., 2014b). A administração de indometacina não é prática comum do serviço no CHVNGE, por isso não foi possível observar a sua aplicabilidade. Na prática

clínica, o enfermeiro deve estar alerta para possíveis efeitos secundários destes fármacos uma vez que somos quem administra e vigia os seus efeitos. No Quadro 4 apresentam-se os efeitos secundários e as contraindicações para o uso de cada fármaco.

	Nifedipina	Atosiban	Indometacina	Salbutamol
Efeitos colaterais	Hipotensão Astenia Alterações vasomotoras (dose diária $\geq 60\text{mg}$)	Náuseas Vómitos Cefaleias Tonturas Hipotensão	Encerramento prematuro do canal arterial Oligoâmnios	Taquicardia Hiperglicemia Edema pulmonar
Contraindicações	Insuficiência cardíaca congestiva Estenose aórtica e uso concomitante de sulfato de magnésio		Idade gestacional ≥ 32 semanas Úlcera péptica Doença renal Coagulopatias Oligoâmnios	Doença cardiovascular materna Hipertiroidismo Anemia de células falciformes Hemorragia anteparto Diabetes <i>mellitus</i>

Quadro 4 - Efeitos secundários e contraindicações para administração de tocolíticos (Guimarães et al., 2014b).

Na prática clínica, a nifedipina era utilizada em casos de contractilidade uterina dolorosa. Na primeira hora, administrava-se 10mg de nifedipina a cada 15 min até cessação das contrações uterinas. Posteriormente, a cada quatro horas, ou a cada seis horas, ajustando-se com a atividade uterina observada pela tocografia (Guimarães et al., 2014b). Por ser a hipotensão o efeito secundário mais frequente, avaliávamos a tensão arterial a cada 30 min, associando, se necessário, fluidoterapia. E, ainda pelo mesmo efeito, a nifedipina era utilizada para diminuição da tensão arterial das grávidas, face a valores $\geq 160\text{mmHg}$ da tensão arterial sistólica, ou $\geq 110\text{mmHg}$ da tensão arterial diastólica (Silva & Machado, 2014). Estes valores remetem-nos para um quadro agravado de pré-eclampsia ou descompensação de HTA prévia. Recomendava-se o atosiban quando a grávida estava, efetivamente, em início de TP pré-termo com apagamento do colo uterino. A administração deste fármaco era realizada, por via endovenosa, em três fases sucessivas, conforme protocolo de serviço. Na primeira fase, um bólus ($> 1\text{min}$), de 6, 75mg de atosiban. Seguindo-se a fase de carga, com perfusão de atosiban durante três horas a 24ml/h, e com concentração de 18mg/h. Na terceira fase, ou fase de manutenção, a perfusão de atosiban era de 8ml/h, a uma concentração de 6mg/h, até 45 horas. Os efeitos secundários mais recorrentes, durante a nossa prática clínica, foram os vómitos e cefaleias. O salbutamol,

sendo um fármaco de emergência, era sobretudo administrado em situações de taquissístolia com repercussões na FCF. Durante a administração avaliávamos o pulso, diminuindo o ritmo de perfusão se superior a 120 batimentos por minuto. O salbutamol deve ser administrado por via endovenosa, a 150ml/h, no máximo de cinco minutos. A concentração é de 0.5 mg, uma ampola, por 50ml de soro fisiológico (Guimarães et al., 2014b).

Perante uma ATPPT está indicada a indução da maturidade pulmonar fetal com corticosteróides, cujos benefícios abordámos anteriormente. Importa realçar que a sua utilização está indicada em gravidezes cuja idade gestacional se situa entre as 24 e as 34 semanas mais seis dias (Campos & Machado, 2014).

Sendo o parto pré-termo uma situação que requer profilaxia antibiótica, pelo risco de infeção por SGB, esta deve ser administrada na ATPPT iminente, caso ainda não se conheça o resultado do exame do exsudado vaginal e retal (Machado et al., 2014). A profilaxia antibacteriana, por si só, não traz benefícios materno-fetais, pelo contrário, pode aumentar a mortalidade fetal ou neonatal (Flenady, Hawley, Stock, Kenyon, & Badawi, 2013; ACOG, 2011a).

Outra possível intervenção numa ATPPT será a neuroprotecção fetal com sulfato de magnésio. Esta atitude é recomendada para diminuir o risco de paralisia cerebral e disfunção motora, quando o parto é esperado em menos de 24 horas. O sulfato de magnésio está indicado quando a gravidez se situa entre as 24 e as 29 semanas mais seis dias. Nestes casos os benefícios são maiores. Se estiver entre as 30 e as 33 semanas mais seis dias a sua administração deve ser ponderada (RCOG, 2019). Pereira e Rodrigues (2014) defendem a utilização do sulfato de magnésio se a probabilidade de o parto ocorrer entre 2-12 horas for elevada. Dizem-nos, também, que o seu benefício é elevado numa gravidez até às 32 semanas. Este fármaco não deve ser administrado na presença de miastenia grave e outras doenças neuromusculares, devendo ponderar-se a sua administração em grávidas com patologia cardíaca e alterações da função renal. Na prática clínica, não nos confrontámos com qualquer situação que justificasse a sua utilização, embora saibamos que isso implica monitorizar os sinais vitais de quatro em quatro horas, monitorização contínua da saturação de oxigénio, do débito urinário de hora a hora e vigiar os reflexos rotulianos de quatro em quatro horas. Devemos estar atentos aos efeitos secundários mais comuns na grávida, como diaforese, *flushing* facial, náuseas e cefaleias, e à FCF basal e variabilidade, que poderão estar diminuídas (Pereira e Rodrigues, 2014; RCOG, 2011).

O repouso no leito é frequentemente recomendado nas situações de ATPPT (Carvalho, 2012; Monteiro et al., 2014). Apesar desta atitude ser considerada um tratamento de primeira linha no serviço, a evidência científica parece não corroborar os benefícios resultantes desta prática. Sosa, Althabe, Belizán e Bergel (2015) referenciam-nos que a limitação da atividade, por longos períodos de tempo, acarreta efeitos adversos para a grávida. Aumenta o risco de trombose venosa, o descondicionamento cardiovascular, a atrofia muscular, a redução de massa óssea e a perda de peso corporal. Sob o ponto de vista psicológico, esta restrição pode trazer mais stresse e originar sentimentos negativos e de isolamento social para a mulher, com impacto na dinâmica familiar e no orçamento financeiro. Por estes motivos, esta intervenção no CHVNGE é realizada de modo relativo, isto é, a grávida pode realizar a sua higiene pessoal, usar o sanitário e alimentar-se fora do leito. Caso a ATPPT seja muito precoce, na gravidez, esta intervenção é discutida com a grávida e ponderando o risco/benefício antes da sua implementação. Por vezes, o que ficava estipulado entre as grávidas e os profissionais é que poderiam realizar a sua higiene pessoal de manhã fora do leito, mas durante o resto do dia permaneciam neste, realizando aqui todas as outras atividades de vida diárias.

1.4. Indução do trabalho de parto

A indução do TP é um procedimento médico que tem como objetivo provocar o parto mediante a estimulação de contrações uterinas ou maturação do cérvix artificial (WHO, 2011). Este procedimento está descrito como sendo menos eficaz e mais doloroso do que o desencadear do TP fisiológico. Exige maior vigilância e monitorização por parte dos profissionais (Carvalho, 2017). Uma indução de TP pode aumentar o risco de complicações, como hemorragia peri-parto, taquissístolia (presença de cinco ou mais contrações uterinas em 10 minutos) e hipertonia (uma contração uterina com duração de 90 ou mais segundos) que pode levar à hipoxia fetal e/ou rotura uterina (WHO, 2011; DGS, 2015b; Graça, 2017). Muitas vezes, esta intervenção torna-se necessária quando os riscos materno-fetais são maiores ao manter a gravidez do que por realizar o parto, mesmo que este implique ser pré-termo (ACOG, 2013). Qualquer tomada de decisão implica o esclarecimento da grávida

quanto aos riscos e benefícios da continuidade da gravidez, ou o seu termo a curto prazo (Santos & Ramalho, 2016). Para este procedimento é fundamental avaliar o estado de saúde materno-fetal, os riscos do prolongamento da gravidez, a idade gestacional, o índice de Bishop, a compatibilidade feto-pélvica, a estimativa de peso e a apresentação fetal (DGS, 2015b).

É realizada a indução do TP nas situações em que o parto vaginal não está contraindicado e quando não se prevê uma intervenção de urgência. As situações mais comuns para este procedimento são: RPM, pré-termo ou de termo, pré-eclampsia, colestase gravídica, DG, gestações múltiplas, morte fetal, RCIU com alteração de fluxos, oligoâmnios, corioamniotite, entre outras. Em situações de gravidezes de baixo risco está indicado a indução de TP a partir das 41 semanas, devido ao aumento da incidência de morbidade e mortalidade acima das 42 semanas de gestação. Em todo o caso, a indução de TP deve ser evitada, sempre que possível, antes das 39 semanas de gestação, caso não exista um claro benefício materno-fetal (WHO, 2011; DGS, 2015b; Graça, 2017).

A escolha do fármaco e a sua via de administração para induzir o TP dependem do índice de Bishop, da existência de cesarianas anteriores, do motivo da indução e da integridade da bolsa amniótica. A indução do TP pode estar contraindicada na presença de duas ou mais cesarianas anteriores, ou uma cesariana anterior de incisão não segmentar, de miomectomia prévia e todas as situações que o, como por exemplo, a vasa prévia, o prolapso do cordão umbilical, apresentação fetal anómala entre outras (ACOG, 2009; Leduc, Biringer, Lee & Dy, 2013). Os fármacos mais utilizados são as prostaglandinas (misoprostol e dinoprostona) e a ocitocina. Também existe o método de dilatação mecânica com uma sonda de Folley, contudo, esta raramente é utilizada por estar apenas indicada em grávidas com alergia às prostaglandinas e com asma grave (Jozwiak et al., 2012). Por isso, este método não foi observado em contexto de estágio.

Quando o índice de Bishop é inferior a sete, é indicado iniciar primeiramente a maturação do cérvix e, para isso, pode-se utilizar a dinoprostona vaginal de libertação prolongada e o misoprostol via oral ou vaginal. O misoprostol deve ser evitado em presença de cesarianas ou cirurgias uterinas anteriores, por constituir maior risco de rotura uterina. Pode ser utilizado em presença de rotura de membranas, via oral ou vaginal, e é mais eficaz nas induções de TP antes das 28 semanas de gestação. Estas prostaglandinas permitem o amadurecimento do colo uterino para posterior indução do TP com ocitocina, administrada em perfusão contínua. A indução do TP com este fármaco não foi experienciada neste

estágio, pois como necessita de monitorização cardiocográfica contínua, as parturientes são sempre transferidas para a sala de partos. A intervenção de enfermagem, perante a administração destes fármacos, passa por monitorizar a cardiocografia, durante 20 minutos, para verificar se há dinâmica uterina. Caso haja, deve-se ponderar a sua administração. Após colocação de dinoprostona deve-se manter a cardiocografia por uma hora, mas se se usa misoprostol ela deve ser realizada de quatro em quatro horas ou sempre que se justifique (ACOG, 2009; Graça, 2017; DGS, 2015b; Thomas, Fairclough, Kavanagh & Kelly, 2014; Alfirevic, Kelly & Dowswell, 2009).

No CHVNGE existe um protocolo de atuação para as induções de TP que está de acordo com a evidência científica atual. Aquando da administração destes fármacos, houve, por vezes, a necessidade de recorrer ao salbutamol, como tocolítico de emergência, para diminuir as contrações uterinas. Sendo a taquissitolia e/ou hipertonia um dos efeitos secundários, esta poderia levar a repercussões da FCF, como desacelerações, por hipoxia fetal provocada durante a contração. Por isso, houve, em alguns casos, a necessidade de suspender a administração oral de misoprostol ou a retirar a fita de dinoprostona. A mudança de posição foi igualmente importante para reverter estas situações, optando-se pelo decúbito lateral esquerdo, dado que melhora a perfusão uteroplacentária e diminui a pressão na veia cava inferior. Os casos de grávidas de risco que acompanhámos em indução de TP, foram por RCIU (n=2), alteração de fluxo (n=2), DG (n=3), por antecedentes obstétricos (n=2), como uma gravidez gemelar monocoriónica e biamniótica com oligoâmnios, e uma outra com infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). As induções de TP antes das 41 semanas deveram-se a RCIU e às alterações de fluxos às 37 semanas, e por DG, às 40 semanas de gestação. No caso da gravidez gemelar efetuou-se a indução do TP, às 36 semanas de IG por apresentar oligoâmnios. As grávidas, com VIH positivo e com antecedentes de gravidez ectópica e oligoâmnios, foram consideradas de risco, de acordo com a escala de Goodwin modificada, contudo, os seus partos foram induzidos por se apresentarem com 41 semanas de gestação. Na nossa prática clínica com parturientes em início de TP, foi importante implementar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de TP. Estas serão abordadas mais pormenorizadamente no Capítulo 2.

1.5. Cuidados à grávida internada

Os cuidados de enfermagem a mulheres com gravidez de risco, para além das intervenções interdependentes, e de acordo com a nossa autonomia, focaram-se em aspetos relacionados com a aceitação e adaptação à situação clínica, ao internamento e tratamento. O acolhimento é importante para a criação de vínculos e para o desenvolvimento de uma parceria entre a grávida/casal e os profissionais de saúde. Tem como principal objetivo estabelecer uma relação de confiança e segurança, facilitando assim a adaptação da grávida ao hospital e à sua situação. E, ainda promove um internamento menos angustiante e stressante. É, principalmente, o primeiro contacto que define a qualidade da relação terapêutica entre as grávidas/casal e os profissionais de saúde. Deve ser realizado, preferencialmente, por um enfermeiro, dada a sua competência profissional e conhecimento sobre estratégias de comunicação promotoras de uma relação empática e de confiança importante desde o início da hospitalização (Silva, 2010; Costa, Garcia & Toledo, 2016).

Numa primeira abordagem, o acolhimento passa pela apresentação pessoal do enfermeiro e da cliente, mostrar-lhe o serviço e a unidade, apresentá-la aos outros profissionais, explicar as funções de cada um deles, informar sobre outros aspetos gerais do serviço hospitalar. Devemos informar sobre as atividades de vigilância realizadas ao longo do dia, as rotinas e regras do serviço, como por exemplo os horários das visitas médicas, das refeições, do acompanhante e dos visitantes. Ao longo do internamento devemos manter uma avaliação das necessidades da cliente porque alteram-se dia-a-dia e só assim poderemos prestar cuidados personalizados (Silva, 2010; Koch, 2014). A obtenção de uma história clínica detalhada, como a história obstétrica, a história da gravidez atual, a observação física e a avaliação das necessidades são fundamentais para a definição dos cuidados a prestar. Nesta recolha de informação devemos inquirir sobre saúde/doença, estilos de vida, comportamentos habituais e ambiente familiar e social, elementos fundamentais que permitem conhecer melhor a mulher/casal/família (DGS, 2015a). Costa e colaboradores (2010) referem que a gravidez com maior risco carece de cuidados específicos para atenuarem os sentimentos negativos em relação à situação, devendo os enfermeiros estar atentos a emoções ambíguas ao longo do período de internamento.

A comunicação, em particular a escuta ativa, é essencial para promover uma relação humanista entre a grávida/casal e o EESMO. É a forma como nos relacionamos que tem maior impacto na compreensão e aceitação da grávida/casal face à sua dificuldade. Cabe ao enfermeiro promover o bem-estar da grávida/casal e, por isso, qualquer informação deve ser dada de forma clara e direta, mas sensível, empática e compreensiva face às reações destes. Desta forma, conseguimos que a grávida/casal aumentem a sua capacidade para encontrar e utilizar as estratégias de *coping* para ultrapassar a situação vivida. Estaremos, igualmente, a preparar da melhor forma a grávida/casal para a alta hospitalar (Koch, 2014).

Os cuidados a uma mulher grávida, com complicações associadas, implicam algumas intervenções de enfermagem interdependentes em que o EESMO executa intervenções resultantes de prescrições médicas (OE, 2010). A administração de terapêutica farmacológica, a vigilância do repouso no leito, a avaliação de sinais vitais e a vigilância cardiotocográfica, uma vez por turno, fazem parte deste conjunto de intervenções interdependentes. Contudo, é da responsabilidade do EESMO vigiar e estar atento a sinais de alarme relacionados com a gravidez, com a complicação decorrente da gravidez, e com possíveis efeitos secundários de fármacos administrados. No caso de pré-eclampsia, por exemplo, devemos estar atentos a sinais e sintomas como o peso em dias alternados, a presença de proteinúria na urina, a monitorização de saída de líquidos em 24 horas, e, à presença de edemas, alterações na visão, cefaleias ou dor epigástrica que estão associados a um agravamento do estado clínico, referenciando, quando necessário, para a equipa médica (Fortes, 2017). Na administração de fármacos como por exemplo, o atosiban na ATPPT, temos de ter em atenção que estes são vasodilatadores periféricos, o que pode originar efeitos secundários como hipotensão arterial e cefaleias (Guimarães et al., 2014b). Relativamente à vigilância da cardiotocografia, que permite avaliar a FCF, os movimentos fetais e a frequência das contrações uterinas, somos responsáveis pela interpretação dos dados obtidos, comunicando ao médico qualquer desvio da normalidade.

Durante o período de internamento devemos promover o autocuidado da grávida sempre que possível. As atividades executadas de forma autónoma permitem à mulher manter-se ativa e lidar com as suas necessidades básicas e íntimas (International Council Of Nurses [ICN], 2016). Petronilho (2012) refere que o autocuidado é um recurso para a promoção da saúde e gestão do processo saúde-doença. Relativamente à higiene, houve a oportunidade de ensinar sobre a lavagem do períneo, como deve ser realizada e quais os produtos mais apropriados, de modo a diminuirmos o risco de infeção. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012) a lavagem perineal deve ser realizada no sentido ântero-

posterior, evitando a contaminação da vulva com bactérias da flora intestinal, com água morna corrente e com produtos de pH semelhante ao da vagina, ou seja, ácido, pH entre 4.2 a 5.6. Deve dar-se preferência a fórmulas líquidas em detrimento dos produtos sólidos que são mais abrasivos e com pH mais alcalino.

Ao longo do seu internamento, as grávidas foram incentivadas à ingestão hídrica de, pelo menos, dois litros de água/dia, e a uma alimentação rica em fibras. A dieta é gerida pela equipa de enfermagem, diariamente, podendo ser alterada conforme as necessidades e preferências das mulheres. O exercício físico, por estar mais limitado no internamento, e a ingestão de alguns fármacos como o ferro e a progesterona, diminuem a motilidade gastrointestinal favorecendo a obstipação, contribuindo para o aparecimento de fissuras e/ou hemorróidas (Graça, 2017). Este incentivo era particularmente importante para grávidas com prescrição médica de repouso relativo ou absoluto.

O conhecimento sobre a condição fisiopatológica da gravidez torna-se elementar para que a mulher consiga adaptar-se mais facilmente à transição que experiêcia. Ao longo do estágio foi uma intervenção constante ensinar as grávidas e o seu convivente significativo sobre o processo fisiopatológico da gravidez, a importância do regime medicamentoso e do regime dietético, sobre possíveis sinais de alarme e prevenção de complicações. Incentivámos as grávidas, sempre que possível, a frequentarem o Curso de Preparação para o Parto, além de constituir uma ocupação, permitia-lhes manter a esperança, a partilha de experiências com outras grávidas, e continuarem o processo de aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e competências parentais, preparando-se igualmente para o parto. Devido à sua condição patológica, algumas grávidas não podiam frequentar este curso, contudo, a nossa intervenção, individualizada, foi no sentido de promover esse conhecimento e essa preparação para o parto e parentalidade.

Como referido neste capítulo, a grávida que apresenta complicações da sua gravidez vive num estado de ansiedade. Se necessita de um internamento, os sentimentos e emoções negativas intensificam-se, pois associa-se o isolamento social e familiar e a permanência num ambiente desconhecido (Orfão, 2016). Segundo Rodrigues, Zambaldi, Cantilino e Sougey (2016), o internamento acarreta uma perda de autonomia, liberdade e privacidade, a separação da rede familiar e de amigos, a inversão de papéis familiares e a sensação de impotência perante a sua condição clínica. Existe, ainda, uma relação direta entre o stresse e a ansiedade da mulher e os desfechos obstétricos negativos, com consequências materno-fetais a longo prazo (Khianman, Pattanittum, Thinkhamrop & Lumbiganon, 2012).

Por isso, a presença de um convivente significativo e visitas diárias de amigos e familiares são importantes para melhorar o estado psicológico da mulher (Pio & Capel, 2015).

As técnicas de distração tornam-se fundamentais para que a mulher se sinta emocionalmente capaz de ultrapassar o evento stressor. Sendo assim, incentivámos o entretenimento e o relaxamento, de acordo com os gostos pessoais de cada uma. Foi nossa prática incentivar e orientar a grávida, para e sobre o uso de estratégias de distração, pois têm benefícios no estado emocional, no bem-estar materno-fetal e no desfecho obstétrico (Fink, Urech, Cavelti & Alder, 2012).

Estabilizada a sua condição patológica, a grávida poderá ter alta hospitalar. No sentido de empoderar a grávida para a autovigilância, é necessário durante todo o internamento dotá-la de conhecimentos sobre a sua patologia, realçando aspetos importantes como os sinais de alerta que implicarão um regresso à urgência. São alguns exemplos, a presença de metrorragias, de contractilidade uterina dolorosa e/ou rotura de membranas, perda de líquido antes das 37 semanas de gestação, diminuição da perceção dos movimentos fetais, dor abdominal/pélvica contínua e arrepios ou febre. Na pré-eclampsia, a grávida deve estar particularmente atenta a cefaleias contínuas, perturbações da visão, subida anormal da tensão arterial, aumento abrupto do peso e edema repentino nos pés, mãos ou face (DGS, 2018). As grávidas internadas por ATPPT, metrorragias, suspeita de descolamento de placenta, placenta prévia ou colo curto eram aconselhadas a manter o repouso no domicílio para evitarem a recorrência da situação ou complicações materno-fetais. A interrupção da atividade sexual, incluindo preliminares, também era incentivada nestas situações, até pelo menos às 37 semanas de gestação. A libertação endógena de ocitocina estimula a contractilidade uterina e, durante o coito, pela presença de prostaglandinas no sémen, promovendo o apagamento do colo uterino ou de metrorragias. Apesar desta recomendação, por rotina, aos casais, não há estudos suficientes que sustentem esta prática (Bittar, 2018; Filho, Cecatti & Feitosa, 2005; Kavanagh, Kelly & Thomas, 2001).

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O estágio de TP e parto foi realizado entre o dia 25 de fevereiro ao dia 24 de julho de 2019. Decorreu na sala de partos do CHVNGE, Unidade II, sob a supervisão de alguns EESMO. Este serviço recebe, também, grávidas para IMG e é composto por cinco áreas diferentes: três salas de parto, individuais, destinadas a parturientes após a fase ativa do TP; uma sala com dois reanimadores para prestar cuidados neonatais imediatos; uma sala de expectantes, com três camas, capacitada para receber parturientes em fase latente do TP; uma sala de recobro, com duas camas, para mulheres no puerpério imediato, e uma cama extra preparada para parturientes em fase ativa do TP; e ainda, uma sala para as IMG com capacidade para duas mulheres.

O TP e parto é todo o conjunto de fenómenos biológicos que levam à dilatação do colo uterino, à progressão e expulsão fetal pelo canal de parto, assim como, à expulsão dos anexos fetais. O início deste processo torna-se evidente com a presença de contrações uterinas rítmicas e dolorosas, que com o aumento da frequência e intensidade, condicionam a extinção e a dilatação do colo uterino (Graça, 2017; Montenegro & Filho, 2017a).

O TP pode ser dividido em quatro períodos, em que o primeiro diz respeito à fase de dilatação e extinção do colo uterino, o segundo remete-se para a fase de dilatação completa até à expulsão fetal, o terceiro é relativo à dequitação, desde a expulsão fetal até a expulsão da placenta, e o quarto ao puerpério imediato, contemplando as primeiras duas horas pós-parto (Fatia & Tinoco, 2016). Nos cuidados de enfermagem devemos ter em conta os fatores que afetam o TP, como o feto, a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição e as reações psicológicas da mulher (Lowdermilk & Perry, 2008).

O parto normal é definido pela *Federación de Asociaciones de Matronas de España* ([FAME], 2006) e por Marques (2014) como um processo fisiológico único, com o qual a mulher finda a sua gravidez de termo (entre as 37 e as 42 semanas), em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início dá-se espontaneamente, evolui e finaliza sem complicações, culminando com o nascimento, e, não implica mais

intervenções do que o apoio integral e respeitoso do mesmo. Na literatura, um parto normal pode incluir intervenções com a finalidade de facilitar a evolução do TP e parto. Estas intervenções são: rotura artificial de membranas, sem o intuito de induzir o TP; monitorização fetal contínua; controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos; correção de distocias dinâmicas; episiotomia justificada por razões materno-fetais; atitude ativa no terceiro período do TP; parto com complicações *minor* (hemorragia pós-parto ligeira, facilmente controlada, e lacerações de primeiro e segundo grau); e, administração de antibioterapia para profilaxia de infeção neonatal por SGB. Em contrapartida, estão excluídas, do parto normal, intervenções para indução de TP (prostaglandinas, ocitocina e rotura artificial de membranas), os partos distócicos (fórceps e ventosa), a cesariana e a anestesia geral (Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas & Marques, 2012).

Antes do início do TP existem sinais prodrómicos que o antecedem, mas não se verificam em todas as mulheres, como: insinuação fetal; dores lombares por estiramento das articulações da cintura pélvica; alterações circulatórias; polaquiúria, nictúria e pressão no reto; câibras nos membros inferiores e mobilidade comprometida; expulsão do rolhão mucoso; amadurecimento cervical; possível rotura de membranas; e diminuição da altura uterina. Por outro lado, os sintomas indiciadores do início de TP são as dores tipo moedeira, as alterações do cérvix (dilatação e extinção), a expulsão do rolhão mucoso, o aparecimento de vestígios de sangue e a rotura espontânea de membranas. O que diferencia o verdadeiro, do falso TP é a presença de dilatação, extinção e contrações uterinas rítmicas e dolorosas. No falso TP as contrações são irregulares, de Braxton Hicks fortes, não aumentando de frequência e/ou intensidade, e diminuindo com repouso. O colo uterino mantém a espessura e dilatação normais (Budin, 2010; Amorim, Melo & Katz, 2017).

O processo de TP e parto é um momento marcante na vida de uma mulher/casal, pois em poucas horas, efetiva-se a sua transição para a parentalidade, marcada pela mudança de toda a estrutura familiar e o seu novo papel social e familiar (Meleis, 2007). Por isso, é competência do EESMO promover uma experiência de TP e parto positiva de forma a facilitar esta transição.

No CHVNGE a filosofia do cuidar, com vista à saúde obstétrica, é principalmente centrada no modelo médico ou tecnológico, pelo que o parto era visto como um evento médico com risco potencial, ocorrendo a utilização intensa de novas tecnologias e altas taxas de

intervenção, sendo o profissional a assumir o controlo sobre o TP e parto. Esta visão muda por completo a conceção de cuidados do EESMO e os recursos que o mesmo pode utilizar (Van Teijlingen, 2005). Contudo, tivemos oportunidade de implementar cuidados centrados na mulher. Neste modelo, o EESMO assume o papel defensor da mulher, permitindo-lhe, com base numa relação de confiança e respeito, tomar as suas próprias decisões, tendo em conta a situação materno-fetal (Homer, 2016). Deste modo, oferecemos apoio emocional, promovemos conforto para o alívio da dor e permitimos um maior controlo da mulher sobre o seu TP e parto, diminuindo intervenções obstétricas e promovendo o seu bem-estar (WHO, 2018; Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017).

Uma experiência de parto positiva influencia a relação mãe/pai-filho, por isso, devemos promover a satisfação da mulher/casal em todo o decurso do TP e parto, estando conscientes e sensíveis para cuidados imersos num ambiente facilitador do processo (Maia, 2017). Neste sentido, e sempre que possível, promovemos: uma relação formal, pessoal e recíproca entre a mulher/casal e o profissional; a presença de um convivente significativo; e a explicação de todos os procedimentos, envolvendo a mulher na escolha e decisão dos mesmos, tendo em conta as suas expectativas para o parto (Ferrer, Jordana, Messeguer, Garcia & Roche, 2016; Pinheiro et al., 2012).

Durante a realização deste estágio foi possível cuidar da mulher ao longo de todo o processo de parto, efetuando o parto num ambiente seguro, otimizando a sua saúde e a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Igualmente, foram desenvolvidas e adquiridas competências de prevenção de complicações e cuidados facilitadores da adaptação da mulher em situação de abortamento (OE, 2010). No Quadro 5 apresenta-se o número de parturientes assistidas e os partos efetuados, de acordo com as suas características, ao longo deste estágio.

Parturientes assistidas e Partos			
		Número	Total
Parturientes assistidas	Baixo risco	86	172
	Alto risco	86	
Partos executados	Com episiotomia	18	41
	Sem episiotomia	23	
Partos participados	Cefálicos	30	32
	Pélvicos (simulação)	2	

Quadro 5 – Parturientes assistidas e Partos.

Para a mulher é fundamental a presença de um convivente significativo que a apoie física e emocionalmente, de forma a facilitar a experiência de TP e parto. Está descrito na literatura que o acompanhamento contínuo por uma pessoa significativa para a parturiente, desde o início do TP, aumenta a probabilidade de um parto eutócico espontâneo, diminui a taxa de utilização de analgesia durante o TP e parto, e tem um impacto preponderante na diminuição da incidência de depressão pós-parto (Bohren et al., 2017; Guerra, 2010). Na nossa prática clínica, o acompanhante podia estar permanentemente com a parturiente, a partir do momento em que ela era transferida para uma unidade individual da sala de partos. No entanto, e tendo em conta a evidência científica, esta regra foi alterada no decorrer do estágio, e o acompanhante passou a poder permanecer 24 horas em todas as áreas do serviço, nomeadamente na sala de expectantes.

Na admissão do acompanhante, fornecíamos uma folha com a descrição de normas importantes para o bom funcionamento do serviço. Estas normas implicavam as seguintes informações: o acompanhante só pode ser um, não havendo trocas ou substituto; na entrada no serviço, tem de vestir uma bata e proteções para os sapatos descartáveis, que devem ser removidos e substituídos sempre que sair da unidade da parturiente; não pode interferir no TP e se o seu comportamento não for ajustado poderá ser convidado a sair; não pode filmar ou tirar fotografias sem autorização; não é permitido a utilização do telemóvel; e sobre a localização do sanitário. A norma da utilização do telemóvel nem sempre era cumprida, pois as parturientes/casais não são seres isolados da sociedade, e necessitavam de comunicar com os filhos, com a família e/ou com a entidade empregadora, pelo que era dada abertura para a sua utilização nesses casos.

A admissão das parturientes pode ser pelo serviço de urgência ou pelo serviço de internamento de grávidas de risco, como referimos no capítulo anterior. Assim, os dados da avaliação inicial eram transmitidos por um colega EESMO, designadamente as características do colo uterino (extinção e dilatação), a idade gestacional, a história obstétrica, a presença de SBG e a integridade da bolsa amniótica, referindo as características do LA, caso estivesse rota. Esta informação era importante para a continuidade de cuidados, proporcionando uma melhor vigilância do TP. A informação adquirida era registada em sistema informático, nomeadamente no partograma, conforme as recomendações da WHO (2018). Deste modo, proporcionamos menos intervenções desnecessárias, deteção precoce de complicações e a tomada de decisão autónoma. Como apresentado anteriormente, cuidámos de 86 parturientes de risco, e apresenta-se no

Gráfico 2 as percentagens de parturientes assistidas, de acordo com patologia/ alteração materno-fetal.

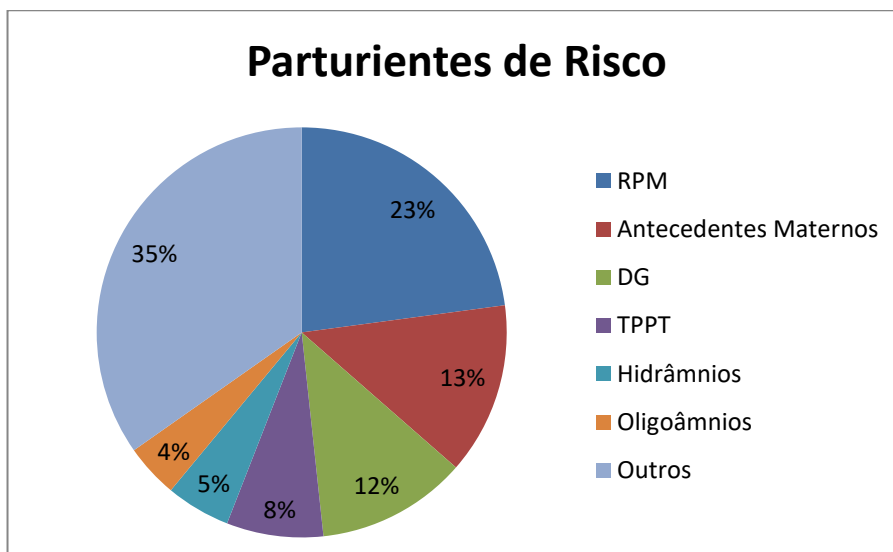


Gráfico 2 – Parturientes de risco assistidas de acordo com o diagnóstico.

