

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Um olhar retrospectivo sobre o processo de aquisição de
competências: Contributo para a gestão eficaz do
terceiro período do trabalho de parto

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:

Prof.^a Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Nádia Catarina Ferreira Gomes

Porto | 2012

AGRADECIMENTOS

Embora este relatório de estágio constitua um trabalho individual, existiram fatores externos que direta ou indiretamente contribuíram para a sua realização. Por esse motivo, desejo expor os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Maria Vitória Barros Castro Parreira, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e apoio prestados nestes dois anos de curso, assim como pelas valiosas críticas e sugestões feitas durante a orientação.

Às Enfermeiras tutoras, Alda Santos, Lúcia Afonso, Patrícia Silva e Sílvia Lopes, pela orientação, instrução e acompanhamento na aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Aos restantes Enfermeiros e chefias dos vários locais de estágio do Hospital Pedro Hispano, pelo apoio e excelentes condições de trabalho que me proporcionaram, sem os quais não seria possível a concretização das experiências relatadas neste relatório.

Ao Emanuel, que sempre me motivou a crescer pessoal e profissionalmente, pelo apoio emocional que preencheu as variadas ausências que fui tendo devido às circunstâncias, e pela compreensão revelada ao longo destes dois anos de curso.

Aos meus pais, queridos avós, irmão e restantes familiares, pela compreensão e ternura demonstradas apesar da falta de atenção e ausências, pelo entusiasmo e orgulho com que sempre reagiram aos meus resultados académicos ao longo dos anos.

Aos meus amigos mais próximos e colegas de trabalho, especialmente à Bárbara Lamas e Diana Seca, pelo inestimável apoio, compreensão, disponibilidade, motivação e pela amizade manifestadas.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- APPT - Ameaça de parto pré-termo
- CTG - Cardiotocografia
- DPP - Data provável de parto
- DUM - Data da última menstruação
- EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- EGB - Estreptococos do grupo β
- ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- FCF - Frequência cardíaca fetal
- FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics*
- HPH - Hospital Pedro Hispano, EPE
- ICM - *International Council of Midwives*
- NICE - *National Institute of Health and clinical Excellence*
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RCIU - Restrição de crescimento intrauterino
- RCOG - *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*
- RN - Recém-nascido
- RPM - Ruptura prematura de membranas
- TP - Trabalho de parto
- TPTP - Terceiro período do trabalho de parto
- UGR - Unidade de Grávidas de Risco
- ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos
- WHO - *World Health Organization*

RESUMO

A narrativa deste relatório de estágio visa a descrição das atividades desenvolvidas no percurso formativo, ao longo do Estágio de gravidez, trabalho de parto e pós-parto, rumo à aquisição de competências específicas, tendo como referência as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros. As áreas de intervenção, em análise, privilegiam a assistência da mulher que vivência processos de gravidez com complicações, parto e puerpério sendo este estágio profissionalizante, em apreciação, o campo de atuação que permitiu delinear estratégias e intervenções, e, refletir sobre a ação para atingir as referidas competências.

Nestas três áreas de atividade, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) é confrontado com um foco de atenção considerado como a causa de um quarto da morbilidade e mortalidade materna em todo o mundo – Hemorragia pós-parto. A gestão ativa do terceiro período do trabalho de parto é a conduta recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e International Council of Midwives (ICM) para diminuir o risco de hemorragia após o parto.

A realização de uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções que compõem a gestão ativa do TPTP proporcionou a síntese do conhecimento científico e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos e recentes para a prática do EEESMO. As intervenções integrantes da gestão ativa do TPTP incluem a clampagem tardia do cordão umbilical, drenagem de sangue placentário, administração de uterotônico, tração controlada do cordão e massagem uterina após a dequitação. Desta revisão integrativa emerge a necessidade de cada instituição determinar quais as intervenções a incluir na gestão ativa do TPTP. Considera-se pertinente o desenvolvimento e implementação de um programa de intervenção de enfermagem que utilize um conjunto de práticas na gestão ativa do TPTP previamente determinadas, como conduta para prevenir a hemorragia pós-parto

Palavras-chave: Competências específicas, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, Prevenção da hemorragia pós-parto, Gestão ativa do terceiro período do trabalho de parto.

ABSTRACT

Title: A retrospective look over the process of acquiring skills: Contribution to the effective management of the third stage of labour.

The narrative of this internship report aims to describe the activities developed in the formative path, along the internship of pregnancy, labor and postpartum, heading towards the acquisition of specific skills through the development of activities, with reference to the skills of midwives approved by *Ordem dos Enfermeiros*. The areas of intervention under consideration, favor the assistance of the woman living processes of pregnancy complications, childbirth and puerperium, and this internship, the playing field allowing establishing strategies and interventions, reflecting on the action to achieve those skills.

In all three areas of activity, the midwife is confronted with a focus of attention considered as the fourth cause of morbidity and mortality around the world - postpartum hemorrhage. Active management of third stage of labor is the behavior recommended by the World Health Organization (WHO), IGO e ICM to decrease the risk of postpartum hemorrhage.

The realization of an integrative literature review on interventions that make up the active management of the third stage of labour provided the synthesis of scientific knowledge and the incorporation of the applicability of the results from recent and significant studies to midwife practice. The interventions for active management of the third stage of labour include delayed clamping of the umbilical cord, placental blood drainage, administration of uterotonic, controlled cord traction and uterine massage after the placenta expulsion. This integrative review emerges the need for each institution to determine which interventions should be included in the active management of the third stage of labour. It is considered appropriate development and implementation of a nursing intervention program that uses a set of predetermined practices in the active management of the third stage of labour, as a conduit to prevent postpartum hemorrhage.