Podemos afirmar que o diagnóstico de admissão mais vivenciado foi a RPM (23%, n=27), três dessas parturientes encontravam-se com menos de 37 semanas de gestação. Cuidámos de parturientes com antecedentes maternos (13%, n=16) que elevavam o risco materno-fetal, como por exemplo HTA essencial, doença renal, doença cardíaca e trombofilias. A DG (12%, n=14) também foi um diagnóstico frequente entre as grávidas de risco assistidas, assim como o TP pré-termo (8%, n=9), hidrâmnios (5%, n=6) e oligoâmnios (4%, n=5). Observaram-se casos de grávidas com outros diagnósticos como a RCIU, alterações fetais, pré-eclampsia, anidrâmnios, a colestase gravídica e a gravidez gemelar monocoriónica com síndrome de transfusão feto-fetal, embora em menor número, sendo por isso, agrupados como “Outros” (35%, n=41).

Ao longo deste capítulo encontraremos descritas as atividades desenvolvidas no estágio, de acordo com o período de TP da mulher e, ainda, abordaremos os cuidados prestados a grávidas submetidas a IMG.

2.1. Primeiro período de trabalho de parto

O primeiro período de TP é caracterizado pelo início de contrações uterinas regulares e dolorosas, juntamente com o início da extinção e dilatação do colo uterino, e, termina com a dilatação completa (10 cm). A dilatação e extinção ocorrem de forma diferente conforme a paridade da mulher, sendo que, nas nulíparas a extinção ocorre antes da dilatação, e nas múltiparas, a extinção e dilatação ocorrem simultaneamente (FAME, 2010; Fatia & Tinoco, 2016; Amorim et al., 2017; Graça, 2017; WHO, 2018). Este período é composto por duas ou três fases (fase latente, fase ativa e fase de transição), dependendo dos autores. Segundo a FAME (2010), a duração do primeiro período de TP varia de acordo com a paridade de cada mulher e com a utilização de analgesia epidural. Por norma, não se estende por mais de 12 a 20 horas nas nulíparas, e 10 a 14 horas nas múltiparas (ACOG, 2014; Amorim et al., 2017; Graça, 2017; WHO, 2018; Melo et al., 2019).

A primeira fase designa-se pela fase latente de TP, e decorre desde o início das contrações uterinas regulares e dolorosas até à extinção completa do colo uterino e à dilatação entre os três a seis centímetros (Cohen & Friedman, 2015; Graça, 2017). Não há consenso na literatura sobre que valor de dilatação dá término à fase latente, dado que o *National Institute for Health and Care Excellence* ([NICE], 2014) e Fatia e Tinoco (2016) limitam esta fase com quarto centímetros de dilatação; a WHO (2018) e Langen e colaboradores (2016) mencionam os cinco centímetros de dilatação; e a ACOG (2014) referencia seis centímetros de dilatação. No CHVNGE preconiza-se os três centímetros de dilatação para distinguir a fase latente da fase ativa do TP. Esta, por sua vez, caracteriza-se pelo aumento da regularidade, intensidade e frequência das contrações uterinas, e pela rápida progressão da dilatação (FAME, 2010; WHO, 2018; Amorim et al., 2017).

Relativamente as situações de RPM, constituíram o diagnóstico de admissão mais relevante nas parturientes, de risco, por nós assistidas. A rotura de membranas, antes do início do TP, aumenta o risco de corioamniotite, de descolamento prematuro da placenta, de hipoxia fetal, de *sepsis*, e do prolapso do cordão umbilical antes da insinuação da apresentação fetal (Graça, 2017). Desse modo, a grávida era internada na enfermaria de expectantes para iniciar protocolo de indução de TP, como recomendado pela ACOG (2019).

Como referimos no Capítulo 1, as induções de TP com recurso à administração de ocitocina

endovenosa requerem a monitorização cardiotocográfica contínua, devido às complicações associadas e, por isso, durante o estágio, cuidámos de parturientes nesta situação. A indução de TP com ocitocina endovenosa era realizada na fase latente do primeiro período do TP, com a presença, no mínimo, de colo uterino amadurecido. Na prática clínica, a administração de ocitocina também era amplamente utilizada para acelerar o TP, estimulando a frequência e a intensidade das contrações uterinas. Bons preditores de resposta à ocitocina, para a indução de TP, são a idade gestacional acima das 34 semanas, menor índice de massa corporal, maior dilatação e a paridade (ACOG, 2009; WHO, 2011; DGS, 2015b).

Os cuidados de enfermagem são similares aos cuidados referenciados no subcapítulo 1.4., excetuando a vigilância de cardiotocografia e os cuidados inerentes à administração de fármacos por via endovenosa, seguindo o protocolo de serviço para a administração de ocitocina. Iniciávamos, após prescrição médica, perfusão de 5UI de ocitocina em 500ml de soro glicosado a 5%, ao ritmo de 15ml/h. Após 30min de perfusão, aumentávamos o débito em 15ml/h a cada 30 minutos, de acordo com a dinâmica uterina. Em presença de taquissitolia, hipertonia ou traçado cardiotocográfico suspeito, a perfusão era interrompida de imediato, posicionando a parturiente, preferencialmente, em decúbito lateral esquerdo para otimizar a circulação uteroplacentária, e, alertávamos a equipa médica, considerando tocólise de emergência com salbutamol. Após indicação médica e estabilidade do bem-estar materno-fetal, a perfusão era reiniciada, a metade do ritmo suspenso e aumentando o débito em 10ml/h a cada 30 minutos (Carvalho, Osório & Carvalho, 2016).

Como sabemos, o acolhimento permite à mulher sentir-se mais à vontade, segura e confiante durante o TP e parto, sendo um fator importante para a diminuição da ansiedade e medo. Igualmente, o acolhimento é facilitador da integração e adaptação da parturiente ao ambiente hospitalar, contribui para a diminuição de complicações e promove uma relação terapêutica entre o EESMO e a mulher/casal (Koch, 2014; Marques, 2014). Diante disto, aquando do internamento da parturiente na sala de partos, era realizado o acolhimento, de forma harmoniosa e respeitosa. Apresentávamos a equipa de enfermagem, as diferentes áreas do serviço, a unidade onde ia permanecer e informávamos da possibilidade de permanência do convivente significativo. Posteriormente, de acordo com o período e a fase de TP em que se encontrava, informávamos e discutíamos sobre os procedimentos/intervenções a serem implementados. As parturientes por nós acolhidas encontravam-se, maioritariamente, no primeiro período de TP.

Os cuidados de enfermagem às parturientes admitidas no serviço da sala de partos passavam por vigiar o bem-estar materno-fetal através da monitorização cardiotocográfica e dos sinais vitais maternos. No primeiro período de TP, os sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e tensão arterial) devem ser avaliados de quatro em quatro horas, para gestações de baixo risco, e mais regularmente em gravidezes com, por exemplo, pré-eclampsia, HTA ou com episódios de febre intraparto (Campos, Amaral, Mateus & Faria, 2014). No CHVNGE, a monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca materna era realizada uma vez por turno ou sempre que se justificasse. A monitorização da temperatura era, por rotina, realizada duas vezes por dia, às sete e às 15 horas ou sempre que se justificasse. A monitorização da dor, recorrendo à escala numérica, era realizada em todos os contactos com a parturiente.

A febre intraparto tem consequências diretas na dinâmica das contrações uterinas, levando ao prolongamento do TP, parto instrumentado ou cesariana. O seu efeito no feto pode levar a índices de Apgar mais baixos no primeiro e quinto minutos, à hipotonia, a convulsões e a encefalopatia. Deste modo, a vigilância da temperatura corporal materna é essencial para melhorar os desfechos materno-fetais, sobretudo na presença de fatores de risco como nuliparidade, TP prolongado (> 12h), macrossomia fetal, analgesia epidural, menor hidratação e aquando das contrações uterinas com esforços expulsivos, pois há maior produção de calor endógeno (Diz, 2014). Em estágio, monitorizávamos a temperatura, mais regularmente, em parturientes com estes fatores de risco e incentivávamos a ingestão de líquidos claros (água e chá). Se a temperatura da parturiente atingisse os 38°C, iniciávamos de imediato o protocolo de serviço para febre intraparto, com a administração de paracetamol endovenoso e, após prescrição médica, antibioterapia.

A monitorização cardiotocográfica preconizada pelo CHVNGE, para a vigilância materno-fetal, era realizada de forma intermitente em parturientes de baixo risco e de forma contínua a parturientes sob analgesia epidural. Nas parturientes com risco médio ou elevado, a duração da monitorização dependia do risco associado e do bem-estar materno-fetal, tendo em conta que é indicado a monitorização contínua a parturientes com pré-eclampsia, DG, anomalias congénitas, RCIU, hemorragia, LA com mecónio e em indução de TP com administração de ocitocina (ACOG, 2019). A monitorização cardiotocográfica contínua é considerada um fator de risco pelo aumento significativo de parto instrumentado ou cesariana e, além disso, não traz melhoria nas taxas de mortalidade perinatal, nos scores de Apgar ao primeiro e ao quinto minuto, na acidose metabólica ou na

paralisia cerebral. Para a mulher, leva à restrição da mobilidade, limitando a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (Alfirevic, Gyte, Cuthbert & Devane, 2017).

No primeiro período de TP, a monitorização cardiotocográfica era realizada uma vez por turno, durante 30 minutos, e sempre que a parturiente manifestasse sinais de evolução de TP ou ocorresse rotura espontânea de membranas. Desta forma, proporcionávamos à mulher maior mobilidade e a possibilidade de recorrer a métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

A ingestão oral deve ser incentivada para atender às necessidades calóricas e de hidratação das mulheres em TP espontâneo, diminuindo-se a fluidoterapia por rotina (ACOG, 2019). Assim, promovemos liberdade de movimentos e proporcionamos a possibilidade de um parto menos prolongado e doloroso (Dekker, 2017). Os argumentos para restringir a ingestão oral passam pelo risco potencial de aspiração, devido a anestesia geral, em caso de cesariana emergente. No entanto, o risco de bronco-aspiração, nos dias de hoje, é extremamente diminuto devido à evolução das técnicas de anestesia. A restrição de ingestão oral torna-se desconfortável para a parturiente, leva ao aumento dos ácidos do estômago e a maior corrosão no caso de aspiração, devido à cetoacidose e, ainda provoca uma experiência de parto negativa (Singata, Tranmer & Gyte, 2013; Sperling, Dahlke & Sibai, 2016; American Society of Anesthesiologist, 2016).

Atualmente, as recomendações, para parturientes com baixo risco de complicações, passam por incentivar a ingestão oral de quantidades moderadas de líquidos claros (água, chá, sumos sem polpa, bebidas desportivas, refrigerantes e café), evitando líquidos com partículas e alimentos sólidos (American Society of Anesthesiologist, 2016). Quanto à vigilância da hidratação (eliminação urinária e a presença de cetonúria), perante uma situação mais preocupante, pode iniciar-se fluidoterapia com soro glicosado a 5%, a um ritmo de perfusão de acordo com a necessidade individual de cada parturiente e pela duração prevista do TP (ACOG, 2019). De acordo com *The Royal College of Midwives* (2018) a mulher com baixo risco de cesariana emergente, com recurso a anestesia geral, é livre de comer e beber o que quiser.

Na prática clínica, apesar da evidência científica, ainda observávamos resistência de alguns EESMO em incentivarem a ingestão de líquidos claros, pelo que a nossa atuação se diferenciava, de acordo com o profissional/tutor presente na sala de partos. Na fase

latente, a mulher tinha direito a refeições leves (água/chá e bolachas ou sopa), e na fase ativa apenas podia ingerir água ou chá, com ou sem açúcar.

O exame vaginal é o procedimento usado para determinar a progressão do TP, através da dilatação e extinção do colo uterino. Esta intervenção requer cuidados de assepsia como a utilização de luvas e vaselina esterilizadas. Ao introduzirmos os dedos, indicador e médio, podemos explorar o colo uterino (extinção, dilatação, orientação e consistência), a integridade da bolsa amniótica, as características da bacia materna e a estática fetal (atitude, situação, apresentação, posição, variedade e presença de assinclitismo) (Graça, 2017; Amorim et al., 2017).

A atitude é a postura assumida pelo feto no final da gravidez. Este apresenta flexão generalizada do corpo, adotando forma ovóide para se adaptar à cavidade uterina. A situação refere-se à relação entre os maiores eixos maternos e fetal, podendo ser longitudinal (paralelo à mulher), transversa (perpendicular à mulher) ou oblíqua. A apresentação corresponde à parte óssea fetal acessível ao toque e que tende a exteriorizar-se primeiro através do canal de parto. Pode ser: cefálica, usando como ponto de referência o osso occipital, fontanelas ou orifício e septo nasal; pélvica, em que o ponto de referência é a crista sagrada; ou espádua, usando os espaços intercostais como ponto de referência. A posição diz respeito à relação do ponto de referência da apresentação com os lados direito ou esquerdo do canal de parto, sendo este o mais comum. A variedade é a relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior (mais comum), posterior ou transversal do canal de parto. A presença de assinclitismo é muito frequente nas restrições de mobilidade, em que há deflexão do polo cefálico (sutura sagital) anterior ou posteriormente, isto é, a cabeça do feto está virada para um dos lados do canal de parto, levando a TP prolongados ou estacionários e a partos instrumentados ou cesariana (Graça, 2017; Amorim et al., 2017; Montenegro & Filho, 2017b).

No exame vaginal, concomitantemente, determinamos a altura da apresentação através dos Planos de Hodge: o primeiro plano corresponde à passagem do polo cefálico pelo promontório e o bordo superior da sínfise púbica; o segundo plano condiz com a passagem do polo cefálico pela articulação S1/S2 e o bordo inferior da sínfise púbica; o terceiro plano, sendo o menor diâmetro da escavação pélvica e o ponto crítico da passagem fetal, corresponde à passagem do polo cefálico pelas espinhas isquiáticas (isquiones); e por último, o quarto plano diz respeito à passagem do polo cefálico pelo vértice do cóccix e do assoalho pélvico (Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016).

A frequência do exame vaginal é recomendada, pela WHO (2018), de quatro em quatro horas, por rotina, sem que haja necessidade de repetir. No entanto, um estudo concluiu que não há diferença entre um exame vaginal a cada duas horas, ou a cada quatro horas, em relação à duração do TP e a outros desfechos (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013). No CHVNGE não existe mínimo estabelecido para a frequência do exame vaginal, pelo que examinávamos, pelo menos, uma vez por turno, na fase latente de TP, e sempre que a parturiente mostrasse sinais e sintomas de evolução do TP, como rotura espontânea de membranas e alteração na percepção de dor. Também realizávamos este exame na presença de um traçado cardiotocográfico suspeito, na execução de amniotomia e antes e depois da colocação de cateter epidural.

A dor, durante o TP, difere conforme o decurso do processo. Segundo o ICN (2016, p.54) a dor de TP é definida como uma “... *sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto.*” Referente ao período de dilatação cervical, a dor é originada pelas contrações uterinas e pela dilatação do cérvix, provocando dor na parede abdominal, na região lombar e sagrada, nas cristas ilíacas e/ou nos glúteos. Porém, a dor é um sinal vital subjetivo condicionado por fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e sociais da mulher. A paridade, por exemplo, condiciona a tolerância à dor: nas nulíparas a dor é mais percecionada do que nas múltíparas, assim como em TP induzido há uma maior verbalização de dor, face a um TP espontâneo (Jones et al., 2012). Neste sentido, é fundamental encontrar, conjuntamente com a parturiente, estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, quebrando o ciclo medo-tensão-dor e diminuindo a introdução precoce de métodos farmacológicos.

Sendo a dor uma sensação multifatorial, é aconselhado o uso de métodos não farmacológicos, independentemente, da utilização ou não de métodos farmacológicos para o alívio da dor, pois os primeiros melhoram as sensações físicas e diminuem o medo e ansiedade da parturiente, ajudando-a a lidar com a dor de TP. Por outro lado, os métodos farmacológicos têm o poder de diminuir a dor, mas não interferem na percepção psicoemocional da mulher. A liberdade de movimentos como a deambulação, a mudança de posição e a utilização da bola suíça, o apoio e incentivo contínuos à parturiente, o uso de água quente como analgésico, ou outras técnicas de relaxamento como a massagem e a musicoterapia são intervenções que necessitam de algum conhecimento específico, mas não requerem equipamentos complexos para a sua prática, sendo recomendadas de forma isolada ou combinada (OE, 2012; Silva & Lara, 2018; ACOG, 2019; Melo et al., 2019).

Em estágio, antes da introdução de qualquer método farmacológico ou não farmacológico avaliávamos o tipo de dor percebida e referida, o padrão de comportamento de cada parturiente em resposta à dor e as suas expectativas, informávamos sobre os métodos para alívio da dor existentes na instituição, e quais os seus benefícios e potenciais riscos. De seguida, discutíamos com a parturiente os métodos que gostaria de usar no momento, acompanhando-a em todo o processo. Assim, promovíamos o autocontrolo da mulher no TP e uma experiência de parto mais positiva e tranquilizadora (OE, 2012; Melo et al., 2019). As estratégias não farmacológicas mais implementadas durante o primeiro período de TP foram a verticalização, a deambulação, a utilização da bola suíça e da água quente, os exercícios de respiração e a massagem.

A verticalidade tem como benefício a promoção do encravamento e da descida fetal, pela ação da gravidade. Provoca contrações uterinas mais eficazes devido à maior irrigação do útero e pela estimulação da produção de ocitocina endógena. A não compressão da veia cava inferior e da aorta traduzem um menor risco de hipotensão materna, aumentando a oxigenação fetal e a circulação uteroplacentária, levando a menor sofrimento fetal e à síndrome de dificuldade respiratória neonatal. Por conseguinte, posições verticalizadas como sentada, semi-sentada, de joelhos ou de cócoras, aumentam o conforto da parturiente e permitem maior controlo da dor, reduzindo a necessidade de métodos farmacológicos como a analgesia epidural, não apresentando efeitos adversos na duração do TP e no bem-estar fetal e neonatal (Ferrão & Zagão, 2017; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013; Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016).

A deambulação e a utilização da bola suíça promovem a liberdade de movimentos, potenciando os benefícios da verticalidade. Estas estratégias são recomendadas pela WHO (2018) e pela OE (2012) por serem métodos acessíveis e fáceis de implementar e, além disso, a liberdade de movimentos facilita a progressão fetal no canal de parto. Particularmente, a posição de cócoras é a posição em que a pelve atinge os maiores diâmetros, e juntamente com movimentos rítmicos e giratórios facilita a progressão fetal no canal de parto, potenciando a progressão do próprio TP. A posição em quatro apoios, apesar de ser uma posição neutra, é recomendada para variedades posteriores, pois diminui a dor lombar materna e promove a rotação fetal (Mineiro et al., 2016; Balaskas, 2017).

O uso da bola suíça promove a adoção de várias posições durante o TP, muitas vezes é utilizada em associação com outros métodos não farmacológicos de uma forma confortável

e eficaz. Os movimentos como anteversão, retroversão, circundação, translação e inclinação interna e externa da pelve proporcionam o adequado posicionamento da apresentação fetal no canal de parto, potenciando a evolução do TP e a promoção do parto normal (Mineiro et al., 2016; Balaskas, 2017; Gallo et al., 2017). No estágio, perante parturientes com necessidade de monitorização cardiotocográfica contínua, como RPM ou indução de TP com ocitocina, era incentivada a utilização da bola, ao lado da cama, para promover uma posição verticalizada e a liberdade de movimentos.

No CHVNGE, o uso de água quente no primeiro período do TP foi possível, através da aplicação do chuveiro nas zonas onde a parturiente percecionava dor. Deste modo, a água quente induzia relaxamento materno e do assoalho pélvico, reduzia a ansiedade, estimulava a produção de endorfinas, melhorava a perfusão uteroplacentária, diminuía o primeiro período de TP e aumentava a sensação de controlo da dor e a satisfação da parturiente, levando a uma experiência de parto mais satisfatória. Ainda incentivávamos a utilização da água quente em simultâneo com a bola suíça, pois mostra maior eficácia no alívio da dor e na progressão do TP (OE, 2012; Silva & Lara, 2018).

Tivemos a oportunidade de ensinar e treinar exercícios de respiração com as parturientes com a finalidade de aumentarem o autocontrolo durante as contrações dolorosas. É um método simples e eficaz em que a parturiente vivência maior relaxamento muscular entre as contrações uterinas e, maior conforto e controlo da dor durante as mesmas. A respiração proporciona elevados níveis de confiança, diminuindo o medo do parto (Mafetoni & Shimo, 2014; Melo et al., 2019). Além disso, a respiração abdominal lenta e profunda aumenta a oxigenação fetal entre e durante as contrações uterinas (Gallo et al., 2017). Em estágio, ensinávamos e instruíamos as parturientes para inspirarem lentamente pelo nariz e expirarem pela boca, no dobro do tempo da inspiração.

A massagem, manualmente ou com a bola suíça, é uma ótima forma de relaxamento muscular. Tem a vantagem de poder ser executada pelo acompanhante, envolvendo-o no processo de TP. É um método excelente no início do TP, ajudando na diminuição dos níveis de stresse e de ansiedade, e na redução da intensidade da dor, promovendo o autocontrolo da parturiente. As técnicas de massagem podem ser várias, desde um toque ténue, entre as contrações, a uma pressão mais robusta durante as mesmas. Quando utilizamos as mãos, devemos realizar movimentos circulares, de forma firme e rítmica. A associação da respiração, da posição materna e da deambulação configuram um meio propício para experiências de parto positivas (Mafetoni & Shimo, 2014; Gallo et al., 2017; Smith et al.,

2018; Melo et al., 2019). Na prática clínica, a massagem era realizada na zona lombar da parturiente, exercendo-se pressão com o punho ou o dorso das mãos sobre a região lombar, fazendo contrapressão da zona interna e da dor lombar. Posteriormente, incentivávamos o acompanhante a realizar esta técnica para promover um ambiente íntimo e envolvente, contribuindo para a produção de endorfinas.

O método farmacológico mais requerido pelas parturientes foi a analgesia epidural. Quando os métodos não farmacológicos, por si só, não eram suficientes no alívio da dor, e dependendo das características do colo uterino, informávamos a parturiente sobre a possibilidade de realizarem analgesia epidural. Caso a sua escolha fosse utilizar esse método, no momento, procedíamos à preparação do material para a colocação de cateter epidural, chamávamos a equipa de anestesia e transferíamos a parturiente para uma sala de parto individual. Contudo, observámos diversas vezes, que lhe era perguntado sobre o seu interesse por este método, por vezes precocemente, ou mesmo quando ela havia referido não pretender analgesia epidural para o seu TP e parto durante o acolhimento.

A analgesia epidural, em comparação com a analgesia opióide, é o método mais eficaz para o alívio da dor de TP, devendo estar disponível quando a mulher expressa vontade de a utilizar (Anim-Somuah, Smyth, Cyna & Cuthbert, 2018; WHO, 2018). Por vezes, o stresse e a ansiedade dificultam a gestão da dor, levando à libertação de catecolaminas e cortisol, influenciando a atividade uterina e a circulação uteroplacentária. A adrenalina, por exemplo, tem o efeito da tocólise, desregulando as contrações uterinas. A dor intensa descontrolada, também provoca hiperventilação e alcalose respiratória materna, diminuindo a circulação uteroplacentária e dificultando a implementação de métodos não farmacológicos (F.F. Aragão, Aragão, Martins, Leal & Tobias, 2019). Neste caso, a analgesia epidural torna-se necessária para o equilíbrio e tranquilidade da parturiente.

Como todos os fármacos, a analgesia epidural não é um método farmacológico inócuo, tendo como complicações associadas: hipotensão, bloqueio motor, febre intraparto e retenção urinária, levando ao prolongamento do primeiro e segundo períodos do TP, à necessidade de administração de ocitocina e ao desfecho de partos instrumentados (Graça, 2017; Anim-Somuah et al., 2018; WHO, 2018; F.F. Aragão et al., 2019; NICE, 2019a). Outros efeitos secundários descritos na literatura e sentidos pelas parturientes assistidas foram as náuseas e vômitos, o prurido, a sonolência, os tremores e a dor lombar (Chestnut et al., 2016).

A colocação do cateter epidural preconiza: material estéril para o procedimento; um acesso venoso; perfusão contínua de fluidos para prevenção de hipotensão; monitorização contínua da FCF, das frequências cardíaca e respiratória materna; monitorização da tensão arterial a cada hora; e posição sentada da parturiente. A colocação do cateter epidural era executada por um anestesista com a nossa colaboração. Após a sua colocação, colocava-se um penso e posicionava-se a parturiente em decúbito dorsal durante 20 minutos para o analgésico profundir de igual modo para os dois hemisférios corporais. A analgesia epidural era preparada e administrada por um membro da equipa de anestesia, que programava uma máquina perfusora para administração de bólus a cada hora. Sempre que a parturiente sentisse dor, poderia administrar um bólus extra, com doses limitadas, através de um comando.

Por haver maior risco de retenção urinária, algaliávamos a parturiente logo a seguir à administração da analgesia epidural, mas no decorrer do estágio, o momento da colocação do cateter vesical passou a ser duas horas após o início da analgesia epidural, caso a parturiente não conseguisse urinar espontaneamente. Esta prática não era constante, mas sim de acordo com a tutora presente. A maioria das parturientes apresentava retenção urinária duas horas após o início da analgesia epidural, efetuando-se de seguida a algaliação contínua, sendo o cateter removido no momento do parto. As parturientes que conseguiam urinar espontaneamente a cada duas horas, no início do segundo período de TP, apresentavam um volume residual, levando ao prolongamento deste período. Nestes casos, realizávamos um esvaziamento vesical para facilitar a progressão fetal como recomendado pela literatura (NICE, 2014).

A evidência científica recomenda o esvaziamento vesical, de forma intermitente, após a presença de globo vesical e de acordo com o débito urinário. Este é o tratamento mais eficaz para a retenção urinária, reduzindo o risco de complicações mecânicas e infecciosas, a dor e o desconforto (Pasin & Schnath, 2007; Fernandes, Costa & Saraiva, 2007). Literatura mais recente acrescenta que cateterismos urinários intermitentes podem favorecer a progressão do segundo período de TP, levando a menor necessidade de administração de ocitocina. Por outro lado, o esvaziamento vesical é indicado para mulheres múltiparas, na fase ativa ou transitória do TP (Hiller, Farrington, Forman, McNulty, & Cullen, 2017; Valenciano & Alpizar, 2019).

No CHVNGE, depois da administração de analgesia epidural, as parturientes permaneciam no leito devido à monitorização cardiotocográfica e fluidoterapia contínua, e à grande

probabilidade de bloqueio motor. Porém, a posição supina e de litotomia trazem desvantagem como: compressão da veia cava inferior e aorta, provocando hipotensão e bradicardia materna; alteração no fluxo uteroplacentário com diminuição do oxigênio fetal, levando a cardiotocografia suspeita, sofrimento fetal e prolongamento do segundo período de TP; contrações uterinas menos eficazes; e, dilatação mais dificultada pela descompressão do escalpe fetal sobre o cérvix (Mineiro et al., 2016). Neste sentido, é importante manter o corpo em movimento, incentivando posições verticalizadas, que potenciem a mobilização e abertura dos diâmetros da escavação pélvica, promovendo a progressão fetal e do TP, tendo em atenção que o desconforto da parturiente, nesta fase, foca-se mais na região suprapúbica, lombar, sagrada e perineal (Simkin & Ancheta, 2017; NICE, 2014; Balaskas, 2017). Em estágio, foi possível, com a ajuda de almofadas e da bola suíça, a implementação da técnica “*Rollover*” recomendada por Penny Simkin, com o intuito de rodar o feto e proporcionar a liberdade de movimentos. A Figura 1 mostra a ordem das posições realizadas em parturientes sob analgesia epidural.

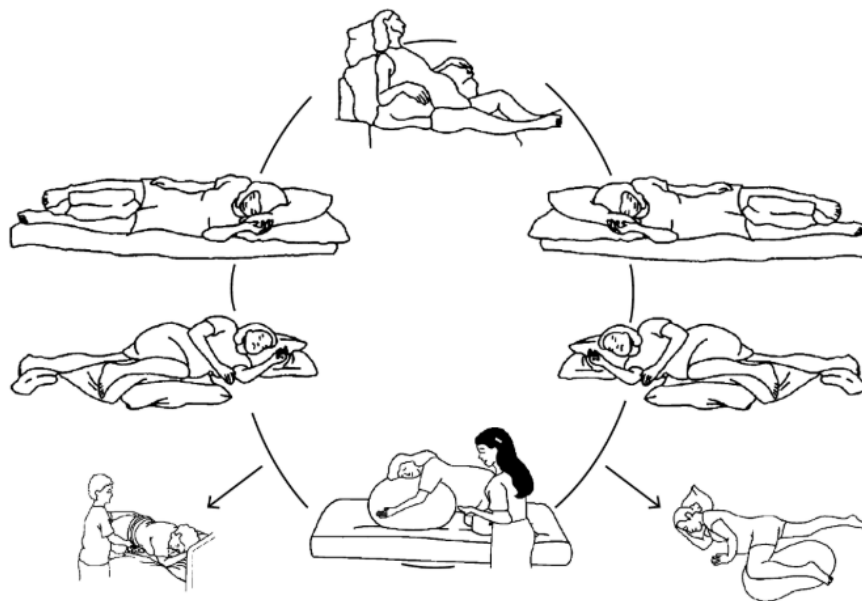


Figura 1 - Sequência da técnica “*Rollover*” para parturientes com analgesia epidural (Simkin & Ancheta, 2017).

Conforme a Figura 1 mostra, iniciávamos a sequência com a posição semi-sentada ou sentada, mudando para um dos decúbitos laterais, de acordo com a preferência da mulher. A seguir colocávamos a parturiente em decúbito semi-ventral e, posteriormente, em posição de quatro apoios ou de joelhos com o auxílio da bola suíça. Para voltar à posição inicial, realizávamos os decúbitos semi-ventral e lateral, pelo lado oposto dos iniciais. A alternância de posição era realizada a cada 30 a 60 minutos, conforme a tolerância e

preferência da mulher. Como cada posição tem vantagens diferentes para o bem-estar materno-fetal, por vezes não realizávamos a sequência conforme apresentado.

As posições de semi-sentada e de decúbito lateral favorecem o repouso em parturientes exaustas e neutralizam a progressão do TP para um ritmo favorável. Posições verticalizadas, como a posição sentada e de joelhos, são favorecidas pela ação da gravidade, facilitando a progressão da apresentação fetal e aumento da qualidade das contrações uterinas. Nestas posições, ocorre maior pressão do escalpe fetal sobre o cérvix, aumentando a dilatação e a progressão do primeiro e segundo períodos de TP. As posições em que a parturiente se inclina para a frente, como as de quatro apoios e de joelhos, são especialmente benéficas nas variedades posteriores, promovendo a rotação fetal para variedades anteriores, abreviando o segundo período de TP. As posições laterais favorecem a rotação fetal, pelo que, em posições occipito-posteriores direitas, a parturiente deve lateralizar-se para o lado direito, promovendo a rotação fetal em situação occipito-transversa. Posteriormente, colocamos a mulher em decúbito semi-ventral direito, promovendo a variedade occipito-anterior, facilitando, deste modo, o segundo período de TP. Como o feto tem sempre tendência a rodar as costas no sentido da gravidade, o mesmo acontece se lateralizarmos a mulher para o lado esquerdo em posições occipito-posteriores esquerdas (Simkin & Ancheta, 2017).

As assimetrias da anca e dos joelhos eram realizadas ao longo dos decúbitos para mobilizar a pelve de acordo com o período de TP, promovendo a rotação fetal e diminuindo o desconforto na região lombar e sagrada. No primeiro período de TP, até à fase de transição para o segundo período de TP (± 8 cm), eram realizadas assimetrias que favorecessem o encaixe fetal no canal de parto. A contranutaç o   o movimento intr nseco realizado quando afastamos os joelhos e aproximamos os p s, em que o sacro se afasta da s nfise p blica e o c ccix se aproxima dos  squiones, e as espinhas  l acas  ntero-superiores deslocam-se para a frente e os  squiones para tr s, aumentando o estreito superior e facilitando o encaixe fetal. A partir da fase de transi o at  ao fim do segundo per odo de TP eram realizadas assimetrias que facilitassem a progress o fetal, aumentando o estreito inferior e a escava o p lvica. Neste sentido, a nuta o era o movimento intr nseco que a parturiente realizava quando aproximava os joelhos e afastava os p s, movimentando os ossos sacroc cc geos e  l acos no sentido oposto   contranuta o (Mineiro et al., 2016; Simkin & Ancheta, 2017).

Juntamente, a termoterapia era uma técnica realizada para diminuir os desconfortos associados à administração de analgesia epidural, com recurso a lençóis quentes. O calor tem como benefícios o relaxamento imediato da tensão muscular, o aumento da circulação sanguínea, a libertação de endorfinas e, conseqüentemente, a diminuição de catecolaminas, levando à menor percepção de dor (Ganji, Shirvani, Rezaei-Abhari & Danesh, 2013; Ghani, 2014).