Keywords: Specific skills, Midwife, Prevention of postpartum hemorrhage, active management of third stage of labor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE	13
2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	15
2.1 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO	16
2.1.1 Gravidez	16
2.1.2 Trabalho de parto	28
2.1.3 Pós-parto.....	52
2.2 OUTRAS ATIVIDADES RELEVANTES	65
3. GESTÃO ATIVA DO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO NA PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS- PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	67
3.1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA	68
3.2 MÉTODO	69
3.3 RESULTADOS	71
3.4 DISCUSSÃO	77
3.4.1 Administração de uterotônicos	77
3.4.2 Tração controlada do cordão.....	79
3.4.3 Massagem uterina	81
3.4.4 Drenagem de sangue placentário.....	82
3.4.5 Laqueação tardia do cordão umbilical.....	83
3.5 CONCLUSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA	84
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	87
CONCLUSÃO	93

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
 ANEXOS.....	 103
ANEXO I - REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS.....	104
ANEXO II PARTOS REALIZADOS E PARTICIPADOS NO ESTÁGIO	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Padrões evolutivos normais do parto	33
Figura 2 - Padrões anormais do TP e critérios de diagnóstico	39
Figura 3 - Intervenções da gestão ativa do TPTP	77
Figura 4 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância	88
Figura 5 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância	88
Figura 6 - Número de partos realizados e participados	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa	72
---	----

INTRODUÇÃO

O regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP (2010) salvaguarda que para a obtenção do grau académico numa determinada área, o aluno pode optar pela realização de um estágio de natureza profissional, que contempla a elaboração de um projeto de estágio com relevância para a prática clínica e de acordo com os objetivos definidos para o processo, assim como a avaliação da execução dos mesmos.

Pretende-se com este relatório demonstrar os conhecimentos, as aptidões e as atitudes inerentes ao processo de cuidados de enfermagem dirigido às respostas humanas da mulher no âmbito da saúde materna e obstetrícia, com base na formulação do juízo diagnóstico, terapêutico e ético, que nortearam o meu percurso formativo, no âmbito do projeto de desenvolvimento de competências, incrementado no estágio de natureza profissional: gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

Os objetivos da elaboração deste relatório passam pela sistematização do projeto individual de estágio, através das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas, bem como pela realização de uma revisão integrativa sobre uma temática que se revelou de interesse não só pelas implicações que a forma de agir dos profissionais pode ter na saúde da mulher, como também no reflexo da tomada de decisão para a prática.

Partimos do pressuposto que o EEESMO assume, na sua prática profissional, a responsabilidade por intervenções autónomas nas situações de baixo risco e, por intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, envolvidas nos processos de vida do ciclo reprodutivo da mulher.

A aquisição de competências do EEESMO, inerentes a este percurso formativo, repercutem-se através do processo de conceção de cuidados de enfermagem especializados à mulher que vivencia processos de saúde ou doença, no âmbito da saúde materna e obstetrícia, tendo por base a autonomia e a capacidade de gestão dos projetos individuais de saúde, o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e a transição e adaptação positiva para a parentalidade.

No âmbito do processo de aquisição de competências específicas do EEESMO identificamos um foco de atenção que é considerado pela WHO (2007) como a causa de um quarto da morbilidade e mortalidade materna em todo o mundo. A hemorragia pós-parto é

um fenómeno que se verifica com alguma frequência, por este motivo, a pesquisa sobre as evidências científicas mais recentes, para além de consolidar os conhecimentos e habilidades, pode permitir, na prática, uma gestão eficaz do TPTP, assim como o desenvolvimento da capacidade de reconhecer, avaliar e tratar a perda hemática excessiva.

Pelo exposto, considerou-se pertinente aprofundar, sob o eixo estruturante da revisão integrativa, o estudo da temática- gestão ativa do TPTP, que é a conduta recomendada pela WHO, FIGO e ICM para reduzir o risco de hemorragia após o parto

Para apresentar as atividades desenvolvidas e de que forma estas contribuíram para o meu percurso de desenvolvimento profissional, este relatório está estruturado em quatro capítulos, no sentido de descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o percurso realizado para dar cumprimento ao estipulado pelo regulamento do curso de mestrado e, ainda, uma reflexão crítica sobre o trajecto e processo de realização do estágio profissionalizante.

O primeiro capítulo diz respeito ao projeto de estágio profissionalizante, com descrição dos objetivos e do percurso de estágio. O capítulo dois abre espaço à descrição das atividades desenvolvidas no estágio, com alusão à aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO e a um Curso de cardiotocografia (CTG) realizado no decorrer do estágio. No terceiro capítulo é apresentada uma revisão integrativa sobre a gestão ativa do TPTP para prevenção da hemorragia pós-parto. Por fim, é realizada no capítulo quatro, a análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio.

A metodologia adotada como suporte ao desenvolvimento do estágio e do relatório assenta na prática baseada em evidências, que se encontra sustentada por uma extensa pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, National Institute of Health and clinical Excellence (NICE) e a Academic Search Complete, através da plataforma EBSCO host.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE

Este estágio profissional decorreu em três unidades de cuidados do HPH na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM): na Unidade de Gravidas de Risco, no Bloco de Partos e no Serviço de Obstetrícia. Nestas unidades os cuidados de enfermagem são assegurados por enfermeiros especialistas de saúde materna, durante 24 horas, à exceção do serviço de Obstetrícia em que também integram a equipa enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas na área de pediatria.

Para o desenvolvimento do estágio tornou-se importante traçar objetivos exequíveis, e delinear estratégias de forma a planear e organizar o estágio em função das competências a desenvolver.

De acordo com o estipulado no plano de estudos e segundo os domínios de aquisição de competências específicas do EEESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b) passíveis de serem desenvolvidos neste estágio, foram delineados os seguintes objetivos:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e de puerpério.
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora e gravidez, em processo de maternidade e exercício da parentalidade.
- Integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse para a prática do EEESMO, a partir das evidências científicas mais recentes.

Inicialmente, cada módulo ou área que integra o estágio, como já foi referido, realizou-se em serviços diferentes, no mesmo hospital. Inicialmente, em cada um destes locais foram apresentados às enfermeiras tutoras e chefes dos serviços os objetivos do estágio e as estratégias inerentes ao planeamento das atividades a desenvolver. A primeira semana de estágio deu também espaço para o reconhecimento da estrutura orgânica-funcional, da dinâmica, da organização de trabalho e envolvimento dos EEESMO nos respetivos contextos de internamento e à identificação dos sistemas de informação e registos, dos protocolos existentes e os atuais projetos em desenvolvimento.

Os propósitos das restantes semanas incluíram a integração na equipa de enfermagem, o envolvimento na dinâmica dos projetos de cuidados de enfermagem, a análise crítica da construção do processo de aprendizagem e sua operacionalização nas práticas e,

simultaneamente, a recontextualização dos conhecimentos e implementação de intervenções face à especificidade do processo de cuidados e singularidade da pessoa e situação do período vivenciado no processo de maternidade, em cada local de estágio.

Para este percurso de aprendizagem delineei estratégias para que desde o início a minha prática pudesse ser suportada pelo recurso à evidência científica que melhor traduz o estado da Arte da Enfermagem, que serviram também de base para a construção do presente relatório. Face à multidimensionalidade que o conhecimento de enfermagem exige, para além da busca incessante da literatura mais recente na área, baseei-me em documentos de outras ciências que a subsidiam (ciências biomédicas, ciências sociais e humanas, psicologia, socioantropologia, entre outras), bem como nos protocolos de serviço definidos pela ULSM.

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, para obtenção do título de EEESMO o aluno deve realizar, pelo menos, 40 partos, salvo se o número de parturientes foi reduzido (nessas circunstâncias este número pode ser reduzido para 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos distócicos).

Ao longo do estágio, entre a multiplicidade de atividades inerentes aos cuidados especializados que pude observar e realizar, foram surgindo algumas dúvidas relacionadas com o tipo de cuidados prestados à mulher no TPTP. Desta minha dúvida sistemática emergiu a decisão de problematizar as práticas, com a finalidade de reduzir o risco de hemorragia pós-parto e promover a recuperação da puérpera.

Segundo a WHO (2007) a hemorragia pós-parto é uma importante causa de mortalidade materna em todo o mundo. Tendo em conta este facto, torna-se imperativo para o EEESMO delinear cuidados orientados para reduzir morbilidade e mortalidade materna.

Para dar resposta a essas questões e realizar uma prática baseada em evidências científicas, considerou-se importante eleger como temática para o desenvolvimento do projeto de estágio a gestão do TPTP na prevenção da hemorragia pós-parto.

A carga horária de estágio e de acompanhamento pelos docentes da ESEP foi cumprido, de acordo com o plano de estudos e o horário estabelecido para cada mês. Mais especificamente nas aulas de orientação tutorial foi sendo analisada de forma crítica e construtiva, pelo docente orientador do estágio, a construção do projeto individual e sua operacionalização na prática, assim como o acompanhamento do processo de aprendizagem, das estratégias usadas para a sua execução e dos resultados do trabalho.

No próximo capítulo serão descritas as atividades planeadas e desenvolvidas durante o estágio, constituintes do projeto individual, que visaram a aquisição de competências específicas do EEESMO.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Ao descrever detalhadamente as atividades concretizadas, os métodos de trabalho, as estratégias utilizadas, as situações vivenciadas e os cuidados realizados ao longo deste estágio, pretendemos demonstrar que a descrição será articulada com os aspetos teóricos que ajudam a fundamentar o caminho percorrido e a tomada de decisão para consolidar as boas práticas. Relaciona-se com exemplos práticos sempre que se justifique, de forma a consolidar a apresentação dos conhecimentos e competências específicas adquiridas para a prestação de cuidados especializados.

Este percurso foi fundamentado nas premissas de: análise do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem; compreensão da prática atual sobre a saúde e as suas implicações nas políticas de saúde; da organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde, na análise das dimensões ética, política histórica, social e económica da prática de enfermagem; aplicação do conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diversos contextos da prática

Fleury e Fleury (2001) definem competência como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, que foram desenvolvidos durante o estágio: a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a).

A Ordem dos Enfermeiros (2010:3) entende como competências específicas, as competências que *decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.*

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2010b), o EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício em várias áreas de atividade de intervenção, entre as quais a gravidez - na assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto (TP) -

efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina; e no período pós-natal - no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Assim sendo, considerando os objetivos deste estágio profissionalizante, as competências desenvolvidas foram sustentadas nos domínios, unidades de competência e critérios de avaliação descritos no referido Regulamento (Anexo I).

2.1 Aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO

O Estágio: Gravidez, trabalho de parto e pós-parto visou a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia de forma a recontextualizar e mobilizar saberes com base na prática baseada em evidências e no pensamento crítico para a tomada de decisão.

De modo a materializar e a comprovar as competências do EEESMO adquiridas no estágio, serão descritas neste relatório as experiências e as atividades desenvolvidas ao longo destes sete meses. Apesar da presença nos locais de estágio não se ter desenvolvido na ordem natural dos acontecimentos (gravidez / pós-parto / trabalho de parto), por estratégias de articulação com a capacidade de resposta dos alunos em presença no local, a exposição das atividades de estágio, neste relatório, será realizada de uma forma sequencial, desde a entrada da mulher na UGR, com a sua passagem no Bloco de Partos e o internamento no Serviço de Obstetrícia.

2.1.1 Gravidez

O período de estágio na UGR traduziu-se no desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências técnico-científicas, necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b).

A realização do estágio na UGR, como módulo integrante do estágio, constituiu uma forma de refletir sobre a dimensão patológica do estado gravídico, no sentido de compreender a dimensão do cuidar especializado e adquirir competências no âmbito da vigilância pré-natal. Este percurso permitiu, ao longo deste período, pôr em prática: o aconselhamento, orientação e apoio à grávida e familiares significativos; ajudar a mobilizar recursos internos, como estratégia, para atenuar a sintomatologia acessória ao estado gravídico e promoção da adaptação da gestante às alterações fisiológicas inerentes ao estado gravídico.

Também a deteção precoce de fatores de risco e de eventuais desvios da normalidade constituíram uma preocupação ao longo deste período, de forma a prevenir, identificar e tratar complicações materno-fetais que daí pudessem advir.

Tendo em conta os factos anteriormente referidos, foram consideradas na prestação de cuidados à mulher internada com gravidez de risco as dimensões clínica, biológica, psicológica e sociocultural.

No estágio não existiu a oportunidade de diagnosticar uma gravidez, contudo estão bem presentes as ferramentas necessárias para agir na sua deteção. A data da última menstruação (DUM) é um dado de referência a considerar ao longo da gravidez, nomeadamente, para o cálculo do número de semanas de gravidez e determinação da idade gestacional. Para Graça (2010) este método é pouco fiável, já que em 10-45% das grávidas não identificam com rigor a DUM ou esta é desconhecida. Só 30% das mulheres sabe com certeza essa data e muitas apresentam irregularidades menstruais ou abandonaram o anticoncecional oral recentemente.