O apoio emocional contínuo privilegia a atenção às necessidades fisiológicas e emocionais da parturiente, proporcionando a participação ativa nas tomadas de decisão e uma experiência de parto positiva. Deste modo, a evidência científica recomenda a realização de um acompanhamento individualizado e a disponibilidade de informação, a cada mulher, sobre o seu processo de TP, promovendo uma menor necessidade de métodos farmacológicos, uma participação mais consciente e maior satisfação com a experiência de parto (Guerra, 2010; OE, 2012; ACOG, 2019). Estas estratégias são fundamentais para a mulher aumentar a confiança e a sensação de controlo sobre o seu TP, empoderando-a na autorrealização e independência (Aires, Ferreira, Santos & Sousa, 2016). Como referimos anteriormente, a ansiedade e o medo relacionados com o impacto do contexto hospitalar, prejudicam a evolução do TP, deste modo, em estágio, implementávamos intervenções como a escuta ativa, o silêncio adequado, o apoio, o incentivo e a presença constante de um EESMO.

O plano de parto surge do empoderamento da mulher, caracterizando-se pelos desejos, preferências, expectativas e necessidades para o seu TP (Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017). Segundo a Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, um plano de parto requer a análise e pensamento crítico-reflexivo sobre as intervenções realizadas durante o TP, sendo apresentado um documento aquando do acolhimento que reflita as preferências da mulher (Pereira, Torres, Cajão & Vale, 2017). Durante o estágio, apenas uma parturiente entregou esse documento, que foi tido em conta nas intervenções de enfermagem. Algumas delas, embora não desejadas, foram implementadas, após informarmos sobre a sua necessidade e de obtermos o consentimento da parturiente. Todas as parturientes que não manifestaram os seus desejos, através de um documento, eram informadas e questionadas sobre procedimentos que poderiam, ou não, ser realizados, de acordo com as suas preferências.

No primeiro período, ainda observámos disfunções do TP, realizando intervenções promotoras da evolução da extinção e dilatação do colo uterino. O TP prolongado é

motivado por contrações uterinas ineficazes, incompatibilidades feto-pélvica e anomalias na apresentação fetal, estruturas ósseas e/ou assoalho pélvico, levando à progressão anormal e lenta do TP. Tem maior incidência em nulíparas e está associado a elevadas taxas de mortalidade e morbidade materno-fetal por infecções, rotura uterina e/ou intervenções cirúrgicas (WHO, 2018).

A amniotomia, ou rotura artificial de membranas, é uma intervenção associada à aceleração ou indução do TP. Para parturientes em TP espontâneo, o NICE (2014) recomenda, primeiramente, a realização de amniotomia, explicando à mulher que diminui uma hora o primeiro período de TP e intensifica as contrações uterinas. Sugere depois a administração de ocitocina para potenciar o efeito da amniotomia. A literatura não é consensual quanto ao recurso à amniotomia para diminuir a duração do TP.

A evidência científica mostra que a amniotomia não diminui a duração do TP, e não altera desfechos como: partos instrumentados ou cesariana; cesariana por sofrimento fetal; alívio da dor; hemorragia pré e pós-parto; mortalidade ou morbidade materna; mortalidade perinatal; prolapso do cordão umbilical; TP prolongado; índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto; aspiração de mecónio; acidose fetal; ou satisfação materna com o parto. Apenas tem benefícios na diminuição da necessidade de administração de ocitocina em parturientes múltíparas, e na redução, de cinco minutos, do segundo período de TP em nulíparas. A amniotomia, tem redução de 50% nos TP disfuncionais, sem progresso de dilatação cervical a cada duas horas, ou com contrações uterinas ineficazes (Worthley, Gary & Safranek, 2018). Outro estudo refere que a amniotomia precoce ($\leq 4\text{cm}$), em parturientes nulíparas, com TP espontâneo, reduz, aproximadamente, duas horas à duração do TP (Pitchforth, Krassow & Persons, 2018).

A amniotomia provavelmente induz a libertação de prostaglandinas endógenas, levando à extinção e dilatação do colo uterino. Pode ser vantajoso para a observação precoce de LA com mecónio, ou para a aplicação de eléctrodo no escalpe fetal para monitorização interna da FCF. Estudos mostram que a amniotomia provoca diminuição do TP numa ou duas horas, contudo, pode levar a complicações como a corioamnionite, o prolapso do cordão umbilical e a alteração da FCF. Deste modo, esta intervenção não deve ser realizada em todas as parturientes, por rotina, apesar de, possivelmente, diminuir as necessidades de administração de ocitocina (ACOG, 2003; Ruamsap & Panichkul, 2017).

Para a realização da amniotomia devemos considerar os seguintes aspetos: dilatação cervical acima dos três centímetros; apresentação fetal no terceiro plano de Hodge,

prevenindo a compressão do cordão umbilical por prolapso ou latero incidência; se SGB positivo, administração de quatro doses de antibioterapia, devido ao risco de infeção; cardiocografia tranquilizadora; e ausência de contraindicações, como parto prematuro, gravidez múltipla, HTA, DG ou VIH positivo (Souza, Costa, Coutinho, Neto & Amorim, 2010).

Durante o estágio, a amniotomia foi uma prática rotineira em todas as parturientes. Ao realizar o exame vaginal, com o auxílio de uma pinça de Herff, procedíamos à rotura das membranas, avaliando as características do LA como a cor, o cheiro e a quantidade expelida. Para prevenção do prolapso umbilical, apoiávamos, de forma controlada, a descida da apresentação fetal, pedindo à mulher que realizasse um puxo. Procedíamos aos cuidados de higiene perineal e registávamos, em sistema informático, a hora da amniotomia e as características do LA.

A administração de ocitocina também faz parte das intervenções num TP prolongado, para aumentar a frequência e a intensidade das contrações uterinas. Este método não está recomendado para a prevenção do TP prolongado pelos seus efeitos secundários referenciados no Subcapítulo 1.4. Somente, aconselha-se a sua administração em parturientes com índice de Bishop superior a sete, dilatação do cérvix acima dos cinco centímetros e com diagnóstico de TP prolongado (Coutinho, Castro, Rodrigues & Montenegro, 2014; WHO, 2018). Porém, na prática clínica, era observado a administração de ocitocina, rotineiramente, como método preventivo do TP prolongado, sendo, por vezes, a primeira medida a ser tomada em disfunções do TP, diminuindo a autonomia e o empoderamento da mulher.

O TP estacionário faz parte das disfunções de TP, sendo causado por condições mecânicas fetais ou estruturais do canal de parto, que impedem a progressão da apresentação fetal, ou, por condições dinâmicas associadas à disfunção contráctil uterina. Caracteriza-se pela ausência de alterações cervicais, no mínimo durante quatro horas, se a dilatação for inferior a seis centímetros, ou em duas horas se a dilatação for superior a seis centímetros (DGS, 2015c). Em estágio, face a este diagnóstico, preparávamos a parturiente para uma cesariana de urgência.

2.2. Segundo período de trabalho de parto

O segundo período de TP tem início com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão fetal. Durante este período, a parturiente sente uma vontade involuntária de puxar, denominado por reflexo de Ferguson e resultante das contrações uterinas. Sem analgesia epidural e em nulíparas, este período pode durar até três horas, em múltiparas até duas horas. Em presença de analgesia epidural, o tempo de duração do segundo período de TP acresce uma hora. Contudo, devemos ter em consideração que o tempo necessário a estes processos não é igual em todas as parturientes, nem é preditor dos resultados materno-fetais. Fatores como: eficácia das contrações uterinas, analgesia, condição física e psicológica, posição da parturiente, paridade e adequação pélvica no TP, tamanho, apresentação e situação do feto, bem como o apoio recebido influenciam a duração deste período (Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018).

O segundo período de TP é constituído pelas fases latente e ativa, sendo a fase latente considerada fisiológica e necessária para a recuperação da força física da mulher. Ocorre desde que se atinge a dilatação completa até à progressão fetal junto ao assoalho pélvico (quarto plano de Hodge). Por sua vez, consideramos estar na fase ativa quando o escalpe fetal é visível à vulva, juntamente com a presença de contrações expulsivas em presença do reflexo de *Ferguson*, terminando após a exteriorização completa do feto (Walker, Kibuka, Thornton & Jones, 2018; NICE, 2019b).

Durante a fase latente do segundo período de TP, a apresentação fetal desenvolve uma sequência de movimentos passivos que permitem a sua passagem e acomodação no canal de parto. Os movimentos próprios da apresentação fetal para adaptação e progressão no canal de parto são descritos como movimentos cardinais do parto, nomeadamente o encravamento ou insinuação, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa ou restituição e a expulsão fetal (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017). Nesta fase, é importante avaliarmos, através do exame vaginal, qual a posição e variedade fetal para posicionarmos a mulher, de forma a facilitar a rotação interna, sabendo que posições anteriores levam a partos mais abreviados. As posições maternas aconselhadas foram semelhantes às referenciadas na fase ativa do primeiro período de TP.

Na fase ativa do segundo período de TP, as posições facilitadoras da expulsão fetal são as posições verticalizadas ou lateralizadas, pois reduzem a taxa de episiotomias e os partos instrumentados, aumentando a satisfação materna e o seu autocontrolo da dor. Por outro lado, estão associadas a maiores taxas de lacerações de segundo grau e a maior risco de hemorragia, com perda hemática superior a 500ml. As posições lateralizadas são particularmente benéficas para parturientes com analgesia epidural, em comparação com a posição de litotomia, levando a melhores experiências e a partos mais fisiológicos (Jakeman, 2016; ACOG, 2018c; Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel, 2017; Walker et al., 2018; NICE, 2019a).

Neste estágio, a maioria das parturientes assistidas encontrava-se sob analgesia epidural, com a sua mobilidade reduzida devido ao bloqueio motor dos membros inferiores. No entanto, a mudança de decúbito foi implementada, conforme a sensibilidade materna dos membros inferiores. As posições mais comumente utilizadas foram as laterais e sentada, visto que a de joelhos, ou quatro apoios, requeria maior sensibilidade nos membros inferiores. Quando a apresentação fetal se encontrava no terceiro plano de Hodge, colocávamos a mulher em posição de litotomia para a expulsão fetal, independentemente do uso de analgesia epidural. Esta posição, apesar das desvantagens descritas, era a mais frequentemente observada, mas, em duas situações, tivemos oportunidade de colocar a mulher de joelhos para facilitar a progressão fetal e os esforços expulsivos, verificando-se um maior conforto nesta posição. Deste modo, fomos ao encontro das recomendações evidenciadas na literatura, quando salientam que as mulheres devem ser incentivadas a parir na posição que acharem mais confortável (Gupta et al., 2017; NICE, 2019b).

Quando posicionávamos a parturiente para a expulsão fetal, colocávamos o equipamento de proteção individual (barrete, máscara, bata e luvas), respeitando as normas de assepsia, colocávamos o campo com funil abaixo do períneo, um campo por cima do abdómen e as pernas esterilizadas. Na mesa de apoio, dispúnhamos o material necessário para assistir ao parto: duas tesouras, uma para possível episiotomia e outra para seccionar o cordão umbilical; duas pinças hemostáticas de Kocher para clampar; um *clamp hollister* para o coto umbilical; compressas; dois campos de tecido para limparmos o recém-nascido; e um penso higiénico para colocar no períneo. Em parturientes com tipo de sangue O e/ou com fator RhD negativo acrescentávamos uma seringa de 5ml e uma agulha para colheita de sangue do cordão, devido à possível isoimunização.

Durante a fase ativa do segundo período de TP, o acompanhante foi incentivado a apoiar a parturiente, promovendo-se o contacto físico e a comunicação, através do toque e do encorajamento verbal. Também providenciávamos compressas molhadas com água fria para o convivente passar no rosto da parturiente, promovendo o seu bem-estar. Este apoio físico e psicológico do parceiro é fundamental para tranquilizar e dar segurança à mulher, diminuindo a ansiedade e o medo face ao parto (Souza & Gualda, 2016).

Nesta fase do TP, a progressão fetal no canal de parto estimula o reflexo de Ferguson, devido à pressão exercida, pelo escalpe fetal, nos recetores da face posterior do assoalho pélvico, libertando-se ocitocina (Graça, 2017). Em parturientes sem analgesia epidural, assistimos ao puxo espontâneo, não havendo necessidade de orientar a mulher para um puxo dirigido. O mesmo aconteceu em parturientes com analgesia epidural que apresentavam percepção do reflexo de Ferguson. No entanto, observámos na maioria das parturientes, com analgesia epidural, uma diminuição da percepção deste reflexo, devido ao bloqueio neuronal, dificultando-lhes os esforços expulsivos e levando a partos instrumentados (F.F. Aragão et al., 2019). Por isso, nestas parturientes incentivávamos o puxo dirigido, nomeadamente a manobra de Valsalva.

Para a realização da manobra de Valsalva, a mulher enchia o peito de ar, fechava a boca e fazia força prolongada, contraindo o útero e empurrando o feto. Este puxo dirigido traz consequências materno-fetais, como: diminuição da circulação uteroplacentária e da oxigenação fetal, levando a maiores taxas de reanimação e a resultados adversos neonatais; diminuição do relaxamento dos músculos pélvicos, ocorrendo maior probabilidade de lacerações e necessidade de realizar episiotomia; diminuição da satisfação materna; e aumento da duração do segundo período de TP (Amorim et al., 2017; Lee, Gao, Lotz & Kildea, 2019).

Já a WHO, em 1996, referenciava que este método não tinha qualquer benefício para o abreviamento do segundo período de TP, além disso, podia ocorrer comprometimento da circulação uteroplacentária, principalmente em parturientes em posição de litotomia, devido à compressão da veia cava inferior e da aorta. Por isso, recomendava que o puxo espontâneo era a melhor solução para a expulsão fetal. Atualmente, a WHO (2018) recomenda o adiamento do puxo, em parturientes com analgesia epidural, até duas horas após a dilatação completa, com a finalidade de recuperarem a sensibilidade na zona perineal e terem a percepção do reflexo de Ferguson, puxando espontaneamente. Perante

isto, o EESMO deve incentivar a parturiente a puxar de acordo com as orientações do seu corpo e com a técnica mais eficiente em cada situação (ACOG, 2019).

Aquando da coroação da apresentação fetal à vulva, observámos o abaulamento do períneo, ocorrendo nesta fase a necessidade de promover a integridade perineal. A maioria das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal durante o parto vaginal, designado por laceração, que se classifica em quatro graus conforme a extensão. As lacerações do primeiro grau afetam a pele perineal e/ou a mucosa vaginal, e normalmente não sangram nem requerem de correção cirúrgica. As lacerações de segundo grau atingem a pele e os músculos perineais, necessitando de sutura por parte do EESMO. A maioria dos traumas perineais encontra-se entre as lacerações de primeiro e segundo graus, ocorrendo raramente complicações a longo prazo. As lacerações de terceiro grau atingem os músculos do esfíncter anal, e as de quarto grau atingem a mucosa anal, havendo necessidade de correção cirúrgica pelo obstetra. As lacerações que necessitam de correção, especialmente as de terceiro e quarto graus, podem levar a complicações como a dor perineal crónica, dispareunia, incontinência urinária e fecal (Jakeman, 2016; ACOG, 2018c; Farg & Hassan, 2019).

As intervenções recomendadas para reduzir o trauma perineal são as posições verticalizadas, o puxo espontâneo e controlado, a massagem perineal, a aplicação de compressas mornas, a episiotomia seletiva e a proteção do períneo. Não estão aconselhadas a aplicação de lidocaína *spray*, a episiotomia por rotina em partos espontâneos e em partos anteriores com trauma perineal de terceiro ou quarto grau. A técnica “*hands off*” (manipulação mínima) ou “*hands on*” (proteger o períneo e flexionar a apresentação fetal) podem ser utilizadas para facilitar o nascimento (Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018; NICE, 2019a).

A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica, com uma tesoura, com a finalidade de ampliar o canal de parto e facilitar a descompressão fetal, abreviando o segundo período de TP. Esta intervenção deve ser realizada de forma restrita, pois pode potenciar a morbidade materna, a curto e a longo prazo, a perda hemática, a necessidade de sutura, a dor perineal, a incontinência urinária ou fecal e o prolapso genital, levando à diminuição da força muscular do assoalho pélvico. Por si só, esta incisão é equivalente a uma laceração de segundo grau, extensa e profunda, por isso deve ser realizada, somente, quando há risco de ocorrer lacerações de grau superior, e com o consentimento informado da parturiente (Fatia & Tinoco, 2016; Amorim et al., 2017; Sagi-Dain et al., 2017; Rodrigues et al., 2019).

A realização desta intervenção não é consensual, de acordo com a evidência científica, podendo ser indicada, de forma ponderada, seletiva e individual, em condições como: partos vaginais distócicos (ventosa ou fórceps), macrossomia fetal, distocia de ombros, apresentação pélvica, primiparidade, cicatrizes prévias que levem a lacerações graves, sofrimento fetal agudo, rigidez perineal e corpo perineal inferior a 2.5/3cm. A episiotomia é realizada no triângulo posterior do períneo, entre o intróito vaginal e o ânus, sob anestesia epidural, ou local com infiltração de lidocaína por planos. A técnica de episiotomia mais recomendada é a médio-lateral por ter menor risco de lesar o esfíncter anal e o reto, sendo efetuada a partir da fúrcula em direção às tuberosidades, num ângulo de 45°. Contudo, na episiotomia médio-lateral ocorre maior perda hemática, maior dor perineal no pós-parto e dificuldade na correção cirúrgica do que na episiotomia mediana. A sua realização deverá ocorrer em simultâneo com uma contração uterina, e no momento do coroamento e distensão perineal, reduzindo a perda hemática. A técnica passa pela colocação dos dedos, indicador e médio, entre o escalpe fetal e a parede vaginal, aplicando a tesoura entre os mesmos (NICE, 2014; Fatia & Tinoco, 2016; Amorim et al., 2017; Graça, 2017; WHO, 2018; ACOG, 2018c).

No estágio, dos 41 partos executados, 18 foram com episiotomia devido a uma manipulação excessiva do períneo, primiparidade ou rotineiramente, dependendo do tutor presente. Tivemos oportunidade de discutir alguns casos em que poderia haver necessidade de realizar episiotomia, nomeadamente, quando o períneo se apresentava rígido, no entanto não o fizemos, optando-se pela técnica *"hands off"* para incentivar a parturiente a puxar conforme a vontade do seu corpo, e de forma controlada, aplicando compressas de água morna para relaxamento do assoalho pélvico. Muitas vezes, quando implementávamos esta intervenção, não informávamos à parturiente sobre a sua realização, nem sobre essa necessidade, levando, posteriormente, a sintomas de depressão e stresse, e a menor satisfação com o parto (Rodrigues et al., 2019). A técnica preconizada no serviço era a episiotomia médio-lateral esquerda, sendo realizada conforme as recomendações da literatura.

Na extensão fetal, realizávamos a manobra de Ritgen, protegendo-se o períneo com a mão direita, e com a mão esquerda no polo cefálico efetuávamos o desencravamento controlado dos ossos parietais, exercendo pressão descendente e evitando a deflexão súbita da apresentação fetal e o trauma perineal (Fatia & Tinoco, 2016). A evidência científica mostra que esta manobra não previne lacerações perineais de terceiro e quarto grau, e está associada a maior dor no pós-parto (Aquino et al., 2019). De seguida,

observávamos a rotação externa ou restituição fetal, em direção às tuberosidades isquiáticas ou, dependendo do tutor, ou se necessário, apoiávamos ambas as mãos nos ossos parietais e rodávamos a apresentação fetal, facilitando a restituição e o menor diâmetro biacromial. Nesta posição, realizávamos a exteriorização do ombro anterior, exercendo pressão de forma descendente e, depois, colocávamos a mão direita no períneo, protegendo-o, e a mão esquerda na apresentação fetal, exercendo pressão no sentido ascendente para libertar o ombro posterior (Fatia & Tinoco, 2016; Amorim et al., 2017). O resto do corpo exteriorizava-se naturalmente.

Algumas vezes, assistimos à pressão exercida, manualmente, no fundo uterino com a finalidade de facilitar o nascimento. Esta manobra, denominada manobra de Kristeller, não é recomendada por nenhuma evidência científica pelas complicações materno-fetais associadas, como a rotura e o prolapso uterino; lacerações perineais de terceiro e quarto grau, levando às complicações associadas; maiores taxas de episiotomia; fratura de costelas maternas; embolia por LA; maior risco de disfunção neurológica fetal devido à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral; diminuição da FCF; acidose fetal; distócia de ombros; e paralisia do plexo braquial quando a técnica é realizada em presença de distócia de ombros. Contudo, a realização da manobra de Kristeller pode ser ponderada em situações de sofrimento fetal e exaustão materna, sendo a forma de a realizar ainda controversa (WHO, 2018; Malvasi et al., 2019; Youssef et al., 2019).

Aquando da extensão fetal observávamos a presença de circulares do cordão umbilical, pedindo à parturiente para suspender os esforços expulsivos. Após a confirmação de circular, verificávamos se esta trespassava a apresentação fetal, e na maioria das vezes era possível. Apenas ocorreu uma situação em que a circular era apertada, não sendo viável a sua remoção pelo pescoço fetal. Nesta situação, procedemos à laqueação prévia do cordão umbilical. No entanto, a evidência científica desaconselha a pesquisa de circulares do cordão umbilical aquando da exteriorização da cabeça fetal, a remoção de circulares e a laqueação prévia em circulares apertadas, pois acarreta efeitos adversos neonatais pelo corte de fluxo sanguíneo e de oxigénio, como observámos em estágio. Em circulares largas, o parto decorre normalmente mesmo sem as removermos, e em circulares apertadas é aconselhado realizarmos a manobra de Somersault, que consiste no apoio à exteriorização fetal, mantendo a cabeça perto da sínfise púbica (Amorim et al., 2017).

Durante a prática clínica assistimos parturientes com perda de LA com mecónio, sendo considerado um sinal de sofrimento fetal in útero. No parto, pode levar à aspiração de

mecônio e causar complicações respiratórias e, muito raramente, a morte neonatal. Como intervenção, não é recomendado a aspiração de secreções intraparto, pois a aspiração na faringe posterior pode levar ao estímulo do nervo vago e provocar períodos de apneia ou bradicardia, e não reduz o risco da síndrome. Deste modo, se o recém-nascido apresentar choro vigoroso e bom tônus muscular, os cuidados imediatos a prestar devem ser semelhantes aos efetuados a neonatos com bom índice de Apgar (ACOG, 2017b; Vain & Batton, 2017). Caso o recém-nascido não respire, a aspiração das vias aéreas e a intubação endotraqueal devem ser realizadas antes de iniciar a ventilação por pressão positiva (WHO, 2017a). Nos casos observados durante o estágio, por vezes, os recém-nascidos com choro vigoroso eram aspirados após a laqueação do cordão umbilical.

2.3. Terceiro período de trabalho de parto

O terceiro período de TP, designado por dequitação, começa imediatamente após o nascimento fetal e termina com a expulsão dos anexos fetais, placenta e membranas ovulares. No início deste período, a atenção foca-se, prioritariamente, nos cuidados imediatos ao recém-nascido e, posteriormente na expulsão dos anexos fetais. Contudo, durante os cuidados ao recém-nascido vigiávamos, simultaneamente, o bem-estar materno e a perda sanguínea vaginal, estando um EESMO a vigiar cada cliente (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2019c).

No momento exato do nascimento observávamos a hora e ao primeiro, quinto e, eventualmente, décimo minuto, avaliávamos o índice de Apgar. Cinco parâmetros que englobam a frequência cardíaca, a respiração, a coloração da pele e mucosas, a irritabilidade reflexa (choro) e o tônus muscular. O valor deste índice permite avaliar a resposta do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina e sobre a necessidade de suporte básico de vida. Eram avaliados os movimentos torácicos, a cor (pálida, cianótica, acrocianótica ou rosada), o tipo de choro (ausente, gemido, “caretas”, “esgar facial”, choro ou espirro) e o tônus muscular (hipotonia, pouca flexão ou movimentos ativos). O índice de Apgar pode ter um valor entre zero, e dez pontos, e um índice inferior a sete significa má

adaptação do recém-nascido à vida extra uterina, havendo necessidade de maior vigilância (ACOG, 2015; Freitas & Baptista, 2016).

Os cuidados ao recém-nascido incluíam a limpeza das vias aéreas superiores com compressas, promovendo a sua permeabilidade, sendo depois colocado sobre o abdómen materno, limpando-se e secando-se com um campo de tecido esterilizado para depois ser aquecido com um lençol quente, evitando a perda de calor por evaporação. Nesta posição, esperávamos, pelo menos, um a três minutos para se proceder à clampagem e laqueação do cordão umbilical. No momento da laqueação, o convivente significativo e/ou a mãe eram questionados sobre os seus desejos de realizar este procedimento.

A laqueação do cordão umbilical é recomendada entre um a três minutos após o nascimento, mesmo que a mãe possua VIH positivo, pois melhora os resultados nutricionais infantis (WHO, 2018). Este adiamento da clampagem promove o fluxo sanguíneo da placenta para o recém-nascido, potenciando as reservas de ferro até 50% e diminuindo, assim, o risco de anemia na infância, da incidência de hemorragia intraventricular em recém-nascidos prematuros, a enterocolite necrosante e a *sepsis* neonatal (WHO, 2013b). A laqueação tardia do cordão umbilical continua a ser um procedimento controverso na literatura, pois aumenta a incidência de icterícia fisiológica neonatal com necessidade de fototerapia, no entanto, os seus benefícios superam os potenciais riscos (ACOG, 2017c).

Em estágio, o contacto pele-a-pele foi efetuado na maioria dos partos executados, dependendo do EESMO presente. Após a laqueação do cordão umbilical colocávamos o recém-nascido, seco e despido, sobre o tórax da mãe, mediante o seu consentimento e desejo, coberto com um lençol aquecido. Algumas mães preferiram fazer este contacto com o recém-nascido vestido, e assim o fazíamos, respeitando o seu desejo, apesar de não trazer os mesmos benefícios. A duração do contacto pele-a-pele, também se diferenciava conforme o EESMO.

O contacto pele-a-pele, em recém-nascidos sem complicações, potencia a sua adaptação à vida extra-uterina, pois ajuda a estabilizar a temperatura corporal, prevenindo-se a hipotermia; diminui os níveis de stresse do bebé; aumenta os níveis de ocitocina na mulher; promove o início precoce da amamentação e a sua manutenção; potencia a vinculação e a ligação mãe-filho. A evidência científica recomenda este contacto durante a primeira hora de vida do recém-nascido, adiando, se possível, os seus cuidados mediatos (Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016; ACOG, 2018d; WHO, 2018; NICE, 2019d).

Os cuidados mediatos ao recém-nascido eram realizados neste período, ou no início do quarto período de TP, dependendo da duração do contacto pele-a-pele. Compreendiam a aspiração das vias aéreas superiores, a administração de vitamina K, a aplicação do colírio ocular, a monitorização do peso corporal, a identificação, o banho e o vestir.

A evidência científica mostra que a aspiração das vias aéreas superiores, por rotina, não traz benefícios na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, porém esta era uma intervenção implementada, por alguns EESMO, a todos os recém-nascidos. A aspiração de secreções ao nascimento pode provocar hipoxia, não sendo necessário em partos vaginais, pois há compressão do feto pelo canal de parto (WHO, 2017a). Freitas e Baptista (2016) acrescentam que a aspiração das vias aéreas apenas deve ser realizada quando há presença de muco que dificulta a respiração do recém-nascido, sendo a boca aspirada em primeiro lugar com um cateter nasofaríngeo, numa pressão inferior a 80mmHg.

A administração de vitamina K era realizada a todos os recém-nascidos para prevenção da doença hemorrágica. Após o nascimento, o recém-nascido apresenta défice de vitamina K, levando ao aumento do risco de alterações na coagulação sanguínea e de hemorragia. Procedíamos à administração intramuscular de 1mg de fitomenadiona, no terço médio do músculo vasto lateral, na face anterior da coxa esquerda (Freitas & Baptista, 2016).

A profilaxia da infeção ocular com eritromicina é recomendada a todos os recém-nascidos, inclusive os nascidos por cesariana. A conjuntivite neonatal desenvolve-se, normalmente, entre o segundo e o quinto dias de vida, podendo levar a ulceração da córnea, cicatrizes e cegueira (Burton, Saini, Maldonado & Carver, 2018). Como intervenção de enfermagem, colocávamos a pomada nas pálpebras inferiores com a ajuda de uma compressa limpa (Freitas & Baptista, 2016).

O banho ao recém-nascido após o nascimento deve, apenas, ser realizado para a remoção de resíduos indesejados como mecónio e sangue, mantendo o vérnix caseoso, e não deve implicar agentes antissépticos. Está aconselhado o banho a recém-nascidos de mães com VIH positivo, Hepatite B ou outra infeção (WHO, 2006; Kuller, 2014; Schneider, 2015). Em estágio, o banho, por vezes, era dado por rotina ou por desejo da mãe/casal.

No início do terceiro período de TP, isto é, após o nascimento, observa-se uma diminuição súbita das contrações uterinas, levando à redução significativa da área de implantação da placenta, promovendo o seu descolamento. A expulsão da placenta ocorre em dois ou três tempos, conforme a literatura. No primeiro tempo dá-se a rotura das vilosidades com

formação de hematoma retroplacentar, provocando o processo de descolamento do revestimento basal da placenta da parede uterina. No segundo tempo, ocorre a descida da placenta para o segmento uterino inferior e/ou vagina. E no terceiro e último tempo, ocorre a expulsão da placenta através do canal de parto. O terceiro período de TP fisiológico tem duração de 60 min e com a implementação da conduta ativa abrevia-se em 30 min (Fatia & Tinoco, 2016; Amorim et al., 2017; NICE, 2019c).

O descolamento da placenta pode dar-se pelo centro ou lateralmente, levando a dois tipos denominados por mecanismo Shultze e Duncan. O mecanismo de Shultze é o mais comumente observado e ocorre quando a placenta está inserida no fundo do útero e pela ação da gravidade inverte-se e desprende-se pela face fetal que será a primeira a exteriorizar-se. O hematoma retroplacentar, neste mecanismo, forma-se no centro da placenta, sendo expelido a posteriori. O mecanismo de Duncan acontece, normalmente, quando a placenta se encontra inserida na parede lateral do útero, iniciando o seu descolamento pelo bordo inferior, sendo a face materna a exteriorizar-se primeiro. O hematoma retroplacentar, neste mecanismo, exterioriza-se antes da placenta de forma contínua e discreta (Amorim et al., 2017; Fatia & Tinoco, 2016).

Durante a expulsão dos anexos fetais procedíamos à manobra de Dublin que compreende movimentos rotativos, sem tração, diminuindo o risco de retenção de fragmentos placentares e/ou membranares no útero. De forma a identificar possíveis retenções e a detetar causas de problemas fetais, após a dequitação inspecionávamos a placenta, as membranas e o cordão umbilical, observando as características presentes. Na placenta observávamos o seu tamanho, forma e regularidade, diferenciando a face materna e a face fetal. Na face materna identificávamos a integridade dos cotilédones e a presença de anomalias como, por exemplo, cotilédones aberrantes e/ou calcificações. Na face fetal observávamos o tipo de inserção do cordão umbilical (central, lateral, marginal ou velamentosa), a presença de nós falsos e/ou verdadeiros, a presença da geleia de Wharton, o comprimento do cordão e o número de vasos sanguíneos presentes (duas artérias e uma veia). Relativamente à observação das membranas ovulares, reconstruíamos a cavidade amniótica e individualizávamos os dois folhetos, córion e âmnios, posicionando-se o córion na face externa da cavidade amniótica e o âmnios na face interna (Graça, 2017; ACOG, 2017d).

Durante o estágio, mantivemos uma conduta ativa com todas as mulheres no terceiro período de TP, pois diminuí significativamente o risco de hemorragia pós-parto em relação

a uma atitude expectante. Nesse caso, após a saída fetal e após a observação da formação do globo de segurança de Pinard, administrávamos 10 UI de ocitocina, via endovenosa, em perfusão rápida, e clampávamos o cordão umbilical antes de parar de pulsar, tracionando-o de forma controlada, após sinais de descolamento da placenta, como a saída súbita de fluxo sanguíneo, a elevação e formação ovóide do útero no abdómen e a progressão do cordão umbilical após manobra de Kustner (Begley, Gyte, Devane, McGuire & Weeks, 2015; Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018; NICE, 2019c). Apesar da conduta ativa durante o terceiro período de TP, para prevenir a hemorragia pós-parto, origina efeitos secundários como: náuseas e vômitos, hipertensão, maior necessidade de analgésicos nos primeiros dias por aumento da dor pós-parto e maiores taxas de recorrência ao serviço de urgência com perda hemática (Amorim et al., 2017).

A hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo, sendo por isso essencial prevenir esta complicação com intervenções ativas durante o terceiro período de TP. É caracterizada pela perda hemática igual ou superior a 1000ml ou, por uma perda hemática acompanhada de sinais e sintomas de hipovolémia, nas primeiras 24 horas se precoce, e entre as 24 horas e as seis semanas pós-parto se tardia. As causas de hemorragia pós-parto precoce podem ser: atonia uterina, traumas perineais, retenção dos anexos fetais, placenta acreta, distúrbios da coagulação e inversão uterina. As causas de hemorragia pós-parto tardia englobam a retenção de restos placentares e/ou membranares, a subinvolução do leito placentar e a endometrite crónica. O diagnóstico de hemorragia pós-parto faz-se observando a quantidade de perda hemática e o estado clínico da mulher, sendo que, devemos vigiar constantemente o estado de consciência, os sinais vitais e a perda hemática durante o terceiro e quarto períodos de TP. A multiparidade, o aumento excessivo do volume uterino (gravidez gemelar, macrosomia fetal, hidrâmnios), o TP prolongado ou precipitado, a utilização de ocitocina durante o TP, os miomas uterinos, as alterações da coagulação, a corioamniotite, a placenta prévia, acreta, percreta ou increta, e os antecedentes de hemorragia pós-parto são fatores de risco para um diagnóstico de uma hemorragia pós-parto (ACOG, 2017d; Silva, 2011).

Em estágio, após a dequitação ocorreu um episódio de perda hemática com sintomas de mal-estar e lipotimia acompanhados de hipotensão. Segundo Silva (2011), o tratamento passa por reanimar e controlar a volémia da parturiente, e simultaneamente identificar e resolver a causa da hemorragia. No caso vivenciado, a hemorragia deu-se devido à atonia uterina, colocando-se a parturiente em posição de Trendelenburg procedemos rapidamente à suspensão da soroterapia com dextrose, pois agrava a acidose, e

substituímos por uma solução cristalóide (lactato de Ringer), recomendada para perdas hemáticas inferiores a 1500ml de sangue, com 10 UI de ocitocina em perfusão rápida. Imediatamente após a identificação da causa, realizámos vigorosamente a massagem uterina, levando à expulsão de sangue e de coágulos que pudessem existir. Cerca de dois ou três minutos após a implementação destas intervenções, o quadro clínico reverteu-se, não sendo necessário a implementação de outras.

Para finalizar as intervenções do terceiro período de TP, procedíamos à inspeção do canal de parto, avaliando as estruturas afetadas. Caso a parturiente apresentasse períneo íntegro executávamos os cuidados de higiene perineais e transferíamos-la para uma unidade na sala de recobro.

2.4. Quarto período de trabalho de parto

O quarto e último período de TP inicia-se a partir da expulsão dos anexos fetais e termina após duas horas do nascimento. É designado como puerpério imediato, em que ocorre o maior risco das complicações pós-parto. Neste período dá-se a formação de trombos nos vasos uteroplacentares, constituindo um hematoma uterino que recobre e protege a ferida no local da anterior inserção placentar. Simultaneamente ocorre uma contração uterina sustentada, provocando hemóstase da ferida placentar. O útero, nesta fase, é palpável a dois centímetros abaixo do umbigo e, após uma hora, adquire um aumento do tónus muscular, mantendo-se até à involução uterina completa (Fatia & Tinoco, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008; Amorim et al., 2017).

Aquando da inspeção do canal de parto, se existissem estruturas afetadas com necessidade de correção, ou caso tivesse ocorrido episiotomia durante o segundo período de TP, executávamos os cuidados de higiene perineais e procedíamos à preparação do material de sutura, substituindo o equipamento de proteção individual. O fio de sutura preconizado pela instituição era o *Vicryl Rapide 2/0*, sendo utilizado para correção de lacerações de primeiro e segundo grau, e episiotomias.

Após preparação do material e colocação de um campo esterilizado sob o períneo, introduzíamos um tampão, efetuado com compressas, para melhor visualização das estruturas a suturar. Num caso, tivemos a necessidade de infiltrar anestésico local, pois a mulher não se encontrava sob analgesia epidural. A correção da laceração/episiotomia iniciava-se com sutura contínua cruzada desde o ápice até à fúrcula da mucosa vaginal, seguindo-se pontos simples, com nó triplo, nos músculos afetados e pontos *Donatti* para encerramento da pele. Steen e Cummins (2016) recomendam para a correção de episiotomias a sutura contínua simples na mucosa vaginal e músculos, seguindo de sutura intradérmica na pele. A sutura intradérmica está associada a menor dor na ferida perineal, nos primeiros 10 dias pós-parto, menor necessidade de remoção de pontos, menor incidência de deiscência da ferida e ao aumento da satisfação materna, sendo por isso recomendada para lacerações de segundo grau e feridas decorrentes de episiotomia (Campos & Calado, 2014).

A ferida perineal pode desencadear desconforto pós-parto, interferindo nas atividades de vida diárias da mulher durante o puerpério, como o desconforto na micção e/ou dejeção e, possivelmente, na amamentação e nos cuidados ao recém-nascido. Por si só, as feridas suturadas são dolorosas, e se as suturas estiverem sob tensão aumentam mais o desconforto materno. De acordo com a evidência científica, recomenda-se cada vez mais a não correção das lacerações perineais, associando-se a resultados mais positivos na amamentação e na redução de analgesia pós-parto, por aumento do conforto materno. Porém, outros autores recomendam a correção perineal, argumentando que mostrou resultados de uma cicatrização mais rápida e de melhor adaptação do períneo, nas primeiras semanas pós episiorrafia, embora não a longo prazo (Fleming, Hagen & Niven, 2003; Langley, Thoburn, Shaw & Barton, 2006; Baghurst, 2013; Nutter, Meyer, Shaw-Battista & Marowitz, 2014).

Após finalização da correção perineal, removia-se o tamponamento e realizávamos a inspeção do canal de parto e avaliava-se o globo de segurança de Pinard. Executávamos, cuidados perineais, aplicando-se gelo na presença de hematoma ou edema perineal. Este momento era aproveitado para educação para a saúde, ensinando sobre os cuidados de higiene perineal, intervenções para a diminuição dos desconfortos e do risco de infeção, promovendo a cicatrização da ferida e o alívio da dor (Farg & Hassan, 2019). Estes cuidados serão abordados no Capítulo 3.

Para detetar precocemente complicações referentes ao quarto período de TP, os focos de enfermagem foram essencialmente avaliar e vigiar frequentemente o risco de hipotensão, retenção urinária, infeção e perda hemática (Lowdermilk & Perry, 2008).

Após a transferência da puérpera para a unidade de recobro, estimulávamos a amamentação, sendo esta iniciada o mais precocemente possível. A amamentação na primeira hora de vida é fundamental para proteger o recém-nascido de morte neonatal, devido à colonização intestinal de bactérias e fatores imunológicos presentes no colostro materno. Além disso, promovemos a vinculação e a ligação mãe-filho (Antunes et al., 2017). O contacto pele-a-pele mais a amamentação na primeira hora de vida parecem aumentar, significativamente, a manutenção da amamentação (ACOG, 2016b). Nesta altura, aproveitávamos para iniciar os ensinamentos e treinos sobre a amamentação, analisados no Capítulo 3.

A ingestão nutricional da puérpera era incentivada logo após a primeira mamada do recém-nascido. Perto do término das duas horas pós-parto e da perfusão ocitócica, removíamos o cateter epidural e incentivávamos a puérpera a realizar a primeira micção espontânea, no leito, devido ao efeito da analgesia epidural. Caso a puérpera apresente retenção urinária e globo vesical executávamos o esvaziamento vesical. Por último, procedíamos a monitorização dos sinais vitais e transferíamos a puérpera e o recém-nascido para o serviço de puerpério.

2.5. Interrupção médica da gravidez

A perda de um filho é sentida pelos pais como uma perda irreparável, sendo considerada uma das perdas mais dolorosas na vida de alguém. Surge uma necessidade de defesa sobre a realidade, pois é o tipo de dor dificultador de todo o processo de luto, tornando o pensamento dos pais confuso, não permitindo uma identificação da criança perdida (Lopes, 1996). Neste sentido, o EESMO tem um papel fundamental no apoio emocional dos casais, facilitando o processo de perda. No entanto, para nós, também, se torna difícil gerir situações de luto, devido ao peso emocional refletido (Evans, 2012).

Os casais que passam por esta situação procuram ambientes mais seguros e resguardados, nesse sentido, o serviço da sala de partos tem uma divisão para este fim, não isolando completamente das restantes áreas. A falta de isolamento acústico faz com que os casais consigam ouvir o choro de recém-nascidos e de parturientes a conceber os seus filhos, potenciando uma resposta negativa do processo de luto e aumentando os níveis de stresse. Visto que o CHVNGE assiste mulheres de várias etnias, religiões, valores e crenças, tentamos ajustar os nossos cuidados de forma a colmatar as necessidades individuais de cada casal, providenciando os cuidados transculturais (Peters, Lisy, Riitano, Jordan & Aromataris, 2015; Lotto, Armstrong & Smith, 2016; Silva, 2018).

A comunicação, particularmente, a escuta ativa são componentes essenciais para promover uma relação humanista e de confiança entre o enfermeiro e o casal. Uma escuta ativa empática deve englobar os seguintes cuidados: ouvir atentamente e sem distrações; mostrar disponibilidade, concentração e confirmação no que é dito pelo casal, evitando interpretações, generalizações, comparações ou juízos de valor; demonstrar compreensão; proporcionar respostas refletidas; e, utilizar o toque e o silêncio terapêutico. Este conjunto de comportamentos por parte do EESMO torna uma vivência facilitadora no processo de luto (Cullen, Coughlan, Casey, Power & Brosnan, 2017). Em estágio, tivemos oportunidade de promover a escuta ativa e, no fim, refletindo sobre a aplicação destes comportamentos, notamos uma maior satisfação materna sobre a sua estadia na instituição, pois mais do que implementar intervenções interdependentes, os casais necessitam de serem compreendidos e escutados. Muitas vezes o que realmente precisam é de alguém para desabafar os seus anseios e pensamentos.

Na prática clínica, vivenciamos sete situações de IMG por causas de gravidez não evolutiva do primeiro trimestre e malformações fetais, nomeadamente a cardiopatia complexa, a síndrome de Fraser, a síndrome de Down com higroma cístico e a síndrome de Edwards. As idades gestacionais situaram-se entre as 12 semanas mais cinco dias às 22 semanas mais quatro dias.

A comunicação do diagnóstico era realizada antes da admissão ao serviço de internamento para o casal ter tempo de processar a má notícia, e, analisarem e processarem o luto num ambiente familiar. Este espaço e tempo fornecido ao casal é primordial para empoderá-lo na situação que irão enfrentar e, ainda, permite a recuperação do choque inicial, evoluindo para a fase reativa do luto, retomando o estado de consciência e o significado sobre o sucedido (Miranda, 2014; Lisy, Peters, Riitano, Jordan & Aromataris, 2016). Após o

acolhimento, o EESMO registava no quadro, da sala de enfermagem, a história e o diagnóstico clínico, facilitando a continuidade de cuidados e evitando repetição de perguntas desgastantes e perturbadoras para a mulher/casal (Silva, 2018).

No processo de abortamento, o EESMO segue um protocolo de serviço realizado para IMG no primeiro e segundo trimestres. A administração dos fármacos para a indução do abortamento eram efetuados pelos obstetras, pelo que, o EESMO ficava encarregue de gerir a analgesia recomendada segundo o protocolo, dependendo das queixas álgicas da mulher. Para uma dor superior a quatro e inferior a seis tínhamos como opção o paracetamol (1gr EV), o tramadol (100mg EV) e a petidina (50mg IM). Para uma dor superior a seis pedíamos a colaboração da equipa de anestesiologia para realizarem analgesia epidural. Além disto, após o início da primeira dose da prostaglandina, misoprostol, administrávamos ibuprofeno (400mg PO) a cada seis horas (Maia, Silva, Brito & Carvalho, 2016).

Durante o processo de abortamento foi possível a presença de um convivente significativo, sendo observado, em todas as situações, o acompanhamento do companheiro/pai. A evidência científica refere que a presença de um familiar próximo é fundamental para facilitar o processo de luto e, se for o companheiro e pai, promove a união e apoio mútuo em toda a situação vivida (Miranda, 2014). A presença constante de um EESMO não foi descorada deste processo, potenciando o apoio emocional ao casal e evitando a sensação de abandono (Ellis et al., 2016). Em estágio, por norma, um EESMO era destacado para acompanhar o casal neste processo, promovendo uma relação de empatia, de confiança e de privacidade. Este irá identificar melhor as necessidades físicas e emocionais do casal, facilitando o processo de luto e os cuidados humanizados. Deste modo, não nos foi possível observar o período expulsivo, pois, no momento, apenas se encontravam o EESMO e o pai presentes.

A IMG após as 12 semanas de gestação comporta maiores riscos de complicações em relação à IMG no primeiro trimestre. O risco de mortalidade materna duplica a cada duas semanas após a oitava semana de gestação. Assim como, a morbilidade materna aumenta de frequência e severidade quanto mais avançada for a idade gestacional. As complicações associadas podem ser: infeção, hemorragia, perfuração uterina, entre outras e, podem levar a consequências em gestações futuras como, partos pré-termo e gravidez ectópica (Graça, 2017).

De forma a preparar a mulher para a alta clínica informávamos sobre os aspetos fisiológicos e psicológicos e, sobre os relacionamentos. Nos aspetos fisiológicos ensinávamos sobre a perda hemática, os cuidados de higiene perineais, a inibição da lactação, os sinais de alarme, a recuperação física pós-parto e os métodos contraceptivos, sendo estes esmiuçados no Capítulo 3. Nos aspectos psicológicos ensinávamos e alertávamos para as alterações hormonais, a ansiedade, a depressão e o stresse pós-traumático, orientando o casal para grupos de apoio existentes na comunidade. Nos relacionamentos, aconselhávamos sobre a comunicação com o parceiro, pois ambos estão a vivenciar a perda de um filho e devem escutar e compreender as diferentes reações e pensamentos face à mesma situação. A comunicação com filhos é, igualmente importante, para haver melhor compreensão e aceitação da perda de um irmão. E, por último, recomendamos a comunicação com outros familiares, para que estes respeitem a privacidade e o espaço do casal (Ellis et al., 2016).

Em estágio, promovemos a esperança do casal face à perda sentida, facilitando o seu processo de luto e a sua integração nas atividades de vida diária. Baseado na comunicação e escuta ativa, estimulamos a identificação das razões de esperança e do poder do acreditar no potencial do casal, encorajando a comunicação expressiva das emoções e pensamentos positivos. Assim, promovemos a integração deste evento na vida de ambos, aumentando a sua auto-estima, autonomia e a capacidade de criar novas metas para o futuro (Koch, 2014).

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

O estágio referente ao módulo autocuidado pós-parto e parentalidade foi realizado no período entre o dia 17 de dezembro de 2018 a 22 de fevereiro de 2019. Decorreu no serviço de puerpério do CHVNGE, na Unidade II, sob a supervisão de EESMO. Aqui recebem, também, grávidas para cesariana eletiva pelos diversos motivos que contraindicam o parto vaginal. Durante os cuidados prestados neste estágio foram desenvolvidas competências que potenciam a saúde da puérpera/casal e do recém-nascido, apoiando o processo de transição para a parentalidade (OE, 2010).

Concluindo-se o quarto período de TP, todas as puérperas/casais e recém-nascidos eram recebidos no serviço de puerpério, independentemente do tipo de parto. Porém, algumas eram recebidas sem o seu bebê, por este necessitar de cuidados mais diferenciados existentes na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). O tempo do internamento, no serviço de puerpério, depende do tipo de parto e de intercorrências pós-parto. Normalmente, se cesariana, ocorre uma permanência de 72 horas, se eutócico ou distócico por ventosa/fórceps tem uma duração de 48 horas. Quando as puérperas têm o seu bebê na UCIN, são colocadas em unidades com mulheres na mesma situação ou sozinhas, minimizando assim, o contacto com mães e bebês em alojamento conjunto. Por vezes o serviço não permite esta agilização, e, neste caso, as puérperas são transferidas para o serviço de ginecologia, no piso superior. Esta atenção, da nossa parte, tem como objetivo diminuir o impacto emocional na puérpera/casal que têm o seu bebê noutra serviço, com necessidades especiais.

O alojamento conjunto é preconizado no serviço de puerpério, do CHVNGE, até à alta hospitalar da puérpera e do recém-nascido. Permite a proximidade entre ambos durante 24 horas, tornando-se essencial para o desenvolvimento emocional da criança, pela promoção da vinculação mãe-filho. Incentiva e aumenta, ainda, a confiança da puérpera nas respostas às necessidades do bebê e promove a amamentação exclusiva, tão importante nos primeiros meses de vida da criança (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2013; Jaafar, Ho & Lee, 2016; WHO, 2013).

A presença do pai, sempre que possível, é fundamental após o nascimento do recém-nascido, pois facilita a integração do novo papel na família, o papel parental (Nogueira & Ferreira, 2012). Contudo, cada enfermaria contém três unidades para as puérperas e três berços para os recém-nascidos, e para melhor organização do serviço, ele apenas pode permanecer no horário diurno, estipulado pelo CHVNGE. Neste horário, a sua presença é incentivada, proporcionando-se experiências positivas, enfatizando-se a sua importância nos cuidados ao recém-nascido, promovendo-se a ligação pai-filho. Para a puérpera, a presença do acompanhante, também faz com que se sinta mais em proximidade e acarinhada (Dias, 2018).

Durante o estágio foram várias as mulheres, casais, famílias e recém-nascidos alvo dos nossos cuidados. Neste âmbito, no Quadro 6 mostra-se o número de puérperas e recém-nascidos assistidos, de acordo com o risco evidenciado.

Experiências no âmbito do Puerpério			
	Alto risco	Baixo risco	Total
Puérperas	104	109	213
Recém-Nascidos	95	100	195

Quadro 6 - Experiências no âmbito do Puerpério.

A parentalidade, segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), é o ato de

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICN, 2016, p.71).

É um processo que leva à reestruturação psicoafetiva, permitindo a redefinição de papéis na estrutura familiar (Leal, 2005). A evolução da parentalidade dá-se através da construção de significados que dispomos para dar sentido ao papel parental, e este configura-se como um fenómeno biológico e um acontecimento social desde a infância. Sendo assim, a parentalidade compreende aspetos etnológicos e culturais, como as crenças, valores e costumes da sociedade, condicionantes para o comportamento do indivíduo, sendo adquiridos ao longo da vida (Badinter, 1998; Silva, 2012; Maia, 2017).

No período pós-parto, a mulher vivencia sentimentos ambivalentes, sendo potenciados pela experiência de parto de cada uma. Uma boa experiência de parto e o nascimento de um filho saudável aumenta a confiança e a autoestima da puérpera, assim como o contrário pode levar a um aumento da ansiedade e a sentimentos de insegurança para lidar com as necessidades do recém-nascido (Strapasson & Nedel, 2010). Neste sentido, o puerpério é considerado um período sensível no que toca a alterações físicas e psíquicas na mulher.

As intervenções do EESMO tornam-se fulcrais na identificação precoce das dificuldades para o exercício parental, devendo atuar com estratégias facilitadoras da transição para a parentalidade (Felgueiras & Graça, 2013). Cuidados de enfermagem como a promoção do conforto físico e emocional, escuta ativa, educação para a saúde, empatia, sensibilidade e valorização da individualidade de cada mulher tornam-se essenciais para prevenir complicações, tanto no exercício papel parental como no autocuidado (Strapasson & Nedel, 2010).

No período puerperal, as atividades de enfermagem requerem a incorporação do meio cultural, do contexto social e das vivências de cada puérpera. Só assim, proporcionamos experiências mais prazerosas da maternidade (Stefanello, Nakano & Gomes, 2008). A transição para a parentalidade define-se, assim, por uma mudança e adaptação ao papel parental reformulando os aspetos necessários, de forma a garantir uma parentalidade efetiva (Silva, 2012).

O período puerperal corresponde ao intervalo de tempo desde o início do quarto período de TP até à quarta ou sexta semana pós-parto, consoante a fisiologia de cada mulher (Alden, 2014). É uma fase caracterizada pelas mudanças fisiológicas do estado gravídico para o estado pré-gravídico, que podem provocar desconforto para a mulher e, ainda, a ocorrência complicações (Cunningham et al., 2012). Segundo Graça (2017), o puerpério pode ser dividido em três períodos. O puerpério imediato correspondente às primeiras 24 horas, período de maior risco de complicações. Seguido do puerpério precoce, entre as 24 horas até à primeira semana após o parto. O puerpério tardio, compreendido entre o final da primeira semana até à sexta semana pós-parto, ou até à total involução uterina e retorno ao ciclo menstrual.

3.1. Cuidados à puérpera/família

Os EESMO são fundamentais na assistência à mulher/casal desde o pós-parto imediato e pelas semanas seguintes, para a vigilância e promoção da saúde e do bem-estar materno, do casal e do recém-nascido. É da responsabilidade dos enfermeiros a prevenção, deteção precoce de complicações e apoio ao casal na transição para a parentalidade, promovendo o conforto emocional e físico (Gomes & Santos, 2017).

Durante o estágio, tivemos a possibilidade de assistir puérperas com diferentes tipos de parto, podendo dizer que a maioria teve um parto eutócico (43%, n=93). Das restantes parturientes, 32% (n=69) foram submetidas a cesariana por EFNT e/ou TP estacionário, enquanto 25% (n=53) tiveram parto distócico por ventosa ou fórceps, devido a assinclitismos, o que dificultava a descida do feto pelo canal de parto, levando à exaustão ou não colaboração materna por esforços expulsivos eficientes. Dado o elevado número de mulheres submetidas a cesariana, e porque as suas necessidades de cuidados diferiam, sentimos a necessidade de particularizar as atividades desenvolvidas com essas puérperas.

O acolhimento da puérpera e do acompanhante, no serviço de internamento, era a primeira atividade a ser realizada. Assim, o casal familiariza-se com o espaço físico e com os profissionais de saúde, de forma a promover uma experiência de internamento positiva. Começávamos por apresentar o serviço e a unidade onde a puérpera iria permanecer com o seu bebé, explicávamos as rotinas do serviço e as atividades de vigilância necessárias ao longo do internamento, tanto para a puérpera como para o recém-nascido, e, ainda, informávamos sobre os horários das visitas e do acompanhante/pessoa significativa.

Tendo subjacente a informação fornecida pela EESMO da sala de partos, procedíamos à avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido. Na recolha de dados, em relação à puérpera, valorizava-se o tipo de parto, o índice obstétrico, os antecedentes pessoais relevantes, o grupo de sangue e fator RhD, as condições do períneo, as características do útero e lóquios, e aspetos relevantes durante o parto e pós-parto imediato. Também eram recolhidos dados, através do sistema informático, como a idade, o índice de massa corporal, a profissão e o estado civil, a presença de alergias, a medicação habitual, a história obstétrica e da gravidez atual.

A seguir, realizávamos o exame físico que incluía a monitorização dos sinais vitais, a observação da coloração da pele e mucosas e a observação das mamas, avaliando a consistência, sensibilidade, integridade e a presença de colostro. Avaliávamos, igualmente, a presença de globo vesical e necessidade de realizar esvaziamento urinário. Observávamos a formação do globo de segurança de *Pinard*, que consiste na contração das fibras musculares uterinas, palpando o fundo uterino. É expectável, nesta fase, que o fundo uterino seja palpável cerca de dois centímetros abaixo do umbigo (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008). Avaliávamos as características dos lóquios quanto à quantidade, cor e cheiro, assim como a ferida perineal, caso houvesse. Nas mulheres submetidas a cesariana, observava-se o penso da ferida cirúrgica, nomeadamente a sua aderência à pele e se se apresentava repassado.

Segundo Graça (2017), nas primeiras 72 horas após o parto, há um aumento da hemoglobina, do hematócrito e dos fatores de coagulação, de forma a compensar a perda hemática durante o parto. Isso leva a um aumento do risco tromboembólico, sendo a sua incidência após o parto cinco vezes superior à que ocorre durante a gravidez. Por isso, os membros inferiores também eram alvo de observação, tanto para a presença de edema (sinal de Godet positivo) como pelos sinais de tromboembolismo, superficial ou profundo, através do teste de Homan (Santos & Baptista, 2016).

As primeiras 24 horas da fase puerperal caracterizam-se pela grande dependência da mulher, em que a sua atenção se direciona para ela própria, para as suas necessidades fisiológicas básicas e nas respostas emocionais à experiência do parto. O desconforto físico e a exaustão associados ao parto, assim como a sua insegurança quanto à capacidade de exercer o seu papel, tornam-na mais dependente dos cuidados de enfermagem (Cunningham et al., 2012). Deste modo, as intervenções do EESMO têm como finalidade promover o bem-estar físico e emocional da mulher, prevenir complicações, manter o conforto, desenvolver atividades de educação para o autocuidado, e ainda, incentivar a comunicação e a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com a experiência da gravidez e do parto (Silva, 2018).

No puerpério, mesmo sem intercorrências durante a gravidez, TP e parto, é importante a vigilância de alguns parâmetros fisiológicos para prevenção de complicações. A monitorização dos sinais vitais, como a temperatura que deve ser avaliada duas vezes por dia (às sete e às 15 horas), a tensão arterial e frequência cardíaca uma vez por dia, de manhã, e a dor a cada contacto com a puérpera. Além disso, no turno da manhã e da tarde,

realizávamos cuidados como: vigilância da eliminação urinária, intestinal e da perda hemática; observação da coloração da pele e mucosas; características do útero, lóquios, períneo e ânus; observação dos membros inferiores; avaliação do estado emocional e da capacidade para exercer o papel parental; e promoção da amamentação (Santos et al., 2014). Foram, também, desenvolvidas intervenções de enfermagem que incluíam o primeiro levante, a vigilância das mamas, da lactação e da ingestão nutricional da puérpera.

A tensão arterial, monitorizada no turno da manhã, assim como a frequência cardíaca, realizava-se devido às alterações do sistema cardiovascular após o parto. A diminuição da pressão intra-abdominal leva a uma dilatação dos vasos sanguíneos e estase do sangue, potenciando episódios de hipotensão ortostática. Passadas as primeiras 24 horas, os valores da tensão arterial tendem a normalizar ou a aumentar ligeiramente. Nas 48 horas seguintes ao parto, a frequência cardíaca mantém-se elevada devido à permanência do alto débito cardíaco ocorrido durante a gravidez (Graça, 2017).

A monitorização da dor deve ser realizada em todos os contactos com a puérpera, pois segundo Fabris (2011), a dor é referida pela maioria das mulheres, independentemente do tipo de parto. A presença da dor é um fator dificultador para o exercício do papel parental, para o autocuidado e para a manutenção da amamentação. Juntamente, interfere com o padrão de sono/repouso, na mobilidade, na eliminação urinária e intestinal, e na ingestão nutricional da mulher. A dor pode estar associada à ferida cirúrgica, nas mulheres submetidas a uma cesariana, à amamentação, pela contração uterina aquando da ejeção de ocitocina endógena, à ferida perineal decorrente do parto, a cefaleias, pela diminuição de estrogénios ou consequência da analgesia epidural, ou musculoesquelética, devido à posição durante o parto, à perda de tonicidade muscular ou imobilidade prolongada (Francisco, Oliveira, Santos & Silva, 2011; Santos & Baptista, 2016).

No serviço de puerpério, a dor era monitorizada através da escala numérica da dor, e de acordo com a intensidade e o seu tipo, eram implementadas intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas para o seu alívio. Caso o desconforto fosse relacionado com a dor perineal, a intervenção consistia na administração de analgésicos por via oral ou endovenosa. Segundo o protocolo do serviço, o paracetamol, 1gr, era o fármaco de eleição, intercalando com o ibuprofeno, 400mg de 8/8 horas ou de 6/6 horas por via oral. Nas primeiras 24 horas, por vezes, quando a dor era mais elevada, o ibuprofeno era substituído por ceterolac, 30mg de 6/6 horas via endovenosa. A crioterapia, três vezes por dia, era incentivada como estratégia não farmacológica para o alívio da dor. Para além deste efeito,

a aplicação de gelo, também é benéfica para a diminuição de edema, hematoma e processo inflamatório na região perineal (Peleckis, Francisco & Oliveira, 2017). A sua aplicação era recomendada por 15 a 20 minutos, evitando o contacto direto do gelo com a pele.

Nas puérperas submetidas a cesariana, a dor é referida principalmente na zona da ferida cirúrgica. A sensação dolorosa está associada à estimulação de nociceptores periféricos e à contração do útero após o parto (Covarrubias-Gómez, Silva-Jiménez, Nuche-Cabrera, & Téllez-Isaías, 2006). As puérperas submetidas à cirurgia mantêm o cateter epidural para perfusão de morfina e ropivacaína durante as primeiras 24 horas, se dispositivo de perfusão contínua (DIB) pequeno, e 48 horas se DIB grande, associando a analgesia referida anteriormente. Como recomendação de enfermagem, as puérperas, principalmente após cesariana com presença de desconforto abdominal, eram incentivadas à utilização de cinta abdominal nos primeiros dias. Isto, porque a sua utilização permite uma maior mobilidade da puérpera nos dias seguintes à intervenção cirúrgica (El-Mekawy, Eldeeb, El-Lythy & El-Begawy, 2013). No entanto, referíamos que a cinta abdominal não traz qualquer benefício para a involução uterina, nem para a recuperação do tónus da musculatura abdominal, pelo contrário, a utilização prolongada da cinta reduz a dimensão das fibras musculares, provocando flacidez (OE, 2009).

O primeiro levante era realizado sob a supervisão do EESMO, pois como referido anteriormente, há um risco aumentado de hipotensão ortostática. Em puérperas submetidas a analgesia epidural era avaliada, antes do levante, a sensibilidade dos membros inferiores. Se não tivessem recuperado totalmente a sensibilidade adiava-se o primeiro levante por mais uma hora. Do mesmo modo, avaliávamos a tensão arterial, providenciávamos alimentação e hidratação antes do levante. Durante o procedimento, a cabeceira era elevada a 45° e de seguida a 90°, deixando a mulher sentada por uns minutos e reavaliávamos a tensão arterial, para reduzir o risco de hipotensão no levante. Se a puérpera se sentisse bem e não apresentasse sinais de hipotensão, levantava-se e poderia deambular até ao quarto de banho e posteriormente até à unidade, sendo acompanhada em todo o processo. Nas puérperas com parto vaginal, o primeiro levante era realizado o mais precocemente possível, após quatro horas, se analgesia epidural. Já nas puérperas submetidas a cesariana, o primeiro levante era adiado até seis horas após o parto, se anestesia epidural, e até 12 horas se anestesia raquidiana.

Durante o internamento, a vigilância das mamas e da lactação era realizada, essencialmente, no turno da manhã, aquando da visita médica. Eram observadas a

consistência e sensibilidade da mama, a presença de colostro/leite, o tipo de mamilo e a sua integridade. A presença de mamilos macerados e fissurados, após as 24 horas, era verificado na maioria das puérperas, sendo incentivada a aplicação de colostro/leite no mamilo, no fim de cada mamada, para proteção e hidratação, assim como a aplicação de lanolina após cada mamada até à recuperação do mamilo. Após a sua aplicação, o mamilo deve secar ao ar antes da colocação dos discos protetores/arejadores, e antes de vestir o soutien. A correção da pega do recém-nascido torna-se fulcral para a diminuição do trauma mamilar, dado que isso dificulta a manutenção da amamentação, levando ao desmame precoce (Costa, Souza, Guimarães & Vieira, 2013; Levy & Bértolo, 2012).

Nos cuidados de higiene às mamas, é recomendado uma higiene igual à que a mulher tinha antes do parto. Isto significa que, lavar uma vez por dia aquando da higiene geral é suficiente. O uso de substâncias como sabão, álcool, loções, óleos e vaselina estão desaconselhados, pois interferem na lubrificação natural da pele, assim como lavar várias vezes ao dia aumenta a probabilidade de aparecimento de trauma mamilar e altera o odor natural, reconhecido pelo recém-nascido (Costa et al., 2013).

Por vezes, quando as puérperas permaneciam internadas por mais de três dias, eram observadas as dificuldades decorrentes da descida do leite. Nesta fase, as mamas apresentavam-se duras e quentes à apalpação devido ao aumento do aporte sanguíneo naquela zona. As intervenções de enfermagem passam por incentivar a puérpera a amamentar regularmente, e informar que ao fim de três a quatro dias esta situação irá diminuir. Caso a puérpera não esvazie a mama completamente, isso pode originar um ingurgitamento mamário. Esta situação caracteriza-se pelo aparecimento de mamas túrgidas, brilhantes e dolorosas, tornando-se mais difícil amamentar, pois o recém-nascido tem maior dificuldade em realizar uma boa pega e exercer sucção (Levy & Bértolo, 2012).

Na prática clínica, a mulher era incentivada a amamentar em livre demanda e, após as mamadas, a retirar o excesso de leite, manualmente ou com auxílio de máquina extratora, e a corrigir a pega se necessário. A termoterapia e crioterapia eram estratégias ensinadas e treinadas para melhorar a saída do leite e para alívio da dor, respetivamente. A colocação de compressas quentes ou água quente do chuveiro promove a vasodilatação e a circulação sanguínea, levando à libertação do leite. Por sua vez, a colocação de compressas frias à volta da aréola ou água fria, têm um efeito contrário, diminuindo a produção de leite, o edema e a drenagem linfática. Esta estratégia era recomendada após as mamadas ou a extração do leite (Sousa, Haddad, Nakano & Gomes, 2012).