Com a evolução tecnológica o uso da ecografia abdominal e transvaginal, é cada vez mais frequente. O diagnóstico e monitorização da gravidez têm-se tornado cada vez mais precisos e um dos objetivos da realização da ecografia, no primeiro trimestre, é a avaliação da idade gestacional e o cálculo da data provável de parto (DPP). A data correta da gravidez tem grande impacto na qualidade dos cuidados obstétricos, estando demonstrada uma redução significativa das induções do trabalho de parto por gestação pós-termo (NICE, 2008).

Os estudos que comparam a acuidade da DUM com a ecografia (na primeira metade da gravidez) permitem concluir que no cálculo da DPP se verificou que a biometria ecográfica era mais eficazmente preditiva da data de termo da gestação, mesmo quando a discrepância entre os dois valores era inferior a sete dias.

A regra de Nägele permite a determinação da DPP com um razoável grau de exatidão. Esta consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrair três meses e adicionar um ano (ou somar sete dias à DUM e acrescentar nove meses). Na

maioria das mulheres o parto ocorre num período compreendido entre sete dias antes ou após a DPP.

O rigor destes cálculos é de tal forma relevante que pode fazer toda a diferença nos procedimentos de atuação dos profissionais de saúde relacionados com o diagnóstico de uma gravidez de termo, pré-termo e pós-termo e na sua relação com os resultados materno-fetais.

Na UGR o motivo do internamento está mais frequentemente associado a doenças hipertensivas maternas (hipertensão crónica, pré-eclâmpsia), diabetes mellitus (pré-gestacional ou gestacional), hemorragia do segundo e terceiro trimestres, restrição de crescimento fetal, ameaça de parto pré-termo (APPT), alterações do líquido amniótico (oligoâmnios e hidrâmnios), pielonefrite, hiperémese gravídica, suspeita de colestase gravídica, indução do TP e abortamentos.

Durante o estágio na UGR foram prestados cuidados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo que para a fundamentação das competências adquiridas vão ser expostas três das situações mais frequentes: pré-eclâmpsia, APPT e a RPM (rotura prematura de membranas).

Quando na avaliação de uma grávida era identificado um aumento significativo da tensão arterial associado a proteinúria e/ou edema patológico, verificado após a 20ª semana de gestação numa mulher previamente normotensa, estava-se perante um provável caso de pré-eclâmpsia. Na literatura atual, foram encontrados diferentes critérios de diagnóstico dos subtipos da pré-eclâmpsia e várias classificações da gravidade da pré-eclâmpsia, mas tendo em conta que na grande maioria de grávidas internadas o diagnóstico foi de pré-eclâmpsia moderada, será sobre esta condição que serão descritos neste trabalho os cuidados prestados pelo EEESMO.

Na pré-eclâmpsia leve ou moderada, o parto deve ocorrer entre as 34-37 semanas de gestação, dependendo das condições maternas e fetais, a presença de fatores de risco e a disponibilidade de cuidados intensivos neonatais. Se houver progressão para pré-eclâmpsia grave o parto poderá ser planeado para mais cedo (RUDRA, P. et. al, 2011).

A monitorização da tensão arterial de 4/4 horas, vigilância do aumento de edemas e do bem-estar geral da mulher, são parâmetros clínicos maternos essenciais para a vigilância e reconhecimento da progressão da doença.

Apesar da monitorização da proteinúria ser um parâmetro importante para o diagnóstico e tratamento da doença, os resultados de uma metanálise de 2009 demonstraram que os valores de proteinúria não são, por si só, preditivos do agravamento do estado materno-fetal. A idade gestacional, as condições materno-fetais, complementadas por análises laboratoriais, são no momento as principais determinantes

para o planejamento do parto em mulheres com pré-eclâmpsia (HOFMEYR, GJ; BELFORT, M, 2009).

A vigilância do bem-estar fetal através da CTG, de sinais de APPT, a administração de fármacos anti-hipertensores e corticoterapia para maturação pulmonar fetal, a gestão do repouso da grávida, assistência no posicionamento (relacionado com a perfusão placentária e o edema dos membros inferiores), a promoção do autocuidado (relacionado com a higiene e adaptação da dieta, exercício, estilo de vida, autovigilância da pré-eclâmpsia no domicílio), a manutenção de um ambiente calmo e a promoção da presença de familiares relativos, também fizeram parte integrante dos cuidados prestados às mulheres com pré-eclâmpsia.

A ocorrência de contratilidade uterina frequente e regular sem repercussão cervical antes das 37 semanas de gestação é indicativa de APPT, sendo que quando existe dilatação e extinção do colo uterino é diagnosticado o TP pré-termo (GRAÇA, L.M., 2010).

As grávidas com critérios para o internamento iniciavam o Protocolo de serviço do HPH para a APPT com a finalidade de atrasar o parto, permitindo a estimulação da maturidade pulmonar e garantindo as melhores condições neonatais. Dependendo da idade gestacional as atitudes terapêuticas incluíam a tocolise, a corticoterapia, a neuroprotecção fetal e a profilaxia antibiótica para EGB (estreptococos do grupo β), assim como o repouso absoluto ou relativo e a vigilância do bem-estar materno fetal.

Além dos cuidados que envolveram a administração da medicação indicada para a APPT, foram desenvolvidas intervenções de forma a fornecer suporte emocional à mulher e família, permitir a expressão de sentimentos e dúvidas, promover a presença do acompanhante, explicar condicionantes do tratamento, manter o ambiente calmo e confortável, assistir a grávida no posicionamento para promover a perfusão placentária e reduzir a pressão sobre o colo uterino, assistindo no autocuidado das grávidas com indicação de repouso (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Quando uma grávida é admitida na urgência com perda de líquido amniótico mais de uma hora antes do início do TP é identificada uma RPM. Esta situação ocorre em 3% das gestações de termo, sendo responsável por cerca de 30% dos partos pré-termo (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Ao longo do estágio foram prestados cuidados a mulheres com diagnóstico de RPM em gestações superior a 35 semanas, pelo que as atitudes terapêuticas descritas neste trabalho vão de encontro a essa idade gestacional.