A vigilância da contração uterina fazia parte da prática diária no internamento de puerpério. Consistia na palpação abdominal para avaliar o estado de contração uterina. Sabemos que a contração uterina promove a hemóstase da ferida placentar, no endométrio, e caso não haja contração das fibras musculares (miotétrio), o risco de hemorragia pós-parto aumenta (WHO, 2014). Neste sentido, encorajávamos a puérpera a esvaziar a bexiga regularmente, pois a sua dilatação provoca desvio do útero da linha média e empurra-o para cima, interferindo com a contração uterina (Graça, 2017).

Aquando do acolhimento, sabemos que o útero deve estar contraído ao nível da linha média, a dois centímetros abaixo do umbigo, mas ao longo do tempo a contração uterina varia. Após 12 horas do terceiro período de TP é expectável palpar-se o útero um centímetro acima do umbigo, e após 24 horas o útero encontra-se na zona periumbilical. A partir daqui, a cada 24 horas involui cerca de um a dois centímetros, no fim da primeira semana encontra-se acima da sínfise púbica, e ao nono dia já não é palpável, voltando ao seu tamanho pré-gravídico entre quatro a seis semanas depois (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo os mesmos autores, após a expulsão da placenta e com o útero contraído, existe uma perda hemática e de tecido decidual necrótico, pertencente à ferida placentar, designada por lóquios. Nos primeiros dias, os lóquios pós-parto são hemáticos (*lochia rubra*), contendo eritrócitos, fragmentos da decídua e restos de tecido trofoblástico. A partir do terceiro ou quarto dia, os lóquios passam a ser serohemáticos (*lochia serosa*), constituídos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares, dando uma cor serosa, acastanhada ou rosada. A partir do décimo dia, os lóquios apresentam-se serosos (*lochia alba*), com uma coloração amarelada de aspeto mucóide e espesso, constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias. Esta fase tem duração de 10 a 14 dias.

A avaliação da quantidade de lóquios, também é importante para despistar possível atonia uterina, retenção de fragmentos placentares ou lacerações vaginais que merecem reavaliação (Silva, 2018). Durante esta prática clínica, a perda hemática era avaliada pela saturação do penso higiénico da puérpera. Se no período de duas horas o penso ficasse saturado, a perda hemática era considerada abundante. Informando a mulher sobre as características normais dos lóquios, alertávamos para as possíveis alterações desse fluxo e, caso este aumentasse, solicitávamos para nos alertar. Deste modo, poderíamos atuar

precocemente e em conformidade com a possível causa, referenciando para a equipa médica se necessário. Durante a prática clínica não houve episódios destes.

Nesta altura, aproveitávamos para reforçar os ensinamentos sobre os cuidados de higiene perineais. No puerpério imediato, a higiene perineal é recomendada com maior frequência, entre uma a três vezes por dia. Informávamos que o produto de limpeza indicado deveria possuir propriedades como pH ácido, não devendo irritar nem secar a mucosa, nem alterar a camada lipídica. Ainda, deveria ter uma ação refrescante e desodorizante, uma viscosidade adequada e com capacidade espumante. Na secagem, não aconselhávamos esfregar a mucosa, mas sim secar por pressão (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012). A OE (2011) e o *Department for Health and Ageing of Australia* (2014) acrescentam que, após o parto, os cuidados de higiene perineais se devem efetuar após cada micção e/ou dejeção, referindo que devem ser realizados no sentido ântero-posterior. Na prática clínica, incentivávamos as puérperas a executarem os seus cuidados de higiene de acordo com esta evidência científica.

A literatura não é muito consensual quanto à troca do penso higiénico, por isso, na prática seguíamos as recomendações da OE (2011) que orienta para a substituição do penso a cada quatro a seis horas ou quando este estiver saturado.

Em resultado do parto vaginal, algumas mulheres apresentavam algum trauma perineal. Neste sentido, foram desenvolvidas atividades inerentes aos focos de enfermagem “ferida cirúrgica [períneo]”, para episiotomia, e “laceração [períneo]”, para os diversos tipos de lacerações. No Gráfico 3 apresentamos o número de puérperas assistidas com os diferentes tipos de trauma perineal.

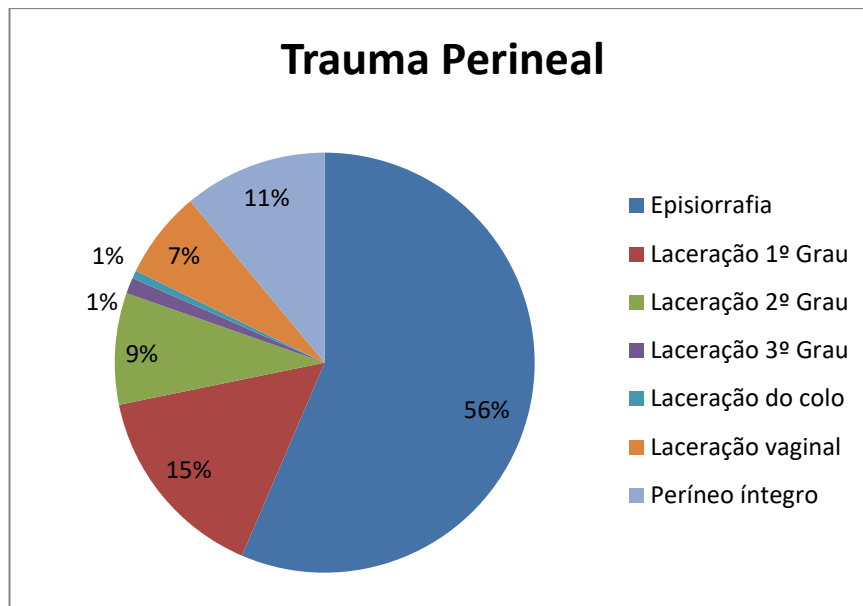


Gráfico 3 - Puérperas assistidas de acordo com o trauma perineal.

De imediato, podemos observar que o principal trauma perineal se refere à episiotomia (56%, n=92). Destes 56%, 9% (n=15) sofreram lacerações associadas à episiotomia, das quais podemos referir as lacerações vaginais (n=5), do primeiro grau (n=5), do segundo grau (n=3), e do terceiro grau (n=2). De seguida, em menor percentagem, assistimos puérperas com lacerações: do primeiro grau (15%, n=25), do segundo grau (9%, n=14), do terceiro grau (1%, n=2). E ainda, observámos puérperas com lacerações vaginais (7%, n =11) e uma laceração do colo uterino. Das 213 puérperas assistidas, apenas 11%, (n=18) apresentaram períneo íntegro.

A vigilância do períneo consiste na observação das características da ferida perineal e do tecido ao redor, de forma a avaliar o estado de cicatrização e possíveis sinais inflamatórios, ou indicativos de infeção, como o calor, rubor, edema, dor, serosidade purulenta, mau odor e aumento da temperatura. A ferida perineal, até ao vigésimo primeiro dia, encontra-se em processo de cicatrização, passando por três fases: a vascular, a inflamatória e a proliferativa. Durante este período não é aconselhado retomar a atividade sexual coital. A última fase do processo de cicatrização, a fase de maturação, pode ocorrer até dois anos (Bick & Basset, 2013; Graça, 2017). Os ensinamentos referentes aos cuidados à ferida passavam por dar a conhecer, à puérpera, os sinais e sintomas de alerta, que poderiam implicar recorrer ao serviço de urgência caso se verificassem. São eles a presença de odor desagradável, a deiscência da ferida, o aumento da temperatura corporal acima dos 38°C e o aparecimento de exsudado na ferida.

No caso das puérperas submetidas a cesariana, as atividades desenvolvidas foram de acordo com o foco de enfermagem “ferida cirúrgica [abdómen]”. Vigiávamos o penso cirúrgico todos os turnos, observando se este estava aderente à pele, se se encontrava repassado de sangue ou serosidade, se apresentava humidade após o banho diário, e ainda observávamos as características da pele circundante à ferida. Após a cirurgia, as puérperas apresentavam um penso compressivo que era removido após o primeiro levante, ou até ao momento da puérpera ir tomar o primeiro banho. Pois, além deste penso não ser impermeável, é utilizado para diminuir o risco de hemorragia e deiscência da ferida nas primeiras horas pós-parto.

Durante as primeiras 48 horas o penso não deve ser removido, salvo se não estiver aderente à pele, se estiver repassado de sangue ou se se apresentar molhado. O tratamento da ferida, implica o uso da técnica assética, lavando a ferida com soro fisiológico e secando, posteriormente. Os ensinamentos realizados à puérpera eram focados na vigilância de sinais e sintomas de infeção, tendo em vista a alta (DGS, 2013a). O tratamento à ferida era realizado, por norma, de dois em dois dias, conforme a evidência científica, e quanto aos pontos/agrafos aconselhava-se que fossem removidos após 10 dias da intervenção, no centro de saúde. Caso a sutura fosse intradérmica não necessitava de remoção de pontos (Ferreira & Andrade, 2006).

Em puérperas com índice de massa corporal superior a 30kg/m^2 , aplicava-se um penso com pressão negativa, de -80mmHg , o penso PICO. Estes pensos são recomendados em puérperas com maior risco de infeção e deiscência da ferida cirúrgica. Na vigilância deste penso acresce a observação da presença de vácuo e do exsudado presente no penso. A substituição de um penso PICO é de sete em sete dias, mas caso a ferida apresente sinais de exsudado, moderado a abundante, o penso pode ser trocado a cada três ou quatro dias (Smith & Nephew, 2016).

Puérperas submetidas a cesariana têm um maior risco de infeção, por isso, era protocolo do serviço a monitorização da glicemia capilar de seis em seis horas, durante as primeiras 24 horas. Durante o procedimento cirúrgico existe um stresse metabólico que desencadeia a libertação de hormonas como catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento. Além disso, há inibição da secreção de insulina, o que leva a hiperglicemia. O aumento dos valores de glicemia está associado a um risco aumentado de infeção na ferida cirúrgica, levando a um maior risco de morbilidade e mortalidade materna. Pode provocar um défice na cicatrização da ferida por redução na síntese de colagénio e por baixa função

leucocitária. O valor de glicemia igual ou abaixo 180mg/dl, nas primeiras 24 horas, indicamos ausência de stresse metabólico e, conseqüentemente, menor risco de infecção no local da ferida cirúrgica (Santos, 2018).

No primeiro dia de puerpério é recorrente ocorrer retenção urinária. Como fatores de risco para a sua ocorrência consideram-se o primeiro e o segundo período de TP prolongados, o parto instrumentado, a cesariana, a analgesia epidural, o trauma e a dor perineal, a macrosomia fetal e a obstipação (Auckland District Health Board, 2017). É importante o esvaziamento da bexiga o mais precocemente possível, entre as primeiras quatro a seis horas após o parto, pois a retenção de urina por longos períodos pode levar a uma maior suscetibilidade de infecções urinárias e à atonia uterina (Graça, 2017). As medidas que recomendávamos para promover a micção espontânea eram: deambular, deixar a água da torneira a correr e/ou colocar as mãos na água fria. Caso a puérpera apresentasse globo vesical e desse modo não conseguisse urinar, realizávamos algaliação para esvaziamento vesical.

Por outro lado, a incontinência urinária, nos primeiros dias pós-parto, também se verificava frequentemente. Pode ser justificada pelas mudanças fisiológicas decorrentes da gravidez, pela multiparidade, pela idade gestacional mais elevada e pela presença de obstipação (Graça, 2017; Leroy, Lúcio & Lopes, 2016). Esta situação pode-se manter para além deste período afetando a vida diária da mulher, levando a uma baixa autoestima e à diminuição da atividade sexual. No sentido de fortalecer o assoalho pélvico, a puérpera era incentivada a realizar exercícios de Kegel, de bexiga vazia, que consistem na realização de 10 contrações controladas e sustentadas dos músculos pélvicos, durante 10 segundos cada, devendo repetir 10 vezes, três vezes por dia. Estes exercícios perineais promovem o aumento da força muscular e da continência, pela ativação do esfíncter uretral e pelo aumento do suporte do colo vesical. Puérperas têm melhores resultados se realizarem estes exercícios, no mínimo, durante um período de três meses. (Joanna Briggs Institute, 2011; Ramos, Schimdt, Valério, Martins-Costa, & Lima, 2011; Moroni, Magnani, Haddad, Castro, & Brito, 2016; Lopes, Costa, Lima, Oliveira & Caetano, 2017).

Durante as primeiras 24 horas, após o parto, verifica-se um risco elevado de obstipação, pelo jejum durante o TP e parto, pela desidratação, pela sensibilidade perineal ou pela presença de hemorróides. De acordo com o padrão de eliminação intestinal de cada puérpera, avaliávamos a necessidade de administrar laxantes de contacto, após prescrição médica (Santos & Baptista, 2016). Também desmistificávamos o medo de ocorrer

deiscência da ferida perineal durante a realização da manobra de Valsalva. Informávamos, ainda, que quanto maior o adiamento mais difícil seria a eliminação intestinal.

Sobre a ingestão nutricional e de líquidos, as atividades desenvolvidas passavam por ensinar e informar a mulher sobre a importância da hidratação e de manter uma alimentação saudável e variada. A puérpera era incentivada a ingerir dois a três litros de água, principalmente puérperas que amamentavam. As refeições deveriam ter um intervalo, no máximo, de três horas, perfazendo seis refeições por dia. Todas as puérperas eram aconselhadas a consumirem laticínios, leguminosas, fruta, carne, peixe, ovos, cereais e derivados, tubérculos, azeite, manteiga e frutos secos, evitando, sempre que possível, produtos processados e fumados (DGS, 2015d).

Como sabemos, a fase puerperal é caracterizada um evento stressor na vida da mulher, gera ansiedade, cansaço e dificuldades na adaptação ao autocuidado e na capacidade para exercer o papel parental (Fahey & Shenassa, 2013). O suporte emocional, incluindo a escuta ativa, a empatia e a disponibilidade do enfermeiro para ouvir a puérpera, são atitudes fundamentais para a diminuição do impacto do *blues* pós-parto. Esta situação é marcada por labilidade emocional, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, diminuição do apetite e insegurança. Com o apoio emocional adequado, facilitámos a adaptação da mulher à nova situação e diminuámos a probabilidade de ocorrência de alterações psicológicas mais complicadas, com a necessidade de uma intervenção farmacológica e diferenciada. Este apoio era realizado a todas as puérperas, reforçando-se a atenção naquelas que tinham o bebé na UCIN (Amorim, 2010).

Como já referido no Quadro 5, foram assistidas 104 puérperas de risco. Os cuidados a estas mulheres diferenciavam-se de acordo com o diagnóstico. Apresenta-se, no Gráfico 4, os diferentes diagnósticos dessas puérperas, de acordo com a percentagem de frequência.

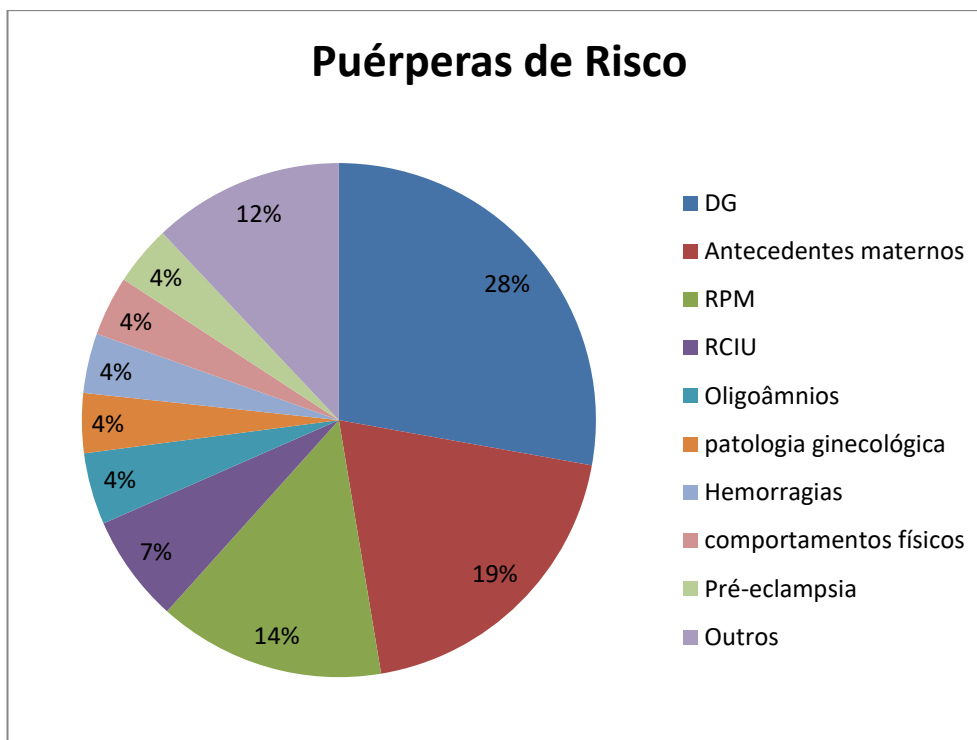


Gráfico 4 - Puérperas de risco assistidas de acordo com o seu diagnóstico.

Analisando o gráfico, podemos constatar que a DG (28%, n=37) foi a patologia mais comum entre as puérperas assistidas, seguindo-se mulheres com antecedentes como HTA essencial ou insuficiência venosa (19%, n=26), a RPM (14%, n=19), e a ATPPT (12%, n=16) ocorreram numa frequência considerável. Entre outras patologias, com menor expressão, encontrámos a placenta prévia, a presença de alterações fetais, a gravidez gemelar, a alteração de fluxos, o descolamento da placenta e hidrâmnios. Assistimos, embora em menor percentagem, puérperas com RCIU (7%, n=9), e por oligoâmnios, hemorragias, patologia ginecológica, ou comportamentos aditivos (tabaco) (4%, n=6), bem como por pré-eclampsia (4%, n=5).

Às puérperas com DG continuava-se a monitorizar a glicemia capilar antes das principais refeições, durante o primeiro dia pós-parto. Caso os valores se mantivessem dentro da normalidade, suspendia-se a pesquisa de glicemia. Ensinávamos sobre os benefícios de um estilo de vida saudável e incentivávamos a amamentação precoce, visto que estas atitudes diminuem o risco de desenvolverem diabetes *mellitus* tipo II, futuramente (DGS, 2011).

Em mulheres com pré-eclampsia ou HTA crónica, a monitorização da tensão arterial era avaliada uma vez por turno. Da mesma forma, vigiávamos os sinais e sintomas da pré-eclampsia como a presença de edemas, cefaleias, alterações da visão e monitorizávamos a

diurese nas primeiras 24 horas. Providenciávamos e incentivávamos, tal como durante a gravidez, uma dieta pobre em sal (Fortes, 2017). Não foram observadas, durante o período de estágio, quaisquer complicações associadas a estas patologias.

Os cuidados de enfermagem, relativamente às mulheres com outras patologias, passavam pelas atividades descritas anteriormente e pela educação para a saúde, realçando os estilos de vida saudáveis e o cumprimento do regime terapêutico, sendo esse o caso.

Durante o estágio, tivemos oportunidade de assistir uma puérpera adolescente, submetida a cesariana, com o diagnóstico de endometrite puerperal. Esta patologia consiste numa complicação infecciosa, frequentemente após cesariana, por inflamação do endométrio (Marchocki, Vinturache, Collins, O'Reilly & O'Donoghue, 2018). A infeção puerperal é um processo que se pode iniciar desde a rotura de membranas até 42 horas pós-parto (WHO, 2015b). Normalmente, os sinais e sintomas ocorrem entre o quarto e o quinto dia pós-parto. Tem como fatores de risco: parto por cesariana, maioritariamente, ou parto vaginal distócico por fórceps, ocorrência de mecónio durante o TP, TP prolongado e/ou rotura prolongada de membranas, elevado número de exames vaginais, falta de cuidados de higiene no período pós-parto, e ainda, desnutrição ou obesidade, más condições de assépsia durante o TP e parto, debilidade imunológica e retenção de restos placentares. Os sinais e sintomas de alerta para a presença de uma infeção puerperal são a taquicardia consistente e súbita, lóquios fétidos e purulentos, dor abdominal com sensibilidade uterina e elevação da temperatura acima dos 38° (Lana, Freitas, Teixeira, Zopelaro & Valente, 2017; Duarte et al., 2014). No sentido de prevenir esta ou outra complicação pós-parto, informamos e ensinamos as puérperas para o controlo dos fatores de risco associados.

No caso vivenciado, a puérpera esteve internada, duas semanas, a realizar tratamento antibacteriano por via endovenosa. O tratamento à ferida era realizado sempre que o penso se encontrava saturado com exsudado purulento. O penso utilizado foi o penso PICO pelas vantagens acima retratadas. Durante o internamento, a puérpera foi novamente ao bloco operatório por deiscência da ferida cirúrgica, efetuando-se colocação de dreno e encerramento da ferida. No entanto, parte da ferida acabou por cicatrizar por segunda intenção, ao longo dos dois meses seguintes, recorrendo ao serviço de internamento para tratamento da ferida cirúrgica, uma vez por semana. Toda esta situação gerou um quadro de depressão caracterizado por tristeza prolongada, choro excessivo, perda de autoestima, falta de motivação, ansiedade, irritabilidade e rejeição do bebé (Azevedo, Mendes, Teixeira, Freitas & Cardoso, 2018). Neste sentido, foi referenciada para acompanhamento psicólogo

mais diferenciado, mantendo-se o apoio emocional durante todo o período de contacto que mantivemos. Nessa fase, o bebé foi deixado aos cuidados do pai pela incapacidade da puérpera exercer o seu papel e poder recuperar, da melhor forma possível, da sua situação clínica.

A preparação para a alta é o momento mais oportuno para avaliar conhecimentos e capacidades adquiridas durante o internamento, e para transmitir informação nova, relativamente à reorganização familiar e plano reprodutivo da puérpera.

Quanto à atividade sexual, a puérpera era aconselhada a esperar o final do primeiro mês ou até à consulta de revisão puerperal, sendo essa decisão do casal, pois deveriam sentir-se preparados (ACOG, 2018b; Serapião & Santos, 2017). Posteriormente, questionava-se a mulher sobre a sua opção quanto aos métodos contraceptivos mais adequados. A maioria optou pela pilula da amamentação, ou seja, pelo contraceptivo oral apenas com progestativo, uma vez que os estrogénios alteram a composição do leite materno e aumentam o risco trombótico (Cavadas, 2009). A contraceção oral, assim como outros métodos hormonais progestativos (injetável e subcutâneo), devem ser iniciados a partir do vigésimo primeiro dia após o parto. No caso da pilula da amamentação, o comprimido deve ser administrado diariamente à mesma hora e de forma contínua. Outras mulheres optaram pelo preservativo como método barreira. Neste caso, a sua utilização deveria coincidir com o retomar da atividade sexual. O DIU, também foi escolhido por algumas puérperas, aconselhando-se a sua colocação quatro a seis semanas após o parto, no centro de saúde (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011).

3.2. Cuidados ao recém-nascido

Outro elemento alvo dos cuidados de enfermagem foi o recém-nascido. As primeiras 24 horas de vida são um período crítico devido à instabilidade e imaturidade orgânica do bebé.

Antes da sua chegada ao serviço de puerpério, recolhíamos os dados através do EESMO da sala de partos. Informava-nos sobre a hora de nascimento, o peso, o sexo, o índice de

Apgar, a presença ou ausência de eliminação urinária e intestinal, e se foi amamentado na primeira hora de vida, ou qual o tipo de outro leite e a hora a que mamou pela última vez.

Aquando da sua chegada, procedíamos ao exame físico, observando a presença ou não de *caput succedaneum*, cefalohematoma ou escoriações, principalmente nos partos vaginais distócicos, e a coloração da pele e mucosas. Observávamos sinais de dificuldade respiratória, como tiragem intercostal, retração do apêndice xifóide, presença de adejo nasal e gemido concomitante, e a presença de alguns reflexos: reflexo de sucção, de deglutição, de busca, de extrusão, de tossir, espirrar e engasgar. No coto umbilical vigiávamos se o clampe estava bem fechado. E, ainda, era colocada a pulseira eletrônica.

Observava-se as características das duas fontanelas principais, a bregmática e a lambdóide. A fontanela anterior, designada por bregmática, apresenta-se em forma de losango com quatro a cinco centímetros, demorando entre um ano e meio a dois a encerrar. A fontanela posterior, lambdóide, tem forma triangular com cerca de um centímetro e encerra até ao primeiro mês de vida. O comum é que se apresentem planas, macias e firmes. Caso se apresentem abauladas pode significar hemorragia intracraniana, raquitismo, hidrocefalia ou meningite, assim como se se apresentarem deprimidas deve-se à presença de desnutrição acentuada e desidratação. No entanto, quando o recém-nascido tosse ou chora é normal haver um pequeno abaulamento das fontanelas. Avaliávamos, também, a saliência das suturas cranianas que marca uma normalidade após o nascimento. O seu encerramento dá-se entre os seis e os 12 meses de vida (Secretaria de Estado de Saúde, 2015; Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006; Miura & Procianoy, 1997).

Na presença de *caput succedaneum*, cefalohematoma ou escoriações era vigiada a sua evolução. O *caput succedaneum* é uma bossa serossanguínea presente no couro cabeludo, depressível e com limites imprecisos. A sua absorção dá-se de forma mais rápida, normalmente entre três a quatro dias, por ser uma zona bastante irrigada. Já o cefalohematoma é caracterizado por acumulação de sangue, numa forma arredondada e limitada entre um osso e o perióstio (membranas que reveste o osso). Como nesta zona há menos irrigação sanguínea, a sua absorção pode demorar mais tempo, entre três a seis semanas (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Beck, Ganges, Goldman & Long, 2004).

Após o parto é comum a pele apresentar-se quente, rosada e com acrocianose, devido à lenta perfusão periférica. No segundo e terceiro dia apresenta-se rosada, escamosa e seca

(Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Miura & Procianoy, 1997). Pode ser comum, também, observarmos vérnix caseoso, caracterizado por uma camada branca, lipídica e espessa, encontrada principalmente nas axilas, virilhas e grandes lábios. Recomendávamos à puérpera/casal que esta camada não fosse removida por conferir proteção ao bebê (WHO, 2006). O vérnix caseoso tem propriedades hidratantes, de limpeza e cicatrizantes, protegendo a pele do recém-nascido contra infecções e irritações (Visscher & Narendran, 2014).

A vigilância da pele e mucosas é um aspeto importante pois podem observar-se sinais de dificuldade respiratória, icterícia neonatal ou lesões dérmicas. No entanto, achados como *millium* sebáceo, mancha mongólica, eritema tóxico, equimose e petéquias são comuns, desaparecendo ao longo do tempo sem qualquer tratamento.

O *millium* sebáceo são pequenos pontinhos brancos, maioritariamente presentes no nariz, mento e zona frontal. É caracterizado pelo aumento de queratina e células mortas nos poros, ou seja, são glândulas sebáceas obstruídas pela presença de hormonas maternas. Desaparecem no primeiro mês (Secretaria de Estado de Saúde, 2015; Hockenberry et al., 2006). A mancha mongólica é uma mácula azul-acinzentada com bordos indefinidos, sendo mais comum na zona lombococcígea (Criado, Garrido, Carnero & Gutiérrez, 2018). O eritema tóxico é uma reação alérgica a medicamentos, roupas, ou produtos de higiene. É caracterizado por pequenas manchas vermelhas, principalmente na face, tórax, braços e nádegas. Normalmente aparece algumas horas após o parto e desaparece em duas semanas. A equimose e petéquias normalmente são causadas por traumatismo do parto devido à fragilidade capilar do recém-nascido (Moraes-Filho, Souza, Nascimento, Santos, & Carvalho, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Miura & Procianoy, 1997).

Alguns reflexos do recém-nascido são importantes para a sua sobrevivência, funcionando como mecanismos de segurança. Sendo assim, o reflexo de busca, de sucção, de deglutição e de extrusão eram observados para avaliarmos a capacidade do bebê para se alimentar.

O reflexo de busca pode ser avaliado tocando na bochecha do recém-nascido até à boca, observando-se que ele vira a cabeça para o lado do estímulo. O reflexo está diminuído ou ausente em recém-nascidos prematuros e desaparece por volta dos três/quatro meses de vida, mas pode persistir até ao primeiro ano de vida. O reflexo de sucção pode ser avaliado durante a mamada ou colocando um dedo no palato, sentindo os movimentos ondulatórios anteroposteriores da língua do recém-nascido. Este reflexo mantém-se durante todo o

período de lactação, mesmo sem estímulo, como durante o sono, podendo estar diminuído nos recém-nascidos prematuros. O reflexo de deglutição é observado aquando da amamentação e está presente durante a vida toda. Nesta fase é observado o padrão de coordenação sucção-deglutição-respiração. O reflexo de extrusão é avaliado quando colocamos o dedo ou o mamilo da mãe na ponta da língua do recém-nascido, verificando-se que ele coloca-a para fora, retraindo-a depois. Desaparece por volta do quarto mês de vida. Caso ocorra uma extrusão contínua da língua ou com movimentos repetitivos indicam a presença de convulsão ou anomalia do sistema nervoso central (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Beck, et al., 2004).

Durante o período de estágio, observámos alguns recém-nascidos com compromisso no mamar, por diminuição do reflexo de sucção ou falta na coordenação sucção-deglutição-respiração. Havendo o risco de hipoglicemia, estes recém-nascidos eram alimentados, transitoriamente, com leite artificial recorrendo ao biberão.

A alimentação por biberão promove o desenvolvimento e maturação do padrão de sucção por haver maior amplitude e duração desta. No entanto, a utilização de biberões não se deve estender por muito tempo, pois a técnica de sucção na tetina, é diferente da usada na mama, diminuindo o desenvolvimento dos músculos faciais, da respiração e da deglutição, contribuindo para a má oclusão dentária e alterações na fala. Na tetina, o recém-nascido posiciona a língua mais posteriormente, dificultando o seu papel de guia sensorial que é tão importante para uma pega correta na mama, e também como não necessita de ampliar a boca, como na amamentação, o movimento de protusão da mandíbula não é tão vigoroso. Por outro lado, o uso do copo para a alimentação em recém-nascidos prematuros ou com reflexos de sucção diminuídos, não beneficia o desenvolvimento e maturação do padrão de sucção. Mas, a longo prazo, traz os mesmos benefícios que a amamentação, pois o bebé movimentava o fluxo de leite de forma idêntica (Brantes, 2018).

Os reflexos de bocejar, tossir, espirrar e engasgar mostra-nos a capacidade do bebé para se defender da baixa oxigenação pelo aumento da quantidade de ar inspirado; de irritações das membranas mucosas, da laringe ou árvore brônquica; da obstrução e irritação do nariz; ou da defesa da faringe posterior contra alimentos ou passagem de um tubo/sonda, respetivamente (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006).

Outros reflexos indicadores de um bom desenvolvimento neurológico eram avaliados pormenorizadamente pelos pediatras, no turno da manhã, no entanto, é competência do EESMO comunicar qualquer desvio da normalidade. A maioria das funções neurológicas

constituem reflexos primitivos que refletem a imaturidade do sistema nervoso do recém-nascido, e tendem a desaparecer no primeiro ano de vida, como o reflexo de moro (“abraço”), de marcha, de posicionamento, de gatinhar/rastejar, o reflexo tónico do pescoço (“esgrima”), de susto/sobressalto, de extensão cruzada, de preensão palmar, de babinski (plantar), de tração (“puxar para sentar”), de *Galant* (encurvamento do tronco), de *Perez* (estímulo da coluna), de *Magnete* (extensão dos membros inferiores), de *Myerson* (piscadela glabellar) e o reflexo osteo-tendinoso (rotuliano) (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Secretaria de Estado de Saúde, 2015).

Relativamente à vigilância da eliminação urinária e intestinal, no fim de cada turno perguntávamos à puérpera/casal se o bebé tinha urinado e/ou defecado. No primeiro dia de vida, é expectável que o recém-nascido tenha a sua primeira micção num período de 12 horas, no segundo dia, duas micções, no terceiro dia, três micções e, a partir daí, ocorrerem cerca de seis a oito micções por dia, com urina de cor amarela límpida. É um achado normal se as primeiras micções se apresentarem mais alaranjadas ou avermelhadas, isso traduz a eliminação de cristais de urato, compostos por cálcio e ácido úrico devido à composição do leite materno (Sulemanji & Vakili, 2013). Caso se verifique desvio da normalidade, isso pode significar desidratação, reforçando-se a necessidade do aumento do número de mamadas e, caso a micção não se estabeleça no período considerado oferecemos leite artificial (Lyons & Naylor, 2018; Shanahan, 2018).

Na eliminação intestinal é expectável o recém-nascido produzir mecónio nas primeiras 48 horas de vida. O mecónio apresenta-se viscoso e de cor verde escura, sendo produto resultante do LA, secreções intestinais e células da mucosa, armazenadas no intestino grosso durante a vida intra-uterina. Ao terceiro dia, as fezes começam a ser amareladas e moles, com um padrão de eliminação de duas a dez vezes por dia, se o recém-nascido for amamentado. Ou fezes amareladas e pastosas, com um padrão de uma vez por dia ou em dias alternados, se recém-nascido alimentado com leite artificial (Amorim, 2012).

O peso do recém-nascido deve ser monitorizado regularmente, durante as primeiras duas semanas de vida, de forma a prevenir-se precocemente a desnutrição (Macdonald, Ross, Grant & Young, 2003). Outros autores argumentam que esta monitorização deve ser realizada, após o nascimento, de preferência duas vezes; 72 horas após, para recém-nascidos de alto risco, e no quinto dia de vida aos recém-nascidos de baixo risco; no oitavo e/ou décimo dia de vida para verificar a recuperação do peso ao nascimento. O recém-nascido pode perder entre sete a 10% do seu peso corporal nos primeiros três/quatro dias,

recuperando até ao décimo quarto dia ou até à terceira semana de vida (21 dias) (NICE, 2017; Lyons & Naylor, 2018; Shanahan, 2018). Esta perda fisiológica deve-se à redução de fluidos corporais e à perda de tecido adiposo utilizado pelo recém-nascido como fonte de energia (Mezzacappa & Ferreira, 2016).

Os sinais de desidratação incluem perda de peso, padrões anormais na eliminação de fezes e urina, icterícia prolongada, letargia ou redução do nível de consciência, irritabilidade e hipotermia ou hipertermia. Deste modo, sempre que o EESMO observe algum destes sinais, deve pesar o recém-nascido, independentemente da idade e referenciar à equipa médica (Shanahan, 2018). Na prática clínica, a monitorização do peso era realizada diariamente, antes do banho ao recém-nascido, apesar da evidência científica. Esta atividade gerava stresse e ansiedade nos pais, pelo que os informávamos sobre a perda de peso fisiológica nos primeiros dias.

Quando a perda de peso atingia a percentagem de 10% do peso ao nascimento, encorajávamos e incentivávamos a mãe a aumentar a frequência das mamadas, entre oito a 12 vezes por dia, reavaliando-se o peso no dia seguinte. De acordo com a evidência científica, na perda ponderal entre oito a 10%, deve-se incentivar a amamentação, pelo menos oito mamadas em 24 horas, com reavaliação do peso 48 horas depois. Caso a perda de peso seja entre 10 a 12%, além das recomendações mencionadas, devemos monitorizar a eliminação urinária e intestinal, corrigir a pega se necessário, reavaliar o reflexo de sucção e oferecer leite artificial após as mamadas, reavaliando o peso após 48 horas. Contrariamente, na prática clínica, o peso era reavaliado todos os dias (Lyons & Naylor, 2018; Shanahan, 2018).

O choro, sendo a principal forma de comunicação do recém-nascido, também é alvo de atenção por parte dos enfermeiros. Os bebés choram por fome, dor, desconforto, cansaço, e mais tarde por tédio. Cada tipo de choro é acompanhado de uma linguagem corporal específica. Cada recém-nascido apresenta as suas próprias características que os pais, ao longo do tempo, conhecerão melhor que nós e ajudar-nos-ão a perceber melhor o que o bebé quer transmitir (Brazelton & Sparrow, 2011).

Quando o choro é excessivo e difícil de acalmar, estamos perante uma irritabilidade anormal do recém-nascido e podemos associar a alterações clínicas como otites, cólicas ou refluxo gastro esofágico. Quando, pelo contrário, se observa um choro fraco ou gemido pode ser um sinal de alerta para dificuldade respiratória ou dor no recém-nascido. Em

estágio, estas situações eram referenciadas ao pediatra (Secretaria de Estado de Saúde, 2015).

Estando perante uma cólica, o choro do recém-nascido é acompanhado de membros contraídos, movimentos bruscos, rubor na face, abdómen distendido e tenso, costas arqueadas e presença de gases. É um desconforto associado à imaturidade do sistema gastrointestinal (Ramos, Silva, Cursino, Machado & Ferreira, 2014). Para alívio do desconforto, implementávamos estratégias para acalmar o bebê, nomeadamente a massagem abdominal, de modo a facilitar a saída de fezes e gases acumulados.

No recém-nascido, a dor é avaliada através de sinais fisiológicos como o aumento da frequência cardíaca, respiratória e de saturação de oxigénio, e comportamentais como a presença de choro, mímica facial e atividade motora excessiva (Secretaria de Estado de Saúde, 2015). Algumas vezes, deparámo-nos com presença de dor no recém-nascido associada à aplicação de ventosa ou fórceps durante o parto. Nestas situações, procedíamos à administração de paracetamol prescrito.

Segundo a DGS (2012), as intervenções sensoriais devem ser privilegiadas em detrimento da administração de fármacos. Os métodos recomendados face a intervenções *minor*, como a punção capilar ou venosa, podem ser a administração de sacarose, a sucção não-nutritiva, a amamentação, o método canguru e a contenção por enfaixamento, ou manualmente. Em estágio, a intervenção de eleição para diminuir a dor no recém-nascido era a administração de sacarose, no entanto, também recorriamos à sucção não-nutritiva, à contenção, e mais raramente à amamentação.

Uma complicação comum no período neonatal é a hipoglicemia. Pode estar associada a alterações no desenvolvimento neurológico da criança e, por isso, é importante a monitorização da glicemia capilar, assim como a vigilância de sinais e sintomas de hipoglicemia, no recém-nascido, permitindo prevenir lesões cerebrais.

Os sinais e sintomas de hipoglicemia são: letargia, tremores e irritabilidade (que revertem com a normalização da glicemia), depressão respiratória/apneia, hipotonia, diminuição da atividade espontânea, choro gritado, recusa alimentar e hipotermia. Em casos mais graves de hipoglicemia estão presentes convulsões e coma. Os recém-nascidos com maior risco de hipoglicemia devem ser monitorizados precocemente e frequentemente. As condições maternas para aumento do risco hipoglicémico no recém-nascido, são: diabetes (gestacional ou não), pré-eclampsia ou HTA induzida pela gravidez, toxicod dependência,

terapêutica com tocolíticos β -agonistas, terapêutica com antidiabéticos orais e administração de glicose durante o parto. Quanto às condições neonatais, estão incluídos recém-nascidos pré-termo, com RCIU, grandes ou leves para a idade gestacional, com malformações cardíacas, com recusa alimentar, doenças metabólicas, hipoxia-isquêmica perinatal, entre outras (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013a).

Na prática clínica, era protocolo do serviço, que os recém-nascidos com maior risco de hipoglicemia, fossem monitorizados antes das mamadas, pelo menos quatro vezes nas primeiras 24 horas. Posteriormente, se valores de glicemia dentro da normalidade, era suspensa essa monitorização vigiando-se apenas os sinais e sintomas de hipoglicemia.

Durante o estágio, foi possível assistir recém-nascidos com icterícia neonatal. Esta complicação afeta cerca de 60% dos recém-nascidos de termo e 80% os recém-nascidos pré-termo, durante a primeira semana de vida. Manifesta-se pela coloração amarela da pele e das escleróticas quando os valores de bilirrubina, em circulação, estão acima de 5mg/dl. Quanto mais elevados esses valores de bilirrubina mais superfície corporal é marcada pela coloração amarelada. É considerada uma patologia benigna resultante da imaturidade hepática, da elevada massa eritrocitária e do aumento da produção de bilirrubina. A bilirrubina não conjugada, em valores elevados, pode atravessar a barreira hemato-encefálica e lesar ou levar à apoptose das células do sistema nervoso central (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013b; Silva, 2011).

Os fatores de risco para o aparecimento da icterícia neonatal fisiológica são: incompatibilidade ABO, teste de Coombs positivo, idade gestacional entre as 35/36 semanas, presença de cefalohematoma, raça asiática, aleitamento materno exclusivo, patologia na gravidez (DG), laqueação tardia do cordão umbilical, baixo índice de Apgar e diminuição da eliminação intestinal (Silva, 2011; Santos, Miller & Juvenato, 2018). Na prática clínica, os doseamentos dos valores de bilirrubina total eram avaliados através do bilirrubinómetro (avaliação transcutânea) e, caso se apresentassem valores suspeitos realizávamos colheita de sangue por punção capilar para confirmação dos níveis séricos.

O tratamento de eleição no CHVNGE era a fototerapia, através do dispositivo *Bilibed* que transmite luz fluorescente, promovendo a excreção mais rápida da bilirrubina por fotoisomerização. Durante o tratamento, devem ser vigiadas as reações adversas, como por exemplo fezes moles, desidratação, exantema eritematoso, degeneração da retina, queimaduras da pele e a trombocitopenia. Assim, os cuidados a ter com recém-nascidos submetidos a fototerapia, incluem despir o bebé, expondo a maior superfície corporal,

mantendo a fralda para proteção das gónadas e colocando a cabeça do RN fora do fato e da luz ultravioleta, manter a luz a 10/15cm do bebé, alternar os decúbitos depois de cada mamada (2/2 horas), vigiar sinais de irritação cutânea, monitorizar o peso corporal diariamente e realizar punção capilar de 12 em 12 horas, e seis horas após a suspensão da fototerapia, para doseamento da bilirrubina total. Para o recém-nascido se manter o maior número de horas na fototerapia, informávamos a mãe/pai para trocarem a fralda e amamentar o bebé no mínimo de tempo possível (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013b; Silva, 2011; Santos et al., 2018).

Após 24 horas do nascimento, realizávamos, no turno da tarde, o rastreio de cardiopatias congénitas por oximetria no membro superior direito e num dos membros inferiores, e o rastreio auditivo por otoemissões acústicas. O rastreio de cardiopatias deve ser efetuado em aparelhos sensíveis ao movimento, com sensores descartáveis ou reutilizáveis, tão tarde quanto possível, após o encerramento do canal arterial (24 horas) para evitar falsos positivos. A saturação de oxigénio deve ser superior a 95% nos dois membros, devendo ter uma diferença inferior a 3% entre ambos. Se a saturação for abaixo dos 90%, os recém-nascidos devem ser avaliados pelo pediatra de imediato. Perante um rastreio positivo, impõe-se a realização de ecografia cardíaca para despiste de cardiopática congénita, patologia pulmonar ou infecciosa (Morais & Mimoso, 2013). O rastreio auditivo deve ser efetuado, após as primeiras 12 horas de vida, a todos os recém-nascidos ou, no máximo, até ao primeiro mês de vida (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007).

Após o nascimento, o casal necessita de fazer uma reestruturação perante o confronto com o bebé idealizado/bebé real, de forma a não prejudicar a ligação mãe/pai/filho.

Todos os momentos foram aproveitados para abordar estes vários temas com as puérperas/casais, para os tranquilizar e para que eles compreendessem a fisiologia do recém-nascido (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007). Desta forma, também estariam mais preparados para detetarem eventuais desvios da normalidade, recorrendo mais precocemente aos profissionais de saúde se necessário.

3.3. Promoção de competências parentais

Na fase puerperal, 24 horas após o parto, inicia-se a fase interdependente da mulher, com duração variável entre 10 dias a várias semanas. Nesta fase, há maior evidência na intenção de assumir a responsabilidade pelos cuidados ao recém-nascido, mostrando maior interesse e curiosidade. As intervenções de enfermagem passam pelo empoderamento da mulher nos cuidados ao recém-nascido (Cunningham et al., 2012).

As competências parentais são definidas como o *“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”* (Cardoso, 2011, p.52). A transição para a parentalidade implica que os pais assumam um novo papel no seio familiar e, esta reorganização, individual e conjugal, implica a aquisição de conhecimentos e habilidades facilitadoras dessa mesma transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Na prática clínica, a promoção de competências parentais inerentes ao recém-nascido incluíram os cuidados de higiene, como lidar com o choro, os cuidados de segurança para prevenção de acidentes e os cuidados após a alta hospitalar.

No CHVNG, o banho do bebê era um cuidado realizado no turno da manhã que visava aumentar o conhecimento da mãe sobre a pele, como órgão protetor, os produtos a aplicar e as áreas que merecem mais atenção durante os cuidados ao recém-nascido. Durante as primeiras 24 horas o banho era adiado evitando-se a remoção precoce do vernix caseoso e pelo risco de hipotermia associado (Ruschel, Pedrini & Cunha, 2018). A WHO (2018) preconiza que o primeiro banho seja o mais tarde possível, preferencialmente após 24 horas do nascimento, sendo no mínimo aceite após seis horas de vida.

Na prática clínica, este momento era unicamente realizado em presença da mãe. O banho, era possível ser dado apenas num chuveiro, em que a puérpera somente observava os cuidados prestados, não sendo possível a avaliação da capacidade dos pais para este cuidado ao bebê. O ideal seria demonstrarmos e treinarmos com o casal, por forma a aumentar a sua confiança e autonomia. Contudo, as características do serviço de puerpério, do CHVNGE, não permitiam esta prática. Por isso, após o banho, ou até antes, ensinávamos

e instruíamos a técnica do banho no berçário, informando sobre os aspectos mais importantes a ter.

Antes do banho do bebê devemos aquecer o ambiente, entre os 23/25°, e fechar as janelas, evitando correntes de ar, e ainda prepararmos o material necessário para o banho e para a mudança de roupa completa. De seguida, devemos preparar a água para o banho de imersão: colocar primeiro água fria e depois água quente, mantendo a água nos 37/38°. O banho deve ser curto, entre três a cinco minutos nos primeiros dias, aumentando gradualmente o tempo para 15 a 20 minutos, pois a água é desidratante para a pele do bebê. Após esta preparação, retiramos a roupa e a fralda ao bebê, limpando os resíduos de fezes e urina antes de o colocarmos na banheira. A técnica passa por segurarmos o bebê com firmeza, apoiando a cabeça no antebraço e a mão na axila, e com o braço livre apoiara região nadegueira e os membros inferiores na banheira. A lavagem do corpo começa pela face e cabeça, utilizando um shampoo de pH ligeiramente ácido. Todas as áreas devem ser lavadas da zona mais limpa para a mais suja, sendo o períneo a última área do corpo a ser lavada. Para a secagem da pele utilizávamos uma toalha macia, e em movimentos suaves, sem esfregar, começávamos por secar a área com maior perda de calor, a cabeça. No resto do corpo, para evitar irritações, devemos ter especial atenção às pregas cutâneas como axilas, pescoço e virilhas. Esta etapa poderia ser executada pela puérpera (Santos & Baptista, 2016; Ruschel et al., 2018).

A pele do recém-nascido é imatura, apresentando uma elevada permeabilidade e de pH 4,5 após as 48 horas de vida. Por isso, os produtos utilizados no banho e na muda de fralda devem ter em conta este aspeto, de forma a evitar toxicidade sistémica e/ou irritabilidade cutânea. Nos primeiros 15 dias, o recém-nascido não necessita de qualquer produto de higiene corporal, sendo a água suficiente para a lavagem da pele. Os produtos de higiene indicados são os *syndets*, isto é, “sabão sem sabão”, constituídos por pH ligeiramente ácido (entre cinco e seis), sem parabenos, sem álcool, sem perfumes, sem glicerina, com baixa irritabilidade, sem sódio laurel sulfato e sem sódio laureth sulfato (SLS/SLES), ainda devem conter ácido cítrico (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011; Machado, 2014; Cardoso, 2011).

Sobre os produtos a utilizar na higiene perineal do recém-nascido, ensinávamos aos pais que estes devem ser aplicados, apenas, quando houver sinais de eritema da fralda como rubor, aumento da temperatura local e erupção cutânea. Os cremes barreira a aplicar podem ser à base de óxido de zinco, vitamina A e vitamina D (Cardoso, 2011).

Nos recém-nascidos, são suficientes dois a três banhos por semana, podendo ser dados a qualquer hora do dia, exceto após a refeição. A altura ideal depende do efeito que provoca em cada bebê, para uns pode ser relaxante e para outros pode ser estimulante (Cardoso, 2011). Apesar das recomendações da evidência científica, o banho era dado diariamente a todos os recém-nascidos, no turno da manhã, com a utilização de produtos de higiene logo no primeiro banho.

Se o bebê apresentar secreções oculares após o banho, os pais podem, com uma compressa limpa e soro fisiológico, extrair as secreções de cima para baixo e, posteriormente limpar os olhos, da zona externa para a interna, sem obstruir o canal lacrimal. A limpeza do pavilhão auricular e do nariz podem ser efetuadas com a ponta de uma compressa, não se devendo introduzir cotonetes nestes locais. Se o RN possuir secreções impeditivas da respiração normal, os pais devem recorrer ao médico. As unhas do bebê devem permanecer sempre curtas para evitar arranhões e infeções gastrointestinais. Os pais podem utilizar uma lima ou tesoura de bicos redondos para o efeito, sendo que a lima é recomendada nos primeiros dias após o nascimento (Cardoso, 2011; Santos & Baptista, 2016).

Relativamente ao tratamento do coto umbilical, este deve ser realizado todos os dias, pelo menos uma vez por dia. A técnica ensinada e treinada com os pais foi a *dry care*. Consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, no sentido de prevenir infeções. Nos países desenvolvidos, esta técnica está associada à queda precoce do coto umbilical (Pires, 2016). Os cuidados a ter no tratamento ao coto umbilical incluem: lavar as mãos antes do tratamento, não colocar a fralda por cima do coto, limpar o cordão umbilical com uma compressa seca e limpa, da base para o topo, em movimentos circulares e únicos (Santos & Baptista, 2016).

Outra competência promovida durante o internamento foi ensinar e capacitar os pais para lidarem com o choro do recém-nascido. Durante o primeiro mês, o choro é uma resposta fisiológica, emocional e social às necessidades, passando depois a ser intencional. Para os pais, o choro do RN é gerador de stresse e ansiedade, pois não conseguem compreender qual a necessidade que o bebê está a manifestar (Cordeiro, 2011).

O choro por fome é caracterizado por soluços curtos, mas contínuos. Representa um sinal tardio de fome. Antes do aparecimento deste choro há uma linguagem corporal que nos remete para sinais de fome, como por exemplo levar os dedos à boca, abrir a boca e abanar a cabeça em busca da mama. O choro por fome é persistente e acompanhado pela

linguagem corporal: levar os dedos à boca. O choro de dor, normalmente é caracterizado por um lamento curto, agudo e muito alto. Está associado à cólica intestinal. O choro de desconforto é um choro mais fraco do que o grito de dor, mas com momentos de grande intensidade. Está associado à fralda suja, frio ou calor. Por último, o choro de cansaço/fadiga comunica excesso de estímulos ou sono no bebé, e é um choro ligeiro, quase um gemido que vai aumentando de volume até se tornar um choro forte. Além destas características, cada bebé tem um padrão de choro diferente que é influenciado pela idade, pelo temperamento e pela resposta de quem cuida. Por isso, os pais devem estar atentos ao som, ao contexto, à linguagem corporal e às expressões faciais do seu bebé (Cardoso, 2011).

Para o choro motivado por desconforto e dor, os pais foram ensinados, instruídos e treinados para a técnica dos cinco ésses, que implica embrulhar o bebé, colocá-lo de lado ou de bruços, “baloiçar” ligeiramente, emitir um som branco (“sheeee”) que acalme o bebé e estimular o reflexo de sucção. Começávamos pela primeira estratégia e, se não resultasse, passados alguns segundos, passávamos à seguinte e assim sucessivamente, até acalmarmos o bebé (Karp, 2014). Na presença de cólicas, ensinávamos aos pais estratégias para facilitar a eliminação de gases como colocar o bebé a eructar após as mamadas, promover o relaxamento do bebé e a massagem abdominal (Cardoso, 2011).

Quanto à segurança e prevenção de acidentes, os pais eram sensibilizados para a prevenção da síndrome de morte súbita do lactente, as quedas e o transporte no automóvel. Para evitar a síndrome de morte súbita recomenda-se: colocar a criança em posição de decúbito dorsal, não aquecerem demasiado o ambiente e o bebé, não dormirem na mesma cama que a criança, e não colocarem qualquer objeto solto à volta do bebé e sobretudo não fumarem no quarto. Para prevenção de quedas, os pais eram sensibilizados para não deixarem o bebé sozinho em cima de superfícies, levantarem sempre as grades da cama, prepararem todo o material antes de realizarem qualquer atividade e supervisionar quando outras crianças pegam no bebé. Em relação ao transporte no automóvel, os pais eram alertados para os seguintes aspetos: travar o carrinho de passeio quando parado, fixar bem os cintos de segurança deixando apenas um dedo entre o cinto e o ombro do bebé, não usar roupa almofadada quando a criança estiver no carrinho de transporte (dá falsa perceção de cinto apertado) e não tapar o ovo/carrinho de transporte com panos (Cardoso, 2011; Santos & Baptista, 2016).

Segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI, 2018), as crianças até aos três/quatro anos devem andar no automóvel viradas para trás e, preferencialmente, no banco traseiro. Caso não seja possível, a criança pode ser instalada no lugar da frente com o airbag desativado. A primeira cadeira, o ovo, pode ser utilizado até aos 13 Kg, se norma R129, ou 75 cm, se norma R44/04. Está indicada até aos 12 meses da criança. Esta informação era fornecida no momento da alta do recém-nascido.

Na preparação da alta do recém-nascido, assim como da puérpera, aproveitávamos para consolidar conhecimentos e capacidades dos pais, clarificando algumas dúvidas existentes. As informações fornecidas nesta altura passaram pela síntese dos sinais de alerta, ensinados ao longo do internamento, e na orientação dos pais para o centro de saúde, promovendo a vigilância da saúde infantil (DGS, 2013b). No centro de saúde, os pais poderão dar continuidade ao Plano Nacional de Vacinação, iniciado no internamento, com a administração da vacina contra a hepatite B (VHB1). Deverão realizar o rastreio metabólico nos primeiros seis dias de vida. Caso o internamento do recém-nascido fosse prolongado, esse rastreio era realizado no serviço de puerpério (DGS, 2017).

3.4. O uso de dispositivos no apoio à amamentação – Revisão integrativa da literatura

Os cuidados de Enfermagem envolvem uma vasta gama de intervenções, com necessidade de apoio ao conhecimento fundamentado para a tomada de decisão sobre o melhor procedimento a efetuar ao cliente, de forma individual, e de forma a obter a maior qualidade. A PBE é, por isso, um instrumento importante para quem pretende prestar cuidados apropriados e de forma eficaz a cada cliente (Craig & Smyth, 2004; Domenico & Ide, 2003). Implica recorrer à investigação científica mais recente utilizando uma metodologia sistemática de recolha e análise de dados, com a finalidade de ser mais fiável para o processo de tomada de decisão (ICN, 2012). Ainda, refere no código deontológico no Art. 109º, alínea a) que o enfermeiro tem o dever, e com vista à excelência do exercício profissional, *“analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”*. Este dever é um dos caminhos que promovem a qualidade

e a excelência dos cuidados de enfermagem, utilizando sempre uma metodologia científica que baseie e sustente a prática em estudos de investigação (OE, 2015, p.10).

A enfermagem baseada em evidência científica define-se como a tomada de decisão informada do enfermeiro, com base em estudos e resultados comprovados cientificamente. *“O método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”* (ICN, 2012, p.10). Assim sendo, uma PBE traduz-se na utilização da melhor evidência científica que aplicada à nossa prática clínica nos conduz a uma melhor tomada de decisão, tendo em vista o melhor para os clientes (Cullum, Ciliska, Haynes & Marks, 2010).

Uma revisão integrativa da literatura visa organizar o conhecimento evidenciado na vasta e complexa informação disponível na área da saúde. Esta contribui para o desenvolvimento do conhecimento, para a implementação de intervenções eficazes que melhorem as práticas clínicas e para a identificação de lacunas do conhecimento, orientando para novas investigações (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Uma prática baseada em evidência científica contribuirá para ganhos em saúde.

Na pesquisa de evidência científica existem etapas que devem ser consideradas. Tendo por base um problema de enfermagem, devemos formular uma questão orientadora da investigação, relevante e específica, e definir os descritores, estes aspetos ajudar-nos-ão na pesquisa e na seleção dos estudos. Esta etapa deve ser ampla e diversificada, contemplando diversas fontes e respeitando os critérios de inclusão e exclusão considerados para a pesquisa dos artigos. Na análise dos estudos devemos ter em consideração a amostra, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, seguindo-se a análise crítica de cada um, e considerando o seu nível de evidência, conforme a proposta de Pompeo, Rossi e Galvão (2009), referenciada no Quadro 7.

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

Quadro 7 - Hierarquia de níveis de evidência (Pompeo et al., 2009).

A etapa final envolve a discussão dos resultados obtidos e a sua aplicabilidade na resolução do nosso problema, bem como as implicações que daí podem resultar como melhoria da nossa prática clínica, que consistirá nas nossas conclusões. A implementação da evidência científica na nossa prática clínica permitirá cuidados congruentes e similares, com resultados comprovados, facilitando a avaliação dos mesmos e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde (Santos, Pimenta e Nobre, 2007; Mendes et al., 2008).

3.4.1. Introdução ao problema

Após a II Guerra Mundial, a incidência e a prevalência do aleitamento materno diminuiu, principalmente entre as mulheres com mais elevada escolaridade. Na origem desta mudança estão fenómenos como a industrialização, a massificação do trabalho feminino, a diminuição das famílias alargadas, os movimentos feministas, e por outro lado, a indiferença dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias de leite

artificial. Contudo, desde os anos 70 tem havido uma tentativa de recuperação gradual do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas (Levy & Bértolo, 2012).

O leite materno é considerado o melhor alimento nos primeiros seis meses de vida e aconselhado até aos dois anos de idade ou mais, concomitantemente com outros alimentos, para um crescimento e desenvolvimento adequados da criança (WHO, 2017b). Natal e Martins (2011) referem-nos que a forma de alimentar os recém-nascidos/lactentes se tem alterado conforme as tendências da sociedade nos diferentes momentos históricos.

Atualmente, em Portugal, apesar das recomendações para a amamentação, continuamos a verificar elevadas taxas de abandono precoce, entre 36 e 45% ao fim de três meses e 66% ao fim de seis meses (Aguiar & Silva, 2011).

A amamentação deve ser incentivada, pois é a forma mais eficaz de garantir a saúde, bem-estar e a sobrevivência da criança. Além disso, promove a ligação mãe-filho. É hoje sobejamente reconhecido que o leite materno é o alimento mais adequado que podemos dar a um recém-nascido, quer pelas suas vantagens nutricionais, quer pelos benefícios que traz à mãe e ao bebé, sob o ponto de vista fisiológico, e ainda pelas vantagens que apresenta sob o ponto de vista económico e familiar (Levy & Bértolo, 2012; Costa & Santos, 2009). Em relação à criança, e sendo o leite materno rico em anticorpos, reduz o risco de doenças como diarreia e pneumonia (as principais causas de mortalidade infantil no mundo), a longo prazo diminui a incidência da obesidade e de baixo peso, diminui o risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo II e melhora a cognição. Para a mãe, é igualmente importante na redução do risco de cancro da mama e dos ovários, no aparecimento de diabetes *mellitus* tipo II e de depressão pós-parto. O leite materno está prontamente acessível e disponível, possui os nutrientes adequados a cada criança sendo, por isso, económico para a família e para a sociedade. Contudo, só a mãe poderá tomar a decisão de amamentar, pelo que deve ser bem informada e empoderada para a tomada de decisão (WHO, 2017b).

A amamentação com sucesso exige um processo de aprendizagem que se deve iniciar na gravidez, incentivado pelos profissionais de saúde, envolvendo a mãe, o futuro filho e a família. Este apoio deve ser contínuo, mantendo-se após o nascimento do bebé, mediante o esclarecimento das dúvidas, incentivo e apoio perante as dificuldades que possam surgir durante o processo. A decisão da mulher para amamentar é influenciada pelas suas condições psíquicas, por eventuais experiências anteriores e pelo significado atribuído à própria amamentação, e ainda, pelas suas condições físicas, o seu estado de saúde e a

presença de dor ou doença. As representações sociais e culturais, a satisfação da própria mulher com a vida e o apoio social, também são facilitadoras de uma transição saudável para a parentalidade (Greiner, 2014). Muitas mulheres optam por não amamentar porque se deparam com dificuldades nos primeiros dias pós-parto. No entanto, algumas dificuldades como traumatismos mamários (ingurgitamento, dor a amamentar, fissuras, mastite, etc.), mamilos rasos ou invertidos, que dificultam a pega do recém-nascido, crenças, pega incorreta, entre outros, são passíveis de ser minimizados se for ensinada e treinada uma técnica correta, uma posição e postura adequadas (Cremonese et al., 2016; Pedrosa, Silva & Muniz, 2016; Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral & Cruz, 2017).

Na nossa prática clínica, promotora do desenvolvimento de competências especializadas, contactámos com diferentes realidades e variadas experiências que implicaram uma reflexão e a procura constante de evidência científica, no sentido de melhorarmos os cuidados e, conseqüentemente, a satisfação, o bem-estar e a saúde das clientes.

As práticas desenvolvidas pelos profissionais, no apoio à amamentação, são díspares, verificando-se diferenças entre as várias instituições de saúde e entre os vários enfermeiros de cada uma delas. Esta falta de homogeneidade nas práticas e na informação dada às mulheres em situação de amamentação, não contribui para o sucesso que se pretende alcançar com a amamentação. Torna-se crucial implementar medidas promotoras da manutenção e do sucesso da amamentação, considerando que, em Portugal, apesar da alta incidência da amamentação no pós-parto imediato, quase metade das mulheres abandona esta prática durante o primeiro mês de vida do bebé (Levy & Bértolo, 2012).

Na prática clínica, observamos frequentemente o uso de dispositivos de apoio, como os protetores de mamilo, com a intenção de facilitar ou melhorar a pega do recém-nascido. De acordo com Levy e Bértolo (2012) não se devem dar tetinas ou chupetas aos recém-nascidos alimentados à mama, no entanto, Costa e Santos (2009) referem que nem todos apresentam um padrão de sucção adequado e, por esse motivo, não são capazes de realizar uma pega eficaz, dependendo também da anatomia da mama da mãe e da sua sensibilidade. De acordo com as ideias deste autor, ponderámos então se a utilização dos protetores de mamilo será benéfica no apoio à amamentação e de que forma deve essa estratégia implementar-se.

Considerando estes factos da prática clínica, pretendemos aprofundar esta temática com o objetivo de implementar a estratégia mais facilitadora e promotora da amamentação, de acordo com a evidência científica.

3.4.2. Metodologia

Definida a temática em estudo, passámos para a elaboração da questão de partida. Esta deve ser capaz de identificar os conceitos e a população-alvo a serem estudados, sendo uma pergunta clara, precisa e inequívoca (Fortin, 2009). O nosso estudo tem como finalidade a promoção de práticas emancipatórias que tragam à mulher satisfação e sucesso na amamentação. Tendo por base as dificuldades sentidas, na prática clínica, delineámos como questão orientadora da investigação: “Em que situações os protetores de mamilo são promotores do sucesso da amamentação?”

Para uma pesquisa rigorosa e criteriosa da evidência científica, identificámos os descritores mais adequados à nossa temática, recorrendo ao *MeSH Browser*, formando a frase booleana: *Breastfeeding* AND ("nipple shields" OR "feeding methods") AND ("protective devices") AND infant**. A pesquisa realizou-se entre os meses de junho e outubro de 2019 nas seguintes bases de dados: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*, *ERIC*, *Information Science & Technology Abstracts*, *MEDLINE with Full Text*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Academic Search Complete*, *Host British Journal of Midwifery*, *Journal of Obstetrics* e *PUBMED*, através da plataforma *EBSCOHost web*.

Como critérios de inclusão considerámos estudos efetuados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol, e focados no uso de dispositivos para apoio à amamentação, particularmente o uso de protetores de mamilo. Seleccionámos oito artigos científicos com base na leitura do título, nos termos do assunto e em todo o texto, sendo excluídos cinco artigos duplicados.

3.4.3. Resultados

Após seleção dos estudos a incluir na revisão sistemática da literatura, submetemos ao processo de avaliação de qualidade metodológica com base nos níveis de evidência

propostos por Pompeo e colaboradores (2009). Dos estudos selecionados, um enquadra-se no nível I por ser uma revisão da literatura que compilou vários estudos com diferentes metodologias, um outro correspondente ao nível II, uma vez que se refere a um estudo randomizado controlado, três pertencem ao nível IV, por serem estudos observacionais e três estudos de nível VI por serem descritivos e qualitativos. No Quadro 8 apresentamos a análise destes estudos, avaliados satisfatoriamente quanto à qualidade metodológica e à pertinência científica e de acordo com o nosso objeto de estudo.