A atuação terapêutica depende da idade gestacional e da avaliação do risco materno-fetal. Segundo os protocolos do HPH e Graça (2010) se a RPM for após as 34 semanas de gestação o parto é induzido 12 horas após rutura, para diminuir o tempo de latência e a

incidência de complicações materno-fetais, devendo ser iniciada a profilaxia da infeção por EGB (caso seja desconhecido ou positivo) e a profilaxia antibiótica após 12 horas de rutura.

Tendo em conta que a RPM está associada a um risco acrescido de infeção, a vigilância dos parâmetros clínicos maternos (taquicardia, hipertermia, contratilidade uterina, aspeto e consistência do líquido amniótico) foram tidos em consideração para excluir corioamnionite.

A avaliação do bem-estar materno-fetal de todas as mulheres internadas na UGR foi realizada através da vigilância dos sinais vitais, pele e mucosas, comportamento da grávida e a presença de sinais e sintomas relacionados com cada patologia em específico.

A avaliação da condição fetal na gravidez pode ser iniciada precocemente a partir das 10-12 semanas através da auscultação dos batimentos cardíacos fetais com o Doppler ou estetoscópio de Pinard. No terceiro trimestre a avaliação do bem-estar fetal na UGR foi realizada com base no traçado cardiotocográfico.

Apesar da CTG ser dos testes mais utilizados durante a gravidez, o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010) defende que a evidência em seu favor não é encorajadora, pois o seu uso está associado a um maior risco de mortalidade perinatal. Apesar de reconhecer que qualquer tentativa de o retirar de utilização seria totalmente inaceitável, recomenda o uso racionalizado nos casos de alteração no movimento fetal, hemorragia vaginal ou dor abdominal.

Segundo Blake (2008), a evidência demonstra que o Doppler aparenta ser o método mais versátil e apropriado para a auscultação intermitente dos RCF durante a gravidez. Este facto vem consolidar a opinião relativa ao uso do Doppler (concomitante com o CTG) de forma autónoma, como ferramenta essencial na prestação de cuidados do EEESMO.

Relativamente ao estetoscópio Pinard, estudos demonstram que só parteiras experientes com treino auditivo do ritmo cardíaco fetal são capazes de perceber a variabilidade. Este fato sugere que apenas EEESMO com treino de ouvido deveriam utilizar o Pinard como método de auscultação cardíaca fetal (ASSOCIATION OF RADICAL MIDWIVES, 2000 cit. por BLAKE, D., 2008).

Além dos instrumentos referidos anteriormente existem outras formas de avaliar o bem-estar fetal e materno. A consulta dos resultados das análises laboratoriais e exames complementares de diagnósticos requisitados pelo médico Obstetra permitiu prestar cuidados de excelência a mulheres com gravidez de risco. Destaca-se com exemplo, a dimensão do colo uterino e o percentil de crescimento fetal, que são dados relevantes para o diagnóstico de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) ou APPT e consequentemente para o planeamento e implementação de intervenções de promoção da saúde materno-fetal.

Durante o estágio na UGR também foram prestados cuidados a algumas mulheres com aborto retido ou em trabalho de abortamento incompleto, na maioria dos casos no primeiro trimestre de gestação. É de referir que o processo de cuidados teve sempre em conta não só os cuidados à mulher, como também à família.

Mais de 80% dos abortamentos espontâneos ocorrem no primeiro trimestre, sendo que 50-60% das perdas conhecidas são causadas por anomalias cromossômicas (CUNNINGHAM et. al, 2005 cit. por LOWDERMILK; PERRY, 2008).

De forma a identificar o trabalho de abortamento era realizada uma avaliação inicial cuidadosa com determinação da DUM, antecedentes pessoais e obstétricos, presença de sinais e sintomas de ameaça de aborto (hemorragia, contrações dolorosas) e a monitorização dos sinais vitais da grávida. A ecografia é o instrumento utilizado pelo médico para verificar os batimentos cardíacos e a viabilidade do feto, sendo que em caso de diagnóstico de abortamento retido é iniciado o protocolo de esvaziamento uterino consoante o trimestre de gestação.

Para Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) a intervenção medicamentosa no aborto do primeiro trimestre é uma alternativa viável à cirurgia e à atitude expectante, com benefícios em termos de segurança, comodidade e custo.

A mulher era informada sobre o tratamento, os efeitos laterais da medicação (dores abdominais, hipertermia, diarreia, náuseas e vômitos) e da necessidade de se manter em pausa alimentar até à expulsão completa. Fizeram parte dos cuidados outras intervenções, como a gestão do regime terapêutico (analgésicos e antieméticos), a administração de soroterapia e a vigilância da temperatura corporal, tensão arterial, dor, perda hemática vaginal e da expulsão do feto e placenta.

As complicações mais graves posteriores ao abortamento espontâneo ou induzido incluem hemorragia abundante, que exige a administração de soroterapia endovenosa, revisão uterina, transfusão de sangue ou fármacos promotores da contração uterina, e a infeção ou sépsis (inclui perfuração e abscesso pélvico) que requer administração de antibióticos endovenosos ou mesmo cirurgia exploradora (WHO, 2009a).

Como modo de despiste de complicação pós-aborto, fizeram parte dos cuidados de enfermagem a vigilância de sinais e sintomas como a perda vaginal excessiva, arrepios ou suores, hipertermia, exsudado vaginal fétido, abdómen distendido, dor à descompressão e hipotensão ligeira, sugestivos de hemorragia ou infeção/sépsis.

Além das implicações fisiológicas, foram considerados como focos de atenção de enfermagem os aspetos psicossociais da perda de um filho.

Worden (1991) atribui ao processo de luto quatro tarefas básicas: aceitar a realidade da perda, experienciar a dor, ajustar-se a um novo meio e redirigir, re-investir a sua energia

emocional (POMEROY, E.; BRADFORD E.G , 2009). A primeira tarefa é vivenciada pelos pais na UGR e corresponde ao momento inicial do processo de luto que durar de poucas horas até vários dias.

A primeira abordagem do enfermeiro passou pela disponibilização da escuta ativa e de forma a favorecer a aceitação da perda e a promover a capacidade dos pais para lidar com a mesma, foram concebidas e implementadas um conjunto de intervenções.

Ao nível preventivo, os cuidados de enfermagem basearam-se numa postura empática, de escuta ativa e disponibilidade para com o casal, permitindo a verbalização da agressividade, da culpa, das fantasias relativas à origem e consequências do problema, foi permitida a presença do acompanhante para prestar suporte familiar à mulher, sendo que a validação da perda é de particular importância para facilitar um processo de luto saudável. De forma a informar o casal, era explicado o processo de abortamento e os procedimentos envolventes, obtido o consentimento para encaminhamento do feto para análise e questionado o casal se deseja observar o feto (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Esteve também incluída no processo de cuidados do EEESMO a identificação dos pais em maior risco de desenvolver de um luto patológico e caso se tivesse verificado algum caso durante o estágio, teria sido referenciada a situação ao Psicólogo da instituição.

Além dos aspetos psicossociais, no momento da alta era assegurado que a utente detinha conhecimentos sobre o autocuidado higiene, métodos contraceptivos e o reconhecimento de sinais de alerta para recorrer ao hospital (hemorragia prolongada por mais de duas semanas, dor abdominal elevada, febre, arrepios ou mal estar geral) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Embora existam alguns casos de abortamento, a UGR do HPH recebe na sua maioria mulheres que necessitam de internamento por existência de uma gravidez com complicações.

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, que gera profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-os para a parentalidade (CEPÊDA, T.; BRITO, I.; HEITOR, M.J., 2006:4).

Para que sejam detetadas situações de risco e sinais de deterioração da saúde mental é fundamental estabelecer uma relação de confiança com a grávida e a família. A avaliação, diagnóstico e intervenção nestes casos deve ser iniciada precocemente, com o desenvolvimento de variadas ações (CEPÊDA, T.; BRITO, I.; HEITOR, M.J., 2006). No que diz respeito ao acompanhamento da gravidez na UGR foram implementados ensinamentos sobre promoção da parentalidade e da gravidez saudável, permitida e incentivada a presença do pai do bebé no internamento, vigiado o estado emocional da grávida e detetadas situações

de risco psicossocial (respeitantes a uma gravidez na adolescência e a grávidas com situação socioeconómica precária).

Outras intervenções de enfermagem como a técnica de relaxamento, a técnica de distração e a massagem foram implementadas com o intuito de promover o bem-estar e a diminuição do estado de ansiedade na grávida (principalmente nas internadas por patologia associada).

O desenvolvimento de uma articulação concertada com os serviços especializados de saúde mental (Psicólogo da ULSM) foi fundamental para garantir uma orientação adequada dos casos mais problemáticos. Além da referenciar estas situações específicas, foi disponibilizado apoio e preparação psicológica inseridos na vigilância da gravidez, dotando o casal de conhecimento e competências para a parentalidade responsável, validando as suas perceções e contribuindo para a sua adaptação saudável à gravidez e ao papel parental.

Parafraseando o ICN (2011), a adaptação à parentalidade circunscreve as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez, empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.

Durante vários momentos de diálogo com as grávidas foi avaliada a sua adaptação à gravidez, à parentalidade e aos novos processos familiares. O reconhecimento de aspetos como o planeamento da gravidez, sentimentos positivos em relação à gravidez e ao feto, relação conjugal funcional, cumplicidade entre o casal, a presença de uma rede de suporte familiar, a definição de um plano de parentalidade e de parto, foram indicadores de uma parentalidade responsável.

Quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (MERCER, R.T.; WALKER, L.O., 2006). Assim sendo, o planeamento e implementação de cuidados no âmbito dos défices de conhecimentos e habilidades dos pais sobre competências parentais e preparação para o parto, teve como finalidade potenciar a sua capacidade para agir e tomar decisões conscientes.

Um dos aspetos envolvidos na parentalidade responsável é a alimentação do RN, em particular a decisão da mulher pela amamentação. A entrevista inicial de colheita de dados com a grávida permitiu esclarecer dúvidas relacionadas com a temática e identificar a sua intenção em amamentar o seu filho, os conhecimentos e habilidades que tem sobre a

temática e os dados relativos a amamentação dos primeiros filhos, se existentes (duração, motivo de abandono, experiência materna).

Durante a colheita de dados era questionado à grávida se tinha realizado preparação para o parto e se possuía um plano de parto definido, de forma a esclarecer dúvidas existentes relativamente à exequibilidade dos desejos do casal para o TP, tornando as suas expectativas o mais realistas possível.

Durante o estágio e na prestação de cuidados às grávidas, em particular as internadas por patologia materno-fetal, foi sendo avaliada a progressão e vivência das etapas psicológicas da gravidez. Especialmente em mulheres no segundo e terceiro trimestres de gestação (a maioria das internadas na UGR), a presença de fatores como uma gravidez não planeada, a ausência de suporte familiar, a interpretação negativa dos movimentos fetais, uma relação conjugal conflituosa, a patologia fetal ou materna associada com a gravidez, o desinteresse na informação sobre saúde, comportamentos de risco e estilos de vida saudáveis, são dados relevantes para o diagnóstico do risco de ligação mãe/pai-filho comprometida.

Foram poucas as mulheres que apresentam sentimentos de ambivalência durante a gravidez (seja ou não desejada), sendo esta considerada uma resposta normal para mulheres que estão a preparar-se para assumir um novo papel. Contudo, quando estes sentimentos persistem durante o terceiro trimestre podem indicar conflitos não resolvidos relativamente ao desempenho do papel de mãe (MERCER, 1995 cit. por LOWDERMILK; PERRY, 2008).

Os cuidados desenvolvidos neste estágio não passaram apenas por intervir nos aspetos relacionados com a patologia mas também foram direccionados para a promoção do potencial para o autocuidado e na capacidade da mulher para manter a saúde adequada, durante a gravidez.

Em função das necessidades identificadas e expressadas, os ensinamentos realizados sobre as mudanças inerentes à gravidez e sobre os marcos do desenvolvimento fetal ajudam a mulher e família a acompanhar a gravidez, estimulando a formação de laços afetivos (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Neste âmbito tornou-se também fundamental o planeamento e a implementação de intervenções quando identificados défices de conhecimento na grávida e família sobre estilos de vida saudáveis. Estes incluem aspetos relacionados com a alimentação, o aumento de peso, a higiene, sono e repouso, o exercício físico, a atividade sexual segura, o uso de álcool e tabaco durante a gravidez, precauções de segurança no automóvel e as medidas de prevenção de infeção (como a toxoplasmose, infeção vaginal e a infeção urinária) (NICE, 2008).