Título/Autor(es)/Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia/Amostra	Principais Resultados	Nível de Evidência
<p><i>“Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction”</i> Ilana RA Chertok 2009 EUA e Israel</p>	<p>Observar o impacto da utilização dos protetores de mamilo no aumento de peso em recém-nascidos de termo, durante dois meses. Avaliar a satisfação materna com a utilização dos protetores de mamilo.</p>	<p>Estudo observacional longitudinal Foram questionados 54 mulheres que utilizavam protetores de mamilo durante a amamentação, das quais 31 eram Americanas e 23 Israelitas.</p>	<p>As principais razões (61%) para a utilização dos protetores de mamilo relacionaram-se com fatores maternos, como a presença de mamilos rasos e invertidos, dor, trauma e ingurgitamento mamário. Outras razões (39%) incluíam as dificuldades na sucção nutritiva do bebê. Foram relatados, em 15% das mulheres, complicações na utilização dos protetores de mamilo, como dor, confusão, inconveniência e a queda do protetor da aréola. Dois meses após o parto, 17% (N=9) das mulheres interromperam a amamentação por dificuldades, leite insuficiente, indicação médica e retorno à vida laboral. Entre as mulheres que utilizaram protetores de mamilo e as que não utilizaram, não houve diferenças estatisticamente significativas no que refere à quantidade de leite, ao aumento do peso dos bebês e no <i>timing</i> de introdução do leite artificial.</p>	IV
<p><i>“Health Professionals’ Attitudes and Use of Nipple Shields for Breastfeeding Women”</i> Anne Eglash; Anna L. Ziemer; Anne C. Chevalier 2010 EUA, Austrália, Países Baixos, Canadá, Israel, Nova Zelândia</p>	<p>Identificar os motivos e preocupações dos profissionais de saúde em relação à utilização dos protetores de mamilo em mulheres a amamentar. Identificar os problemas, mais comuns, nas mulheres que</p>	<p>Estudo descritivo Quatrocentos e noventa profissionais de saúde, incluindo especialistas em amamentação, completaram o questionário <i>online</i> sobre os motivos mais comuns para a utilização de protetores de mamilo, as suas preocupações em</p>	<p>O motivo mais comum para a aplicação dos protetores de mamilo, pelos profissionais, foi ajudar na pega do recém-nascido com menos de 35 semanas de gestação. Trinta e oito por cento dos profissionais aplicavam este dispositivo com recém-nascidos acima das 35 semanas de gestação e com menos de três dias de idade. Dezasseis por cento dos profissionais relatou que utiliza este dispositivo em mulheres com mamilos rasos ou invertidos. Enquanto 14% utilizam na transição do aleitamento por biberão para a amamentação.</p>	VI

	utilizam este dispositivo.	relação ao dispositivos e o <i>feedback</i> das mulheres utilizadoras.	As maiores preocupações relatadas pelos profissionais indicam a falta de acompanhamento das mães e bebês que utilizavam o dispositivo, as razões inadequadas para a aplicação do dispositivo e a inconveniência materna. Frequentemente, as mulheres expressaram que os protetores de mamilo eram úteis para a manutenção da amamentação, mas ansiavam pelo dia em que podiam amamentar sem eles.	
<p><i>"Nipple Shields: A Review of the Literature"</i> Anne Chevalier McKechnie; Anne Eglash 2010 EUA</p>	Descrever as evidências científicas para a utilização dos protetores de mamilo.	<p>Revisão sistemática da literatura Foram analisados 13 estudos entre 1980 e 2009, escritos em inglês com os termos "<i>nipple shield</i>" e "<i>breast feeding</i>". Todos os estudos de caso, editoriais e estudos relacionados com a administração de medicação ou com a cirurgia de reconstrução mamária foram excluídos.</p>	<p>Resposta fisiológica na utilização dos protetores de mamilo – os protetores de mamilo de látex diminuem, em metade, a ejeção do leite materno comparativamente a mães que não utilizam o dispositivo, e não há diferenças na liberação de prolactina e cortisol nos primeiros dias pós-parto (sete dias). Estudos reportam que o dispositivo não deve ser utilizado como primeira medida de intervenção, e mostram que os protetores de mamilo interferem nos padrões de sucção infantil e na normal estimulação do mamilo.</p> <p>Utilização dos protetores de mamilo em bebês prematuros – a partir das 34 semanas de gestação ocorre um aumento na ingestão de leite materno com o dispositivo, comparativamente a bebês que mamam sem este, sendo sugerida a sua utilização na prematuridade e não em bebês que mamam eficazmente.</p> <p>Experiências das mães que utilizam o dispositivo – os motivos de utilização são: dificuldades na pega, dor mamar, ingurgitamento mamário e problemas anatómicos, contudo, há mães que veem o dispositivo como uma complicação para a amamentação. Após quatro semanas do parto não houve alterações significativas nos níveis de prolactina e cortisol, e a transferência de leite é semelhante quando não utilizado dispositivo ou quando é aplicado um dispositivo ultrafino. Autores ponderam se a utilização prolongada do dispositivo está associado a lactação insuficiente. Mães que utilizam o dispositivo precisam de apoio psicossocial.</p>	I

<p><i>“Women’s Use of Nipple Shields—Their Influence on Breastfeeding Duration After a Process-Oriented Education for Health Professionals”</i> Anette Ekström; Hanna Abrahamsson; Rose-Marie Eriksson; B. Lena Mårtensson 2014 Suécia</p>	<p>Investigar se uma formação educacional orientada para os profissionais de saúde influencia o uso das mulheres e as razões para usar um protetor de mamilo, o peso do bebé e a duração da amamentação .</p>	<p>Estudo longitudinal randomizado aleatório Foi realizado uma intervenção para os profissionais de saúde que incluiu um programa de treino para o apoio à amamentação. Participaram 540 primíparas num questionário, aos 3 dias, aos 3 meses e aos 9 meses, das quais 162 pertenceram ao grupo de controlo, iniciado antes do início da intervenção e, 172 simultaneamente às 206 do grupo de intervenção.</p>	<p>Os protetores de mamilo foram utilizados por mães que tinham subido o seu índice de massa corporal em relação ao início da gravidez, pois os bebés tinham dificuldade em realizar uma pega eficaz, levando à dor e a fissuras/macerações nos mamilos. No grupo de intervenção não houve diferenças significativas (usar ou não usar protetor de mamilo) na duração da amamentação, contrariamente aos grupos de controlo, que se verificou uma redução significativa na duração da amamentação em mães que utilizaram os protetores de mamilo. Aos 3 e aos 9 meses, no grupo de intervenção, não houve alterações significativas do peso corporal em bebés que mamaram com o protetor de mamilo comparativamente aos que não o utilizaram. Porém, no grupo de controlo, iniciado simultaneamente ao grupo de intervenção, os bebés que mamaram com o protetor de mamilo, aos 3 meses apresentaram um peso significativamente menor em relação aos que não utilizaram.</p>	<p>II</p>
<p><i>“Case report of nipple shield trauma associated with breastfeeding an infant with high intra-oral vacuum”</i> Sharon L. Perrella; Ching T. Lai; Donna T. Geddes 2015 Austrália</p>	<p>Identificar sinais clínicos associados a altos níveis de vácuo intra-orais para facilitar o reconhecimento precoce.</p>	<p>Estudo de caso Primípara de 35 anos, amamenta em exclusivo lactente de 3 meses. Com a utilização dos protetores de mamilo apresentava dor mamaril intensa bilateralmente e traumatismo mínimo desde o nascimento do bebé.</p>	<p>Os investigadores observaram que o lactente apresentava vácuo intra-oral acima dos valores referenciais. Os sinais presentes, imediatamente após a mamada, eram o edema areolar (mais acentuado na base) e a não compressão do mamilo (vasoconstrição dos ductos). A dor materna aliviou após a introdução dos protetores de mamilo de tamanho maior, apesar de surgirem erupções cutâneas na área correspondente aos orifícios do dispositivo. Também a alternância de posição e de mamadas, com o uso de biberão, bem como a interrupção da mamada sempre que a sucção não era nutritiva, aumentaram o sucesso da amamentação, mantendo-se até aos 12 meses (objetivo materno). Após a implementação gradual destas medidas, a amamentação tornou-se menos dolorosa e 6 meses depois a mãe não apresentava dor.</p>	<p>VI</p>
<p><i>“Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence,</i></p>	<p>Identificar o número de casos cujo motivo para consulta era a</p>	<p>Estudo observacional Durante seis meses nos anos de 2011 e de.</p>	<p>A dor mamaril representou 36% dos motivos de consulta neste Centro. As causas mais comumente atribuídas foram o posicionamento e pega incorretos do recém-nascido,</p>	<p>IV</p>

<p><i>causes and treatments</i>" Jacqueline C. Kent; Elizabeth Ashton; Catherine M. Hardwick; Marnie K. Rowan; Elisa S. Chia; Kyle A. Fairclough; Lalitha L. Menon; Courtney Scott; Georgia Mather-McCaw; Katherine Navarro; Donna T. Geddes 2015 Austrália Ocidental</p>	<p>dor mamilar. Identificar a etiologia da dor mamilar. Avaliar a eficácia do aconselhamento/ tratamento implementado.</p>	<p>2014 foram observadas 469 e 708 consultas, respetivamente, Através da observação eram recolhidos dados relativos à etiologia atribuída à dor mamilar, dados resultantes de exames microbiológicos, do tratamento e aconselhamento implementados, assim como os resultados relativos à resolução da dor.</p>	<p>associando-se ainda a presença de língua curta, infeção, anomalia do palato, e no caso materno, mamilos rasos ou invertidos, mastite e vasoespasmio mamilar. As intervenções focaram-se na correção da pega e do posicionamento materno-fetal, uso de protetor de mamilo, extração de leite materno e repouso dos mamilos, frenotomia, antibioterapia, tratamento tópico e, aplicação de calor e frio na mama. Em 57% dos casos, 18 dias após a instituição do tratamento, a dor mamilar foi resolvida. As múltiplas causas atribuídas à dor mamilar resultam de uma cascata de eventos, sendo necessário a avaliação precoce das dificuldades na amamentação de forma a prevenir traumas mamilares, evitando o desmame precoce.</p>	
<p><i>"Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?"</i> Hanne Kronborg; Else Foverskov; Ingrid Nilsson; Ragnhild Maastrup 2017 Dinamarca</p>	<p>Descrever os motivos referidos pelas mães para o uso dos protetores de mamilo. Identificar a possível associação com aspetos ligados à mãe, ao bebé e à duração da amamentação.</p>	<p>Estudo observacional transversal Foi efetuado um questionário, semiestruturado, a 4 815 mães dinamarquesas aos seis meses pós-parto.</p>	<p>Das mães que utilizaram o dispositivo no apoio à amamentação, 22% delas usaram só no início, e 7% durante todo o período de amamentação. As primíparas utilizaram mais o dispositivo de apoio à amamentação do que as multíparas, assim como as mulheres com dificuldades iniciais na amamentação, com mais baixa idade e literacia, e com maior índice de massa corporal, apresentaram maior probabilidade de usarem protetores de mamilo. O uso dos protetores de mamilo, também se associa a bebés com menor idade gestacional. A utilização do dispositivo, no apoio à amamentação, está associado, 3 vezes mais, ao risco de desmame precoce, contudo é benéfico no período inicial da amamentação, não sendo a única solução de suporte para mães primíparas, pois necessitam de apoio extra para aprenderem a amamentar.</p>	<p>IV</p>
<p><i>"Perceptions and experiences of using a nipple shield among parents and staff –</i></p>	<p>Explorar as perceções e experiências resultantes do uso do protetor de mamilo entre os pais e</p>	<p>Estudo etnográfico Foram realizadas observações e entrevistas a 52 mães (30 suecas e 22 inglesas), 19</p>	<p>Em Inglaterra, por os hospitais pertencerem à iniciativa dos hospitais amigos do bebé, os protetores de mamilo eram proibidos e/ou desencorajados pelos profissionais de saúde. Já na Suécia, os protetores de mamilo eram vistos</p>	<p>VI</p>

<p><i>an ethnographic study in neonatal units</i> Renée Flacking; Fiona Dykes 2017 Suécia e Inglaterra</p>	<p>profissionais de unidades neonatais.</p>	<p>pais (12 suecos e 7 ingleses) e 102 profissionais (50 suecos e 52 ingleses), em 4 unidades neonatais na Suécia (2) e Inglaterra (2).</p>	<p>como úteis para o sucesso e manutenção da amamentação, sendo a sua aplicação cautelosa. Apenas uma mãe inglesa usou protetor de mamilo por apresentar mamilos macerados e fissurados. As mães suecas referiram que os protetores de mamilo foram úteis para o bebê realizar uma pega eficaz e para aumentar o seu poder de sucção. Contudo, a maioria referiu que não é natural, atribuindo uma conotação negativa ao dispositivo, levando ao aumento do stresse e da ansiedade dos pais. Um dos enfermeiros referiu que só recomendava o uso de protetor de mamilo, temporária ou definitivamente, quando havia realmente uma necessidade da mãe ou do bebê, pois de outra forma as mães pensam que as suas mamas têm algum problema. Cada mulher/bebê têm o seu ritmo de aprendizagem, dependendo também das atitudes dos profissionais.</p> <p>Muitos dos pais sentiram-se confusos pela divergência da informação dada pelos enfermeiros sobre o dispositivo, aumentando a ansiedade, a frustração e o stresse. Todos descreveram 3 principais motivos para a introdução dos protetores de mamilo na amamentação: facilidade de adaptação à mama (aprendizagem); solução temporária para mamas grandes, mamilos rasos e “boca pequena”, com o objetivo de obter uma pega e sucção nutritiva eficaz; e tratamento de resgate para evitar desmames precoces, ou seja, para mães e enfermeiros que não encontraram mais soluções para o sucesso da amamentação.</p>	<p>VI</p>
--	---	---	---	-----------

Quadro 8 - Análise dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.

3.4.4. Discussão

A literatura sobre esta temática apresenta várias limitações e algumas diversidades nos resultados, no entanto, ao analisar a evidência científica verificamos que os protetores de mamilo são um dispositivo preponderante para o sucesso da amamentação quando aplicado de forma seletiva e supervisionada. Segundo os artigos analisados, os dispositivos não interferem com a produção de leite nem no aumento ponderal dos recém-nascidos/lactentes.

Pelos estudos revistos por McKechnie e Eglash (2010), constatamos que os protetores de mamilo, de material ultrafino, não provocam diferenças na liberação de prolactina e cortisol nos primeiros sete dias pós-parto, contudo, provocam uma diminuição da ejeção de leite, sendo causas possíveis os baixos níveis de ocitocina, a alteração dos padrões de sucção e a normal estimulação da mama. A maioria dos estudos foi realizada com recém-nascidos saudáveis e com amostras pequenas, não se podendo generalizar os dados obtidos a todos os bebês, principalmente, para aqueles que realmente necessitam de um protetor de mamilo para mamarem com sucesso.

É unânime que os protetores de mamilo são amplamente utilizados em bebês com dificuldade na pega e na sucção nutritiva eficaz, ou seja, bebês com baixa capacidade de realizarem vácuo intra-oral suficiente para ejetar o leite materno. Particularmente, os estudos de Ekström, Abrahamsson, Eriksson e Mårtensson (2014) e Kronborg, Foverskov, Nilsson e Maastrup (2017), mostram que este dispositivo é utilizado, maioritariamente, por mães que aumentaram o seu índice de massa corporal durante a gravidez, levando à dificuldade na pega do recém-nascido e, conseqüentemente, ao aparecimento de mamilos macerados/fissurados e com dor.

Em recém-nascidos prematuros, o dispositivo torna-se um aliado na transição da alimentação por gavagem para a amamentação. Estes ingerem mais leite com o protetor de mamilo do que sem este, por conseguirem realizar uma pega eficaz e um vácuo intra-oral maior com o dispositivo, contudo, devemos avaliar caso a caso a sua introdução (McKechnie & Eglash, 2010). O estudo de Eglash, Ziemer e Chevalier (2010) corrobora a análise anterior mostrando que o motivo mais comum dos profissionais de saúde para a

introdução dos protetores de mamilo na amamentação é para facilitar a pega de recém-nascidos com menos de 35 semanas.

Antes da implementação de qualquer dispositivo no apoio à amamentação, o EESMO deve ajudar a estabelecer uma amamentação normal, corrigindo a pega do recém-nascido, a posição e postura da mãe e do bebê. Deve, ainda, realizar uma avaliação para determinar a verdadeira causa da dificuldade na amamentação, podendo ser por motivos maternos e/ou por motivos infantis (Kent et al., 2015). Os motivos maternos podem ser: mamilos rasos ou invertidos; mamas volumosas; baixa literacia; menor idade; aumento do índice de massa corporal durante a gravidez; dor ao amamentar; fissuras e/ou maceração; ingurgitamento mamário; infeções; psoríase; dermatite; e, presença de fenómeno de Raynaud mamilar. Os motivos infantis englobam a prematuridade, a sucção exacerbada ou diminuída, a sucção que causa fricção mamilar, a anquiloglossia e as anomalias do palato (palato arqueado ou fenda palatina) (Chertok, 2009; Eglash et al., 2010; McKechnie & Eglash, 2010; Ekström et al., 2014; Kent et al., 2015; Perrella, Lai, Geddes, 2015; Flacking & Dykes, 2017; Kronborg et al., 2017).

A utilização dos protetores de mamilo, como dispositivo no apoio à amamentação, está indicada após a identificação da causa da dificuldade na amamentação, quando mãe/bebê permanecem com dificuldades após a correção da pega e da posição de ambos, perante tratamento instituído para determinados motivos (infeções e/ou anquiloglossia), devendo ser uma intervenção seletiva e de último recurso (Kent et al., 2015).

Quando um EESMO decide implementar esta estratégia na amamentação, deve avaliar e supervisionar, nas mamadas seguintes, a pega do recém-nascido e a adaptação materno-infantil ao dispositivo. Nos estudos analisados, algumas mães sentiam-se confusas e a introdução do dispositivo era uma complicação para a amamentação, devido a inconvenientes como, por exemplo, cair ou deslocar-se do mamilo, levando à necessidade de apoio psicossocial após a sua introdução (Chertok, 2009; McKechnie & Eglash, 2010).

O estado psicoemocional materno é um aspeto importante a ser avaliado, pois sendo a amamentação um processo multifatorial, o seu estado psíquico torna-se determinante para o sucesso da mesma. Deste modo, a supervisão das mamadas com a introdução do protetor de mamilo deve ser realizada, observando e questionando a mãe sobre os efeitos do uso de um objeto externo, como apoio à amamentação no seu dia-a-dia.

O estudo de Ekström e colaboradores (2014) mostra que as mães orientadas por profissionais de saúde, com treino para o apoio à amamentação, não apresentavam diferenças significativas na sua manutenção, quer estivessem a utilizar o protetor de mamilo ou não. O estudo de Kronborg e colaboradores (2017) acrescenta que a utilização do dispositivo, no apoio à amamentação, aumenta três vezes mais o risco de desmame precoce, mostrando que este é benéfico no período inicial da amamentação, mas não a longo prazo. Assim, a introdução do protetor de mamilo, por si só, não contribui para o sucesso e manutenção da amamentação.

3.4.5. Conclusões

As dificuldades na amamentação são diversas e observam-se frequentemente. Neste sentido, a atuação dos EESMO torna-se fundamental para aumentar o sucesso da amamentação e para diminuir as taxas de desmame precoce em Portugal. A utilização dos protetores de mamilo, como dispositivo de apoio à amamentação, devem ser realizadas por profissionais informados sobre os seus benefícios e riscos, ponderando, em cada caso, se a sua aplicação será vantajosa para a díade materno-infantil. Antes da introdução de qualquer dispositivo para apoio à amamentação, os profissionais devem recorrer a estratégias primárias para promover o sucesso da amamentação, como por exemplo, correção da pega do bebé e da postura materna, e informar e instruir sobre a alternância das posições nas mamadas. Desta forma, reduzem-se significativamente problemas frequentes como mamilos macerados e fissurados, dor ao amamentar e ingurgitamento mamário.

Como foi referido nos vários estudos, o apoio dos profissionais de saúde deve aumentar quando as mães utilizam protetores de mamilo, o que não se verifica na prática clínica. Muitas vezes, este dispositivo acaba por ser implementado sem avaliação criteriosa da etiologia da dificuldade na amamentação, e sem supervisão nas mamadas seguintes, levando igualmente ao desmame precoce por falta de tratamento da causa primária e de vigilância/apoio.

Embora não haja muita evidência científica sobre os protetores de mamilo, os estudos encontrados mostram que a amamentação é um processo de aprendizagem que requer acompanhamento, mesmo depois da alta hospitalar. Sendo este processo multifatorial é importante haver um seguimento até a amamentação estar bem estabelecida. Uma consulta de aleitamento materno, para puérperas que necessitem de melhor acompanhamento na amamentação, bem como a possibilidade de atendimento telefônico, poderiam mostrar-se vantajosos para a obtenção de ganhos em saúde materno-infantil, levando a maiores taxas de amamentação exclusiva aos seis meses, como é recomendado pela WHO.

Mais estudos devem ser realizados nesta área, sobre os dispositivos de apoio à amamentação, aumentando a consistência da informação e a competência dos profissionais para implementarem esta medida no momento certo e seletivamente.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Durante o estágio de natureza profissional foi possível acompanhar a mulher nas diferentes fases do ciclo gravídico, sendo desenvolvidas competências no cuidar da mulher em situações saudáveis e de risco na gravidez, TP, parto e puerpério, e para cuidar o recém-nascido, facilitando a sua adaptação à vida extra-uterina. De igual forma, foram acompanhados casais durante a preparação para o parto, e na promoção e adaptação à parentalidade. Os cuidados foram prestados de forma individual, tendo em atenção o contexto familiar e sociocultural de cada mulher/casal.

A análise e reflexão sobre o percurso efetuado ao longo do estágio de natureza profissional, assim como a elaboração da revisão integrativa da literatura, referenciados neste relatório, foram aspetos importantes na aquisição e no desenvolvimento de competências inerentes a um desenvolvimento pessoal e profissional. Na prática clínica, a interação com outros profissionais proporcionou o desenvolvimento de uma constante análise crítico-reflexiva sobre as diferentes situações e práticas vivenciadas, o que levou à maior integração dos conhecimentos e à adequada tomada de decisão. Assim, a prática reflexiva torna-se essencial para o desenvolvimento de profissionais críticos e autónomos, aumentando a capacidade de tomarmos decisões com firmeza, com base na experiência individual e na aquisição de conhecimentos científicos (Caldwell & Grobbel, 2013).

A passagem pelo CHVNGE contribuiu para a melhoria da nossa prática clínica, no sentido em que houve abertura para discutir conjuntamente com a orientadora a implementação de novas intervenções nos cuidados especializados. Refletimos e sugerimos alteração de intervenções, justificando-as com evidência científica atualizada. A possibilidade de discussão sobre diversas situações foi um importante alicerce para o desenvolvimento da autonomia na tomada de decisões face à necessidade da resolução de problemas.

O início da prática clínica ocorreu em contexto de gravidez com complicações, em que aprofundámos os conhecimentos teóricos sobre as patologias decorrentes da gravidez e sobre os protocolos de atuação para as diferentes situações de risco. As dificuldades mais sentidas, neste estágio em particular, foi a tomada de decisão sobre as intervenções a serem implementadas em situações de alto risco, como por exemplo, na ATPPT e, a

comunicação de notícias à mulher/família, algo que foi combatido ao longo do estágio, à medida que fomos tendo mais confiança pessoal e na nossa prática. Um fator facilitador neste estágio, e que nos ajudou a combater as dificuldades vividas, foi sem dúvida a orientação do EESMO que nos acompanhava e supervisionava, informando e ensinando aspetos a melhorar pessoal e profissionalmente.

O estágio de TP e parto é um estágio em que o EESMO tem de estar confiante dos seus conhecimentos e capacidades para fácil e rapidamente tomar decisões que poderão alterar o desfecho clínico para a parturiente e o recém-nascido, tornando a prática clínica mais exigente. Desde modo, a dificuldade mais sentida foi, essencialmente, na tomada de decisão perante situações de risco da parturiente e do feto/recém-nascido, em que, mais uma vez, o apoio e acompanhamento da orientadora foi essencial para melhorar este aspeto. Por ser uma novidade da prática clínica especializada, a realização dos exames vaginais foram uma dificuldade inicial sentida, pois não conseguíamos caracterizar o colo uterino, algo que foi superado ao longo da prática.

A maior dificuldade no estágio: autocuidado no pós-parto e parentalidade, foi essencialmente a assistência e o apoio à amamentação. Cada vez mais, as puérperas têm dificuldades na amamentação, e ter disponibilidade para estar presente e avaliar e apoiar a amamentação, com todas elas, torna-se difícil. As disparidades na informação oferecida às puérperas também limitam a nossa prática clínica, pois o objetivo é orientar e apoiar as mulheres na amamentação, mas muitas sentem-se confusas pela heterogeneidade da informação que recebem. A nossa prática clínica focou-se naquelas que mais necessitavam de apoio especializado, adaptando os ensinamentos sobre a amamentação ao conhecimento que já haviam adquirido. Este estágio permitiu o aprofundamento de vários conhecimentos relativamente ao recém-nascido e puérpera, nomeadamente sobre a realização de ensinamentos para o desenvolvimento das competências parentais, planeamento familiar e aleitamento materno.

O fator que mais facilitou a concretização dos nossos objetivos na prática clínica foi a orientação dos EESMO. É essencial desenvolvermos as nossas competências com EESMO que conhecem as nossas dificuldades, para que o nosso crescimento enquanto profissionais seja gradual e constante. Nem todos os EESMO praticam cuidados especializados, na área de saúde materna e obstétrica, da mesma forma, e para quem está a aprender tornam-se confusas as disparidades vivenciadas. Neste sentido, podemos referir que a nossa prática orientada por poucos EESMO tornou-se um aspeto facilitador da experiência clínica.

O Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de março salienta os critérios definidos para a atribuição do título de EESMO. Neste sentido, o estágio de natureza profissional deve incluir a assistência de, pelo menos, 100 grávidas com gravidez de baixo risco; 40 grávidas com patologia ginecológica ou obstétrica; 40 parturientes; 100 puérperas e recém-nascidos. E, ainda, a realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos; 20 partos participados, sendo que pelo menos um, deve ser pélvico, realizado ou simulado; e prática de episiotomias e episiorrafias (OE, 2010). Ao longo do nosso percurso estes requisitos foram conseguidos, tendo ocorrido a necessidade de realizar simulação do parto pélvico, por falta de oportunidade na nossa prática clínica. No Quadro 10 mostramos a síntese das experiências vivenciadas ao longo deste estágio de natureza profissional.

Consultas de grávidas e exames pré-natais	Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática de sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
	R	SR	R	SR	E	SE	Parto pélvico (simulação)	Parto cefálico		R	SR	R	SR
	85	122	96	91	18	23	2	30		104	109	95	100
122	207		187		41		32		31	213		195	

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

Quadro 9 - Experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.

Este quadro reflete o número total de experiências, mas não transmite todas as emoções vividas neste percurso de formação. Apesar de algumas dificuldades, foi positivamente marcante pelo aumento do conhecimento teórico-prático e, essencialmente, pelo desenvolvimento das relações interpessoais, do pensamento crítico-reflexivo e da autoavaliação. A análise crítico-reflexiva, durante o estágio de natureza profissional, com a orientadora, e durante a elaboração deste relatório permitiu aumentar a confiança e a assertividade na implementação de intervenções e tomada de decisão futuramente.

Em suma, o estágio de natureza profissional, a elaboração do relatório de estágio e a revisão sistemática de literatura foram promotores de um crescimento pessoal, profissional, emocional e sociocultural.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio teve em vista expor de que forma as experiências permitiram o desenvolvimento das competências necessárias para a prática da enfermagem especializada, no âmbito da gravidez, parto e puerpério, em simultâneo com a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas. Este estágio decorreu entre 19 de novembro de 2018 e 24 de julho de 2019. Pretendíamos um documento rico, que revele o processo de aprendizagem ao longo desta jornada, contextualizando os cuidados de enfermagem de acordo com a mais atual evidência científica. Para a aquisição e desenvolvimento das competências, de acordo com as experiências requeridas pelo Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de março, foi necessária uma formação teórica e prática alargada, de modo a um desenvolvimento de cuidados especializados de excelência no âmbito da saúde materna e obstetrícia (OE, 2010).

O estágio englobou a assistência da mulher nas várias fases do ciclo gravídico, como a gravidez com complicações, o TP e parto e, o autocuidado no pós-parto, cuidados ao recém-nascido e parentalidade. Esta fase é marcada por uma das maiores transições desenvolvimentais na vida de uma mulher/casal, a adaptação para a parentalidade e o exercício da parentalidade. Cada vez mais, gerar e criar um ser humano torna-se uma tarefa exigente devido à conjuntura presente na nossa sociedade, o que proporciona ao EESMO um papel preponderante na prestação de cuidados individualizados facilitadores da adaptação à parentalidade e da parentalidade em cada caso experienciado.

Desta forma, podemos afirmar que os objetivos delineados inicialmente foram cumpridos com sucesso, mantendo-se a vontade de querer saber mais e ir mais além na área de saúde materna e obstétrica, com o fim de prestar à mulher/casal/família cuidados de enfermagem de excelência, sem descurar o aprofundamento das competências relacionais. Nos diferentes contextos do estágio, o apoio emocional, a escuta ativa, a empatia e a comunicação terapêutica foram importantes para uma melhor vivência e satisfação materna e/ou do casal, na adaptação e aceitação da sua nova condição de vida. O tempo disponibilizado aos pequenos aspetos tornou-se imprescindível para a humanização dos cuidados, não sendo menosprezados futuramente.

A realização da revisão integrativa da literatura permitiu encontrar a mais atual evidência científica, a análise e reflexão sobre a mais adequada prestação de cuidados de enfermagem para promoção e manutenção da amamentação. O pensamento crítico baseado na evidência científica contribuiu para o processo de tomada de decisão autônoma e para cuidados especializados de excelência. Logo, é um processo que não deve ser descurado no futuro, mantendo-se em permanente atualização.

Findo este percurso, podemos referir que este estágio foi gratificante e extremamente positivo ao nível profissional e pessoal, repleto de experiências e de vivências diversificadas com pessoas de várias nacionalidades, culturas, etnias e crenças. Tanto o estágio como a elaboração do relatório tornaram-se meios indispensáveis para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde materna e obstetrícia, e de suporte à mulher, ao recém-nascido, ao casal e à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Aguiar, H. & Silva, A. (2011) Aleitamento materno. *Acta Med Port.*, 24(S4), 889-896.

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

Alden, K. (2014). Maternal Physiologic Changes. In: Perry, S., M. Hockenberry, D. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal Child Nursing Care*. (18). 5ª Ed. Canadá: Elsevier.

Alfirevic, Z., Gyte, G. M. L., Cuthbert, A. & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 2, 1-137. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full>

Alfirevic, Z., Kelly, A. J., & Dowswell, T. (2009). Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 7(4), CD003246. doi: 10.1002/14651858.CD003246.pub2.

American College of Obstetrics and Gynecology. (2003). ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol.*, 102(6), 1445-1454. doi 10.1016/j.obstetgynecol.2003.10.011.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol.*, 114(2 Pt 1), 386-397. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011a). Committee on Practice Bulletins—Obstetrics No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. *Obstet Gynecol.*, 132(3), e103–e119.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011b). Committee Opinion No. 782: Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol.*, 134(1), e19–e40.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries. *Obstet Gynecol.*, 121(4), 911-915. doi: 10.1097/01.AOG.0000428649.57622.a7.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care Consensus*, (1), 1-19. Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Committee Opinion Number 644: The Apgar Score*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/The-Apgar-Score>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016a). *Preterm (Premature) Labor and Birth*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Premature-Labor-and-Birth>

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

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017a). Committee Opinion Number 713: Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol.*, 130(2), e102–e109. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co713.pdf>

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

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017c). *Committee Opinion Number 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co684.pdf?dmc=1&ts=20190910T0003063326>

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

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018a). ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.*, 131(1), e1-e14. doi: 10.1097/AOG.0000000000002455.

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

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018c). *Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. (198). Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado de https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/09000/ACOG_Practice_Bulletin_No_198_Summary_.59.aspx

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018d). Committee Opinion Number 756: Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. *Obstet Gynecol.*, 132(4), e187–e196. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co756.pdf?dmc=1&ts=20190910T0046019626>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee Opinion Number 766: Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.*, 133(2), e164-e173. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co766.pdf?dmc=1&ts=20190830T1417510590>

American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes – 2017. *Diabetes Care.*, 40(S1), ISSN 0149-5992. Recuperado de https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf

American Society of Anesthesiologist. (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, 124(2), 1-31. Recuperado de <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2471779>

Amorim, C. S. (2012). Hábito Intestinal de Lactentes Recebendo Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Paraense de Medicina*, 25(4), 1-2. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n4/a3060.pdf>

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

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

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

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

Aquino, C. I., Saccone, G., Troisi, J., Guida, M., Zullo, F., & Berghella, V. (2019). Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-8. doi: 10.1080/14767058.2019.1568984.

Aragão, F. F., Aragão, P. W., Martins, C. A., Leal, K, F. C. S., & Tobias, A. F. (2019). Neuraxial labor analgesia: a literature review. *Rev Bras Anesthesiol.*, 69(3), 291-298. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730541X>

Ashwal, E., & Hod, M. (2015) Gestational diabetes mellitus: Where are we now?. *Clin Chim Acta.*, 7, 451(Pt A), 14-20. doi: 10.1016/j.cca.2015.01.021.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2018). *A escolha da cadeirinha adequada*. Lisboa: Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Recuperado de <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>

Auckland District Health Board. (2017). *Bladder Care Postpartum and Management of Urinary Retention*. Auckland District Health Board. Recuperado de <https://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/assets/Womens-health/Documents/Policies-and-guidelines/Bladder-Care-Postpartum-and-Management-of-Urinary-Retention-.pdf>

Azevedo, E. B., Mendes, F. S., Teixeira, M. M., Freitas, P. L. S., & Cardoso, P. O. B. (2018). Período Puerperal e Atuação do Enfermeiro: uma Revisão Integrativa. *Ensaio*, 22(3), 157-165. doi: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2018v22n3p157-165>

Badinter, E. (1998). *O Amor Incerto*. Lisboa: Relógio d'Água.

Baghurst, P. (2013). The case for retaining severe perineal tears as an indicator of the quality of obstetric care. *ANZJOG*, 53(1), 3-8. Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajo.12014>

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

Baston, H. & Hall, J. (2010) *Midwifery Essentials: Labour*. Edinburgo: Churchill Livingstone.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S. & Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Washington, DC: Save the Children Federation. Recuperado de

<https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>

Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W., & Weeks, A. (2015). Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, (5), 1-153. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub4>

Bick, D. E. & Basset, S. (2013). How to provide postnatal perineal care. *Midwives*, 16(2), 34-35.