As infecções do trato urinário constituem a causa mais frequente de infecção bacteriana com uma prevalência de 5 a 10% (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). Ensinar sobre hábitos de eliminação urinária adequados, como o reforço da ingestão hídrica, micções frequentes, antes de deitar e após a relação sexual, são atividades de enfermagem importante para a prevenção das infecções do trato urinário.

Durante o estágio na UGR verificou-se que os desconfortos relacionados com o processo gravídico mais frequentemente referidos pelas mulheres foram a obstipação e os edemas dos membros inferiores.

Causada pela ação da progesterona, pela compressão uterina e pela predisposição causada pela ingestão oral de suplementos de ferro, a obstipação é uma das queixas mais mencionadas pelas mulheres. As mulheres foram aconselhadas a beber cerca de dois litros de água por dia, ingerir uma dieta rica em fibras com refeições frequentes (sete refeições por dia) e pequenas, privilegiar os vegetais verdes, fruta, grãos integrais e ameixa preta, e também realizar atividade física (principalmente caminhar), se não existir patologia que contraindique. Podem ser prescritos emolientes das fezes e expansores do volume fecal, no entanto, devem evitar-se laxantes de contacto e clisteres de limpeza devido ao risco de diarreia e desconforto abdominal (GRAÇA, L.M., 2010) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Os edemas maleolares e dos membros inferiores estão associados a longos períodos de pé ou sentada, a posturas incorretas, à falta de exercício, a roupas apertadas ou ao clima quente. A grávida era ensinada a ingerir líquidos para aumentar a diurese, privilegiar a ingestão de alimentos proteicos e reduzir os hidratos de carbono (em especial açúcares simples) e gorduras, usar meias elásticas antes de levantar, repousar periodicamente os membros inferiores elevados, praticar atividade física moderado (se indicado), e aconselhada a comunicar ao EEESMO se apresentar edema generalizado e acentuado (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Com o intuito de promover o autocuidado, as intervenções anteriormente mencionadas tiveram como objetivo dotar a grávida e família de conhecimentos e capacidades para lidar com os desconfortos da gravidez e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis de modo a promover a sua saúde e do filho que vai nascer.

As atividades que concretizam as intervenções planeadas foram decididas em função dos dados específicos de cada caso, tornando as intervenções implementadas significativas para a mãe, pai e família, durante a gravidez e em qualquer contexto de cuidados.

Desde a admissão da gestante na UGR foram prestados e planeados cuidados de orientação relacionados com a alta para o domicílio. Estes cuidados têm como intuito principal dotar a mulher e familiares de conhecimentos e capacidades que lhes permitam

gerir de forma saudável o processo gestacional e reconhecer os sinais e sintomas de alerta, que os devem levar recorrer a um profissional de saúde.

Os sinais de alerta gerais incluem a perda vaginal de sangue ou líquido amniótico, a presença de uma contração uterina em cada dez minutos durante uma hora (podendo ser associada a dor abdominal ou lombar), a existência de febre e a diminuição súbita dos movimentos fetais (GRAÇA, L.M., 2010).

No que diz respeito a cada patologia em específico, a grávida deve ser informada dos sinais de risco indicativos de uma potencial complicação da gravidez ou agravamento da patologia, para ser capaz de diagnosticar a condição de saúde. A urgência urinária, disúria, desconforto suprapúbico (sintomática da infecção urinária), a febre, a perda de líquido amniótico (indicativo de rotura prematura de membranas) e a presença de contrações uterinas regulares antes das 37 semanas (indício de ameaça de parto pré-termo), a existência de edema da face e extremidades, cefaleias intensas, alterações visuais, dor epigástrica ou mesmo convulsão (sintomas de pré-eclâmpsia e eclampsia), são sinais significativos da presença de complicações gestacionais que requerer a observação e assistência de um profissional de saúde especializado (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Tendo em conta o tipo de patologia que originou o internamento, as condições socioculturais, as necessidades de aprendizagem e de vigilância materno-fetal, as utentes eram esclarecidas sobre os recursos disponíveis na comunidade. Em caso de dúvida ou necessidade, as utentes foram informadas que poderiam recorrer ao EEESMO do centro de saúde da área de residência, no caso particular da ULSM, da existência do projeto de preparação para o parto e parentalidade, e em situações específicas do apoio prestado por profissionais diferenciados nas áreas de Endocrinologia, Psicologia/Psiquiatria, Nutrição e Assistência Social.

Outro dos motivos de internamento na UGR não está necessariamente associado à gravidez de risco, já que algumas das mulheres que dão entrada na urgência em fase latente do TP ou para realizar indução do TP são internadas na UGR. Todavia é neste contexto que inicialmente põe em prática os desejos transcritos no plano de parto (deambulação, banho de relaxamento, entre outras).

Por indicação eletiva ou terapêutica, as grávidas que realizam indução do TP são internadas na UGR antes de serem transferidas para o Bloco de Partos. As indicações terapêuticas são decorrentes do risco materno-fetal (como a RPM, infecção ovular, macrosomia fetal, RCIU, hipertensão materna, diabetes, entre outras) (ACOG, 2009 cit. por SOUZA ASR et. al, 2010). No que diz respeito às eletivas, os Protocolos de serviço do HPH indicam a programação da indução do parto para as 41 semanas, devido ao aumento do

risco de morbilidade e mortalidade fetal da gestação prolongada, assim como recomendam as guidelines da NICE (2008).

Atualmente estão disponíveis dois tipos de métodos para a indução do parto: os mecânicos como a amniotomia, e os farmacológicos como a ocitocina e as prostaglandinas. A prática da amniotomia não é utilizada no HPH principalmente por duas razões, relacionadas com o tempo que pode demorar para desencadear o TP e o risco de infeção uterina e fetal aumentado pelo tempo de rotura das membranas. Esta conduta também não é recomendada como método de indução do TP pelas guidelines da NICE (2008).