Bittar, R. E. (2018). Parto pré-termo. *Rev Med.*, 97(2), 195-207. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p195-207>

Bittar, R., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2016). Antenatal Corticosteroid Administration for Reducing the Risk of Neonatal Morbidities from Prematurity. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 38, 117-119. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n3/0100-7203-rbgo-38-03-00117.pdf>

Bond, D. M., Middleton, P., Levett, K. M., van der Ham, D. P., Crowther, C. A., Buchanan, S. L., & Morris, J. (2017). Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev.*, 3(3). doi: 10.1002/14651858.CD004735.pub4.

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

Brantes, A. L. G. (2018). *Competências Oro-Motoras para a Alimentação do Recém-nascido Pré-termo – Influência no Neurodesenvolvimento*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Brazelton, T. & Sparrow, D. (2011). *O método Brazelton: A criança e o choro*. 5ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

Budin, W. (2010). Trabalho de Parto e Parto. In S. A. Orshan, *Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-nascidos: O cuidado ao longo da vida*. (15/606-649). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 9788536323879.

Burton, T., Saini, S., Maldonado, L., & Carver, J. D. (2018). Parental Refusal for Treatments, Procedures, and Vaccines in the Newborn Nursery. *Advances in Pediatrics*, 65(1), 89-104. doi:10.1016/j.yapd.2018.04.006

Caldwell, L. & Grobbel, C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 1-9. Recuperado de <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>

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

Campos, D. A., Calado, E. (2014). Episiorrafia e Correção de Lacerações Perineais de 2º Grau. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (84/242-244). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

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

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

Carvalho, F. (2017). *Indução Do Trabalho De Parto: Métodos Farmacológicos e Não Farmacológicos*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

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

Carvalho, R., Osório, M. & Carvalho, C. (2016). *Protocolo de indução do trabalho de parto em gestação simples*. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia.

Cavadas, L. F. (2009). No período pós-parto o uso dos contraceptivos orais combinados é tão seguro quanto o uso dos progestativos orais? *Rev Port Clín Geral*, 25, 31-36. Recuperado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10587>

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Prevention of perinatal Group B Streptococcal Disease – Revised Guidelines from CDS. *MMWR Recomm Rep.*, 19;59(RR-10), 1-36.

Chertok, I. R. (2009). Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2949–2955. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02912.x

Chestnut, D. H., Wong, C. A., Tsen, L. C., Ngan Kee, W. D., Beilin, Y., & Mhyre, J. M. (2016). *Chestnut Anestesia Obstétrica: Princípios e Prática*. 5ª ed. Brasil: Elsevier Editora. ISBN 978-85-352-8264-1.

Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Cremonese L., Wilhelm L. A., Prates L. A., Oliveira G., Barreto C. N. & Ressel L. B. (2016). O Processo Da Amamentação Na Adolescência: Vivências Rememoradas Por Mulheres. *Rev enferm UFPE on line.*, 10(9), 3284-3292. doi: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM100920161.

Criado, M. D., Garrido, C. F., Carnero, J. M. R., & Gutiérrez, M. A. M. (2018). Mancha mongólica atípica: un reto diagnóstico. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 20(79),

245-247. Recuperado de <https://pap.es/articulo/12715/mancha-mongolica-atipica-un-reto-diagnostico>

Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2015). Perils of the new labor management guidelines. *Am J Obstet Gynecol.*, 212(4), 420–427. Recueprado de <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.008>

Cordeiro, M. (2011). *O Grande Livro do Bebê: O Primeiro Ano de Vida*. 7ª ed. A Esfera dos Livros.

Costa, A. A., Souza, E. B., Guimarães, J. V. & Vieira, F. (2013). Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.*, 15(3), 790-801. Recuperado de <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a22.pdf>

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

Costa, F. M. & Santos, R. S. (2009) *Uso do bico intermediário de silicone: indicações de uso, benefícios na manutenção do aleitamento materno para recém-nascidos (RN's) de termo*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba). Recuperado de <https://tceonline.utp.br/wp-content/uploads/2011/03/150032-uso-do-bico-intermediario-de-silicone.pdf>

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

Costa, P., Garcia, A. & Toledo, V. (2016). Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um Estudo Fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem.*, 25(1), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf

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

Covarrubias-Gómez, A., Silva-Jiménez, A., Nuche-Cabrera, E., & Téllez-Isaías, M. (2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro?. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 9(4), 231-239. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>

Cullen, S., Coughlan, B., Casey, B., Power, S., & Brosnan, M. (2017). Exploring parents' experiences of care in an Irish hospital following second-trimester miscarriage. *British Journal of Midwifery*, 25(2), 110–115. doi:10.12968/bjom.2017.25.2.110

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2010). *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. São Paulo: Artmed Editora.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2012). *Obstetricia de Williams*. (23ª ed.). São Paulo: AMGH Editora.

Dale, P. O., Tanbo, T., Bendvold, E., & Moe, N. (1989). Duration of the latency period in preterm premature rupture of the membranes. Maternal and neonatal consequences of expectant management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 30(3), 257–262.

Department for Health and Ageing of Australia. (2014). *South Australian Perinatal Practice Guideline – Perineal Care*. Government of South Australia. Recuperado de https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76d1590047ff0344affeff21d1663cdf/Perineal+Care_PPG_v1_1_03052018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-76d1590047ff0344affeff21d1663cdf-megIyAY

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

Dias, A. R. S. (2018). *As práticas de enfermagem na promoção da autoeficácia materna na amamentação no período pós-parto*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto.

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

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

Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma nº 024/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2013. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015a) *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-675-233-2. Recueprado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

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

Direção-Geral de Saúde. (2015c). *Trabalho de Parto Estacionário*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado de <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2015d). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado de https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoonagravidez.pdf

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

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Guia para Grávidas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN 978-972-675-284-4. Recuperado de https://janela-aberta-familia.org/pais/livro2/images/manual_gravidas.pdf

Diz, R. (2014). *Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa – Qual a sua Importância?* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/75110/2/32292.pdf>

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

Domenico, E. B. L. & Ide, C. A. C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 11(1), 115-118. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>

Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for woman and babies at term (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 7, 1-42. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Duarte, M. R., Chrizostimo, M. M., Christovam, B. P., Ferreira, S. C. M., Souza, D. F., & Rodrigues, D. P. (2014). Nursing practice on puerperal infection control: integrative review. *J Nurs UFPE on line.*, 8(2), 433-441. doi: 10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201426.

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

Eglash, A., Ziemer, A. L., & McKechnie, A. C. (2010). Health Professionals' Attitudes and Use of Nipple Shields for Breastfeeding Women. *Breastfeeding Medicine*, 5(4), 147–151. doi:10.1089/bfm.2010.0006.

El-Mekawy, H. S., Eldeeb, A. M., El-Lythy, M. A., & El-Begawy, A. F. (2013). Effect of Abdominal Exercises versus Abdominal Supporting Belt on Post-Partum Abdominal Efficiency and Rectus Separation. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation.* 7(1), 75-79.

Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., ... Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-19. doi:10.1186/s12884-016-0806-2

Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nurs Stand.*, 26(42), 35-41. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22908762>

Fabris, L. K. (2011). Persistent post-partum pain after vaginal birth and cesarean section. *Periodicum Biologorum*, 113(2), 239-241.

Fahey, J. O. & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health*, 58, 613-621. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12139>

Farg, D. S. S. & Hassan, H. E. (2019). Surgical Repair versus Non-Surgical Management of Spontaneous Perineal Tears that Occur during Childbirth. *American Journal of Nursing Research*, 7(5), 781-792. Recuperado de <http://pubs.sciepub.com/ajnr/7/5/11/index.html>

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

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

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Política Social. ISBN: 978-84-457-3090-4 Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/guia-practica.pdf>

Felgueiras, M. & Graça, L. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Sup.11), 77-84.

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

Fernandes, M. C. B. C., Costa, V. V., & Saraiva, R. A. (2007). Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgesia com opióides. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(2), 1-5. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a19.pdf

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A. & Lopes, R. S. (2007). O Bebê Imaginado na Gestação: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt

- Ferrão, A. C. C. & Zagão, M. O. B. (2017). Freedom of Movement and Position in the First Stage of Labor. *RIASE*, 3(1), 814-825. Recuperado de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/350
- Ferreira, A. M. & Andrade, D. (2006). Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. *Arq Ciênc Saúde*, 13(1), 27-33.
- Ferrer, M. B. C., Jordana, M. C., Messeguer, C. M., Garcia, C. C., & Roche, M. E. M. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6, 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011362.
- Filho, O. B. M., Cecatti, J. G. & Feitosa, F. E. L. (2005). Métodos para indução do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 27(8), 493-500. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26761.pdf>
- Fink, N. S., Urech, C., Cavelti, M. & Alder, J. (2012). Relaxation During Pregnancy: What Are the Benefits for Mother, Fetus, and the Newborn? A Systematic Review of the Literature. *J Perinat Neonatal Nurs.*, 26(4), 296-306. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111717>
- Flacking, R., & Dykes, F. (2017). Perceptions and experiences of using a nipple shield among parents and staff – an ethnographic study in neonatal units. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi:10.1186/s12884-016-1183-6.
- Fleming, V. E., Hagen, S., & Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference? The suns trial. *BJOG*, 110(7), 684-689. Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1471-0528.2003.02353.x>
- Flenady, V., Hawley, G., Stock, O. M., Kenyon, S., & Badawi, N. (2013). Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12, 1-118. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000246.pub2/epdf/full>
- Francisco, A. A., Oliveira, S. M. J. V., Santos, J. O., & Silva, F. M. B. (2011). Evaluation and treatment of perineal pain in vaginal postpartum. *Acta Paul Enferm.* 24(1), 94-100. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a14.pdf
- Freitas, M. J. S., & Baptista, M. C. D. (2016). Avaliação e Estabilização do Recém-nascido. In Néné, M., Rosália, M., & Batista, A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (14.1.1/487-491). Lisboa: Lidel.
- Fortes, S. L. (2017). *Atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia*. (Monografia de Licenciatura). Escola Superior de Saúde: Universidade do Mindelo.
- Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2017). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
- Ganji, Z., Shirvani, M. A., Rezaei-Abhari, F., & Danesh, M. (2013). The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iran J Nurs*

Midwifery Res., 18(4), 298–303. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872865/>

Garite, T. J., Kurtzman, J., Maurel, K., & Clark, R. (2009). Impact of a rescue course of antenatal corticosteroids: a multicenter randomized placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.*, 200(3), 248.e1-9, doi: 10.1016/j.ajog.2009.01.021.

Ghani, R. M. A. (2014). Effect of Heat and Cold Therapy during the First Stage of Labor on Women Perception of Birth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 4(6), 66-72. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3f13/da3ae797be2a9f2a485a5df398d154b22b47.pdf>

Gomes, G. F. & Santos, A. P. V. (2017). Assistência De Enfermagem no Puerperio. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 6(2), 211-220, doi 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407.

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-fetal*. 5ª ed. Lisboa: Lidel. Isbn: 978-989-752-288-8.

Greiner, T. (2014) Exclusive breastfeeding: measurement and indicators. *Int Breastfeed J.*, 9(18),1-6.

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

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

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

Guimarães, M. & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e a sua aplicabilidade para a enfermagem. *Rio de Janeiro*. Recuperado de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 5, 1-129. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/abstract>

Hiller, A., Farrington, M., Forman, J., McNulty, H., & Cullen, L. (2017). Evidence-Based Nurse-Driven Algorithm for intrapartum bladder care. *Journal of PeriAnesthesia.*, 32(5),483-489. Recuperado de [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(17\)30100-4/abstract](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(17)30100-4/abstract)

Hockenberry, M. J., Wilson, D. & Winkelstein, M. L. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 85-352-1918-8.

Homer, C. S. E. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *The Medical Journal of Australia*. 205(8), 370-374. doi.org/10.5694/mja16.00844.

Hutzal, C. E., Boyle, E. M., Kenyon, S. L., Nash, J. V., Winsor, S., Taylor, D. J., & Kirpalani, H. (2008). Use of antibiotics for the treatment of preterm parturition and prevention of neonatal morbidity: a metaanalysis. *AJOG*. 199(16), 620.e1–620.e8. Recuperado de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00792-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00792-8/fulltext)

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

International Council Of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE/ICNP. Genebra: International Council Of Nurses.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2012). Saving Mothers & Babies: the role of strong professional associations. Recuperado de <http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/projectpublications/LOGIC/Final%20Version%20of%20LOGIC%20publication%20for%20print.pdf>

Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 8, 1-26. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub3/meda/CDSR/CD006641/CD006641.pdf>

Jakeman, A. R. (2016). *Maternal Positioning in the Second Stage of Labor and Incidence of Spontaneous Perineal Trauma: A Systematic Review with Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. (Undergraduate Honors Theses). University of Colorado, Boulder. Recuperado de https://scholar.colorado.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2257&context=honr_theses

Joanna Briggs Institute. (2011). The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: The effectiveness of pelvic floor muscle exercises on urinary incontinence in women following childbirth. *Nurs Health Sci.*, 13(3), 378-381. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00617.x.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 3. 1-161. doi:10.1002/14651858.cd009234.pub2.

Jozwiak, M., Bloemenkamp, K. W., Kelly, A. J., Mol, B. W., Irion, O., & Bouvain, M. (2012). Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 3, 1-291. doi: 10.1002/14651858.CD001233.pub2.

Karp, H. (2014). *O Bebê Mais Feliz do Mundo*. Livros d'Hoje. ISBN: 9789722053983.

Kavanagh, J., Kelly, A. J. & Thomas, T. (2001). Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2. doi 10.1002/14651858.CD003093.

Kent, J., Ashton, E., Hardwick, C., Rowan, M., Chia, E., Fairclough, K., ... Geddes, D. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12(10), 12247–12263. doi:10.3390/ijerph121012247.

Kenyon, S., Boulvain, M., & Neilson, J. P. (2013). Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.*, 4(8). doi 10.1002/14651858.CD001058.pub2.

Khianman, B., Pattanittum, P., Thinkhamrop, J. & Lumbiganon, P. (2012). Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 8(8), 1-45. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007426.pub2/epdf/full>

Koch, M. C. (2014). *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. (Doutoramento em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18293>

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

Kuller, J. M. (2014). Update on Newborn Bathing. *Newborn And Infant Nursing Reviews*, 14(6), 166-170.

Lana, P. P., Freitas, C. B. S., Teixeira, G. M., Zopelaro, R. B. A., & Valente, J. C. F. (2017). Infecção puerperal sob o ponto de vista da assistência humanizada na enfermagem. *Revista Científica Univiçosa*, 9(1), 723-727.

Langen, E. S., Weiner, S. J., Bloom, S. L., Rouse, D. J., Varner, M. W., Reddy, U. M., ... Shriver, E. K. (2016). Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women. *Obstet Gynecol.*, 127(3), 489–495. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102500/>

Langley, V., Thoburn, A., Shaw, S., & Barton, A. (2006). Second degree tears: to suture or not? A randomized controlled trial. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 550-554. Recuperado de <https://doi.org/10.12968/bjom.2006.14.9.21802>

Lapolla, A., Dalfrà, M. G., & Fedele, D. (2009) Management of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes.*, 2, 73–82.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 10, 1-158. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/abstract>

- Leduc, D., Biringer, A., Lee, L., & Dy, J. (2013). Induction of labour. *J Obstet Gynaecol Can.*, 35(9), 840-860. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30842-2.
- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L. & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 32(4), e433-e440. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519218304025>
- Leroy, L. S., Lúcio, A., & Lopes, M. H. B. M. (2016). Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. *Rev Esc Enferm USP*. 50(2), 200-207. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0200.pdf
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012) *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF: Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lisy, K., Peters, M. D. J., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. *Birth*, 43(1), 6–19. doi:10.1111/birt.12217
- Lopes, J. (1996). *Luto na Gravidez: Contributo para uma Compreensão do Luto na Gravidez Subsequente à Morte de um Filho*. Coimbra.
- Lopes, M. H. B. M., Costa, J. N., Lima, J. L. D. A., Oliveira, L. D. R., & Caetano, A. S. (2017). Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Rev Bras Enferm [Internet]*., 70(1), 219-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0257>.
- Lotto, R., Armstrong, N., & Smith, L. K. (2016). Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly - A qualitative study of what is important to parents. *Midwifery*, 43, 14-20. doi: 10.1016/j.midw.2016.10.003.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.
- Lumley, J. (2003) Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *Br J Obstet Gynecol.*, 110(20), 3-7. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763104>
- Lyons, L. & Naylor, J. (2018). *Trust Guideline for the Prevention and Management of Excessive Weight Loss in Healthy Breastfed Newborns*. NHS Foundation Trust.
- Macdonald, P. D., Ross, S. R. M., Grant, L. & Young, D. (2003). Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, 88(6), F472-476.
- Machado, A. P., Moucho, M., & Barros, M. (2014). Profilaxia da infecção neonatal por estreptococo do grupo B. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (10/36-37). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Machado, J. R. (2014). *O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido – Uma revisão integrativa da literatura*. (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola

Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9528>

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

Mafetoni, R. R. & Shimo, A. K. K. (2014). Non-Pharmacological Methods For Pain Relief During Labor: Integrative Review. *Rev Min Enferm.*, 18(2), 513-520. doi: 10.5935/1415-2762.20140037

Maia, C., Silva, J., Brito, C., & Carvalho, C. (2016). *Protocolo de Atuação: Esvaziamento Uterino Médico do 2º e 3º Trimestres*. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia.

Maia, M. S. (2017). Preparação Psicológica para o Parto. In C. A. B. Montenegro & J. R. Filho. *Rezende Obstetrícia*. (17/185-190). (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Malvasi, A., Zaami, S., Tinelli, A., Trojano, G., Vergallo, G. M., & Marinelli, E. (2019). Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(15), 2598-2607. doi:10.1080/14767058.2018.1441278.

Marchocki, Z., Vinturache, A., Collins, K., O'Reilly, P., & O'Donoghue, K. (2018). Amniotic fluid C-reactive protein as a predictor of infection in caesarean section: a feasibility study. *Scientific Reports*, 8(6372). Recuperado de <https://www.nature.com/articles/s41598-018-24569-8>

Marques, M. (2014). *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal: Baseado nas Recomendações da OMS*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora. Recuperado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20PARA%20CD.pdf>

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

McKinlay, C. J., Crowther, C. A., Middleton, P., & Harding, J. E. (2012) Repeat antenatal glucocorticoids for women at risk of preterm birth: a Cochrane Systematic Review. *Am J Obstet Gynecol.*, 206(3), 187-194. doi 10.1016/j.ajog.2011.07.042.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott.

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

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. H., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Melo, J. K. G., Barroso, M. L., Alencar, J. S., Bandeira, L. A. B., Melo, A. M. D., Neto, E. M., & Oliveira, G. F. (2019). Cuidados e métodos não-farmacológicos de alívio da dor nas gestantes em trabalho de parto. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, 13(44), 73-86. Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1583/2349>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da Mulher no Trabalho de Parto. In: In Néné, M., Rosália, M., & Batista, A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (11.3/335-347). Lisboa: Lidel.
- Miranda, A. C. (2014). *Quando a morte antecede o nascimento: Atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetricia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora. Recuperado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/19521/1/Relat%C3%B3rio%20Ana%20Miranda.pdf>
- Miura, E., & Procianoy, R. S. (1997). *Neonatologia: Princípios e Prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-242-3.
- Monteiro, S. B., Carraca, T., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014). Rastreamento e prevenção do parto pré-termo. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (32/87-88). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Montenegro, C. A. B. & Filho, J. R. (2017a). Preparação Psicológica para o Parto. In C. A. B. Montenegro & J. R. Filho. *Rezende Obstetrícia*. (18/191-210). (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Montenegro, C. A. B. & Filho, J. R. (2017b). Estática fetal. In C. A. B. Montenegro & J. R. Filho. *Rezende Obstetrícia*. (11/137-143). (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 11, 1-159. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/epdf/full>
- Morais, S. & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediatr Port*, 44(6), 343-347. Recuperado de http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1830/1/2013_Oximetria_Rastreio-cardiopatia_MBB.pdf
- Moraes-Filho, I. M., Souza, G. B., Nascimento, F. N. N., Santos, J. L. A., & Carvalho, M. R. (2017). Checklist do recém-nascido: principais diagnósticos de enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade das mesmas no neonatal. *Rev. Cient. Sena Aires*. 6(1), 30-48. Recuperado de <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/276/178>

Moroni, R. M., Magnani, P. S., Haddad, J. M., Castro, R. A., & Brito, L. G. (2016). Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 38(2), 97-111. doi: 10.1055/s-0035-1571252.

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

Natal, S. & Martins, R. (2011) Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono. *Millenium*, 40, 39-51.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *NICE clinical guideline 190: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE guideline. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#latent-first-stage-of-labour>

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children*. NICE guideline. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng75/resources/faltering-growth-recognition-and-management-of-faltering-growth-in-children-pdf-1837635907525>

National Institute for Health and Care Excellence. (2019a). *2019 surveillance of intrapartum care for healthy women and babies (NICE guideline CG190)*. NICE guideline. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/2019-surveillance-of-intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-nice-guideline-cg190-6713845021/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>

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

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

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

Nelas, P.; Coutinho, E.; Chaves, C.; Amaral, O. & Cruz, C. (2017) Dificuldades Na Amamentação No Primeiro Mês De Vida: Impacto Dos Contextos De Vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 183-191.

Nizard, J., & Ville, Y. (2009) The fetus of a diabetic mother: sonographic evaluation. *Semin Fetal Neonatal Med.*, 14(2), 101-105.

Nogueira, J. R. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, série III(8), 57-

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006

Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Water birth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (3), 286-319. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jmwh.12194>

Ogata, E. S. (2010) Problems of the Infant of the Diabetic Mother. *Neo Reviews*, 11(11), e627-e631.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Utilização de Cinta Durante o Puerpério*. Parecer mº117. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-117-2009.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar*. Parecer MCEESMO nº23/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Pasin, S. & Schnath, F. (2007). Cuidados de Enfermagem na Analgesia por Cateter Peridural. *Rev HCPA*, 27(2), 69-73. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/122611/000970618.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Peaceman, A. M., Lai, Y., Rouse, D. J., Spong, C. Y., Mercer, B. M., Varner, M. W., Thorp, J. M., ... Hankins, G. D. (2015). Length of latency with preterm premature rupture of membranes before 32 weeks' gestation. *Am J Perinatol.* 32(1), 57–62. doi 10.1055/s-0034-1373846.

Pedrosa, B. S., Silva, R. M. & Muniz, C. C. S. (2016). Orientações para a amamentação adequada e complicações do aleitamento inadequado – Revisão da Literatura. *Rev. Cient. Sena Aires.* 5(1):79-86

Peleckis, M. V., Francisco, A. A. & Oliveira, S. M. (2017). Terapias de Alívio da Dor Perineal no Pós-Parto. *Texto contexto – enferm.* 26(2), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e05880015.pdf

Pereira, J., & Rodrigues, T. (2014). Neuroproteção com sulfato de magnésio no parto pré-termo. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal.* (31/85-86). 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Pereira, M., Torres, M., Cajão, R., & Vale, S. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto.* Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto.

Perrella, S. L., Lai, C. T., & Geddes, D. T. (2015). Case report of nipple shield trauma associated with breastfeeding an infant with high intra-oral vacuum. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 15(1). doi:10.1186/s12884-015-0593-1.

Peters, M. D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women Birth.,* 28(4), 272-278. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.003.

Petronilho, F. (2012) *Autocuidado: conceito central da Enfermagem.* 1ª Edição. Coimbra: Formasau, 105p. ISBN 978-989-8269-17-1.

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

Pio, D. A. M. & Capel, M. S. (2015). Os significados do cuidado na gestação. [Em linha]. *Rev. Psicol. Saúde,* 7(1), 74-81. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a10.pdf>

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

Pitchforth, T. J., Krassow, J. L. & Persons, R. K. (2018). Does routine amniotomy shorten the length of labor? *Evidence-Based Practice,* 21(9), 29–30. Recuperado de https://journals.lww.com/ebp/Citation/2018/12000/Does_routine_amniotomy_shorten_the_length_of.29.aspx

- Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>
- Ramos, E. M., Silva, L. F., Cursino, E. G., Machado, M. E. D. & Ferreira, D. S. P. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Rev enferm UERJ*, 22(2), 245-250. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666/10453>
- Ramos, J. G. L., Schimdt, A. P., Valério, E. G., Martins-Costa, S. H. & Lima, C. (2011). Tratamento da Incontinência Urinária. In F. Freitas, C. H. Menke, W. A. Rivoire & E. P. Passos, *Rotinas em Ginecologia*. (16/238-254). 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Reece, E. A. (2010) The foetal and maternal consequences of gestational diabetes mellitus. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 23(3), 199-203.
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends Psychiatry Psychother.*, 38(3), 136-140. ISSN 223-6089. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trends/v38n3/2237-6089-trends-38-03-00136.pdf>
- Rodrigues, S., Silva, P., Agius, A., Rocha, F., Castanheira, R., Gross, M., & Calleja-Agius, J. (2019). Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? *Mater Sociomed.*, 31(1), 25–30. doi: 10.5455/msm.2019.31.25-30.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). *Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality: Green-top Guideline No. 7*. London.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). Magnesium for fetal neuroprotection. *Am J Obstet Gynecol.* 204, 202, e1-e4.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). RCOG Green-top Guideline No. 73. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation. *BJOG*. 1-15. Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.15803>
- Ruamsap, K. & Panichkul, P. (2017). The Effect of Early Versus Late Amniotomy on The Course of Labor. *J Med Assoc Thai*, 100(2), 125-132. Recuperado de <http://www.thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10986406.pdf>
- Ruschel, L. M., Pedrini, D. B. & Cunha, M. L. C. (2018). Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Rev Gaúcha Enferm.*, 39, 1-7. Recuperado de <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/86273/49550>
- Sagi-Dain, L., Bahous, R., Caspin, O., Kreinin-Bleicher, I., Gonen, R., & Sagi, S. (2017). No episiotomy versus selective lateral/mediolateral episiotomy (epitrial): an interim analysis. *International Urogynecology Journal*, 29(3), 415–423. doi:10.1007/s00192-017-3480-7
- Santos, A. L. S., Miller, C. S. & Juvenato, E. L. (2018). Cuidado de enfermagem ao recém-nascido icterício a termo, em tratamento fototerápico, no ambiente hospitalar.

Rev. Educ. Meio Amb. Saú., 8(3), 49-71. Recuperado de <http://www.faculdadefuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/184/296>

Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(3), 508-511.

Santos, I. (2012) *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.

Santos, I. & Ramalho, C. (2016). Indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas de gestação vs atitude expectante: revisão sistemática. *Acta Obstet Ginecol Port.*, 10(3), 215-227. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a06.pdf>

Santos, M. J. F. & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (13.3/455-472). 1º ed. Lisboa: Lidel.

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

Santos, S. C. C. (2018). *Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa Intervenção de Enfermagem: Relatório de Estágio*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Serapião, J. J. & Santos, F. R. C. (2017). Sexualidade na gestação. In C. A. B. Montenegro & J. R. Filho. *Rezende Obstetrícia*. (16/176-184). (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Schmalfuss, J. M., Prates, L.A., Azevedo, M., & Schneider, V. (2014). Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de Enfermagem no pré-natal. *Cogitare Enferm.*, 19(4), 815-822.

Schneider, A. S. (2015). *Repercussões do primeiro banho na pele do recém-nascido: uma revisão integrativa*. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/135520>

Secretaria de Estado de Saúde. (2015). *Manual de Neonatologia*. Brasil: Secretaria de Estado de Saúde. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_d_e_neonatologia.pdf

Seixas, A., Castro, J., & Ferreira, C. (2015). *Rotura Prematura de Membranas: Proposta de Protocolo de Actuação do Serviço*. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia.

Shanahan, H. (2018). *Weighing newborn babies and pathway for babies with significant weight loss (>10%) Clinical Guideline VI.0*. NHS Trust.

Shrivastava, S., Shrivastava, P., & Ramasamy, J. (2013). Fostering the practice of rooming-in in newborn care. *J Health Sci.*, 3(2), 177-178. Recuperado de <http://www.jhsci.ba/OJS/index.php/jhsci/article/view/85>

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

Silva, C. S. (2012). *Transição Para a Parentalidade: Necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Silva, I. S. (2011). Emergências Hemorrágicas do Pós-parto. In D. A. Campos, I. S. Silva, & F. J. Costa, *Emergências Obstétricas*. (4/47-61). Lisboa: Lidel.

Silva, J. L. & Machado, A. P. (2014) Pré-eclampsia: vigilância e tratamento. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (43/122-125). (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

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

Silva, M. A. P. (2018). *Intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadoras do processo de luto após perda gestacional*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Silva, M. R. C. et al. (2013). A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev. Enferm. UERJ.*, 21(2), 792-797. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>

Silva, S. M. (2011). *Icterícia Neonatal*. (Tese de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>

Simeoni, U., & Barker, D. J. (2009) Offspring of diabetic pregnancy: longterm outcomes. *Semin Fetal Neonatal Med.*, 14(2),119-24.

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

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 8, 1-101. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour (Review).

Cochrane Database Syst Rev., 3, 1-94. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>

Smith & Nephew. (2016). *Instruções de uso: PICO – sistema de terapia de pressão negativa de feridas de uso único*. Inglaterra: Smith & Nephew Medical Limited. Recuperado de <https://www.smith-nephew.com/global/assets/pdf/products/brasil/2016-04/80804050033%20-%20pico%20-%20ifu0033%20-%20reva.pdf>

Sociedade Portuguesa de Diabetes. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1), 24-38.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2011). *Consenso Sobre Contraceção*. Estoril: Edições Frist News. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Recuperado de http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/consenso_sobre_contracecao_2011.pdf

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

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

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

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediatr Port*, 38(5), 209-214. Recuperado de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SP_P_GRISI_38%285%29.pdf

Sousa, L., Haddad, M. L., Nakano, A. M. S. & Gomes, F. A. (2012). Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Rev. esc. enferm. USP.*, 46(2), 472-479. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a28v46n2.pdf>

Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Neto, C. N. & Amorim, M. M. R. (2010). Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina*, 38(4), 195-201. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf>

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

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 3.

Recuperado de https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth

Sperling, J. D., Dahlke, J. D., & Sibai, B. M. (2016). Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *Am J Obstet Gynecol*, 214(5), 592–596. doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.166.

Steen, M., & Cummins, B. (2016). How to repair an episiotomy. *Nursing Standard*, 30(25), 36–39. doi:10.7748/ns.30.25.36.s46.

Stefanello, J., Nakano, A. & Gomes, F. (2008). Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enfermagem*. 21(2), 275-281.

Stramrood, C. A., Wessel, I., Doornbos, B., Aarnoudse, J. G., van den Berg, P. P., Schultz, W. C., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and PPRM: a prospective study with 15 months follow-up. *Reprod Sci*. 18(7), 645-653. doi 10.1177/1933719110395402.

Strapasson, M. & Nedel, M. (2010). Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(Sup.3), 521-528.

Sulemanji, M. & Vakili, K. (2013). Neonatal renal physiology. *Semin Pediatr Surg*, 22(4), 195-198. doi 10.1053/j.sempedsurg.2013.10.008.

The Royal College of Midwives. (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. RCM Midwifery Blue Top Guidance. Recuperado de <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>

Thomas, J., Fairclough, A., Kavanagh, J., & Kelly, A. J. (2014). Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev.*, 19(6). doi: 10.1002/14651858.CD003101.pub3.

Vain, N. E., & Batton, D. G. (2017). Meconium “aspiration” (or respiratory distress associated with meconium-stained amniotic fluid?). *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(4), 214–219. doi:10.1016/j.siny.2017.04.002.

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

Van Teijlingen, E. (2005). A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*, 10(2), 1–15. doi:10.5153/sro.1034.

Visscher, M. & Narendran, V. (2014). Vernix Caseosa: Formation and Functions. *Newborn And Infant Nursing Reviews*, 14(4), 142-146.

Visser, G. H., & de Valk, H. W. (2015). Management of diabetes in pregnancy: Antenatal follow-up and decisions concerning timing and mode of delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 29(2), 237-243. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.08.005.

Walker, K., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 2, 1-41. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub4/full>

World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf

World Health Organization. (2006). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum And Newborn Care: A guide for essential practice*. 2ª ed. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2011). *WHO Recommendations for Induction of Labour*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 150115 6. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf;jsessionid=3782AE92E70F670D80B4A18508013184?sequence=1

World Health Organization. (2013a). *Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy*. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/

World Health Organization. (2013b). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1

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

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

World Health Organization. (2015b). *WHO Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/

World Health Organization. (2017a). *Basic Newborn Resuscitation*. World Health Organization. Recuperado de <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/06/WHO-MCSP-NewbornResuscitationBrief.pdf>

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

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

Worthley, M., Gary, K., & Safranek, S. (2018). Does amniotomy shorten spontaneous labor or improve outcomes? *Journal of family practice*, 67(12), 787-788. Recuperado de <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/66958/JFP06712787.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Youssef, A., Salsi, G., Cataneo, I., Pacella, G., Azzarone, C., Paganotto, M. C., ... Pili, G. (2019). Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with higher risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 53(1), 95-100. doi:10.1002/uog.19085.