Na admissão da grávida era realizada a avaliação inicial e o exame pélvico (colo uterino, estado das membranas, apresentação e bem-estar fetal). O estado do colo uterino é fundamental para a indução e avaliação da evolução do TP, através da atribuição pontuação de valor prognóstico do Índice de Bishop para o seu êxito (CUNHA, 2010).

A dinoprostona é o método farmacológico mais utilizado para induções do parto no HPH, sendo também o mais recomendado segundo as guidelines da NICE (2008). Apesar de não haver evidências suficientes quanto aos riscos e benefícios, a atual recomendação é de que a indução com misoprostol seja evitada (SOUZA ASR, et. al, 2010), no entanto a sua utilização é escolha preferencial de alguns Obstetras do HPH, principalmente em grávidas com asma brônquica (contraindicação para o uso de dinoprostona). Este facto é um alerta para uma vigilância mais apertada do EEESMO.

Antes de iniciada a indução, as mulheres eram informadas quanto aos cuidados e riscos do tratamento como parte integrante do processo de tomada de decisão, e assinavam o consentimento informado para iniciar o tratamento.

Tendo em conta as complicações maternas (infeção uterina, rotura uterina, intoxicação hídrica e morte) e fetais (infeção pela RPM e/ou manipulação uterina) da indução farmacológica do TP, foi mantida vigilância apertada do bem-estar materno-fetal (CUNHA, 2010). Embora a indução em gestantes com cesariana anterior esteja presente na prática obstétrica do HPH, esta é bastante controversa na literatura, pelo que exigiu um reforço da vigilância materno-fetal.

Durante o estágio na UGR e Bloco de Partos, a taquissistolia ou hiperestimulação uterina foram das complicações mais frequentes da indução do TP, verificadas através dos relatos da grávida e do registo das contrações no traçado da CTG. Nestes casos, a remoção do agente indutor (prostaglandina ou ocitocina) foi suficiente para reverter a situação, embora o material para iniciar tocólise de emergência estivesse preparado para ser utilizado.

Na UGR, o acompanhamento da mulher em início de TP (induzido ou espontâneo) requer uma avaliação das queixas algícas, do estado do colo uterino e análise das

contrações uterinas, que em associação constituem elementos que permitem a decisão de transferência para o Bloco de Partos.

A transferência de mulheres da UGR é realizada para o Bloco Operatório quando a grávida tem indicação para realização de cesariana. Em ambos os casos é transmitida ao enfermeiro responsável pela grávida a informação essencial para a prestação de cuidados. Após preparar a grávida para o Bloco Operatório (cuidados de higiene, jejum, cateterismo periférico, soroterapia) e assegurar o bem-estar fetal pela frequência cardíaca fetal (FCF), o transporte é realizado após indicação telefônica do BO. Por outro lado, o transporte para o Bloco de Partos é realizado após indicação médica, em que a grávida é acompanhada junto com o acompanhante para a sala que lhe foi atribuída e apresentada aos EEESMO que responsáveis pela prestação de cuidados.

2.1.2 Trabalho de parto

Neste âmbito do projeto de estágio, o desenvolvimento e aquisição de competências específicas traduziu-se na implementação de cuidados especializados durante o TP e parto (eutócico e ou distócico) à mulher e ao RN normal e ou de risco.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010b), é pretendido que o EEESMO cuide da mulher e família de uma forma culturalmente congruente durante o TP e parto, em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, de acordo com as competências definidas.

Apesar da prática clínica ter como base os protocolos do serviço, os cuidados prestados foram adaptadas a cada nova situação e ao plano de parto foi estabelecido com mulher. Contudo, como o parto não é um acontecimento totalmente previsível, por vezes mostrou-se necessário alterar o plano de parto em conformidade com a evolução do mesmo.

No momento da admissão e ao longo da sua permanência no Bloco de Partos foram realizadas à parturiente questões relacionadas com a adesão ou não a rotinas de internamento, quanto à escolha do acompanhante (que na maioria das vezes é o companheiro, pai do bebé), com aspetos respeitantes ao ambiente na sala de parto (a existência de música, a temperatura e luminosidade da sala), em relação à gestão da dor, na opção pela anestesia epidural, sistémica ou pelos métodos não farmacológicos para o alívio da dor (uso da bola, massagens, duche) e também sobre as opções que dizem respeito ao RN (a laqueação do cordão umbilical, se deseja que o bebé seja colocado pele

com pele sobre a barriga, se pretende amamentar e se o quer fazer na 1ª hora de vida da criança).

Na generalidade, a promoção do *empowerment* nas mulheres portuguesas (da sua capacidade para discutir e decidir sobre os cuidados a ser realizados no parto e nascimento) ainda está pouco desenvolvida, quer por falta de conhecimentos quer por falta de abertura dos profissionais de saúde e instituições. Apesar dos esforços realizados no Bloco de Partos do HPH irem de encontro à realização de cuidados decididos conjuntamente com as parturientes, muitas mulheres evidenciam uma atitude passiva ao passar para o profissional de saúde a capacidade de decisão sobre o parto.

Baseado em princípios éticos e fundamentado em evidências, o parto deve ser encarado como um fenómeno fisiológico no qual a mulher se insere como orientadora do processo (SODRÉ T.M., et. al , 2010).

Para tal, o enfermeiro tem o objetivo de que ela se empodere. Esta prática tem por objetivo permitir uma mudança na dominação tradicional do processo de medicalização sobre as mulheres, garantindo-lhes a autonomia no que se refere ao controle dos seus corpos, da sua sexualidade, da consciência da sua habilidade e competência para produzir e criar (COSTA A.A, 2006, cit. por PORFÍRIO A.B; PROGIANTI J.M; SOUZA D.O.M., 2010)

O suporte durante o TP engloba o apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, aconselhamento e informação à mulher e acompanhante. Segundo Hodnett e colaboradores (2011), as parturientes com apoio contínuo são mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo, um TP mais curto, menor probabilidade de complicações e intervenções obstétricas (indução do TP, episiotomia, partos distócicos) e de necessitar de analgesia, demonstrando maior auto-estima e satisfação.

O apoio aos acompanhantes durante o estágio passou por respeitar a sua decisão sobre o grau de envolvimento, informar sobre o TP e das necessidades da mulher, oferecer ensinamentos sobre medidas de conforto, reforçar os seus esforços de participação, promover o seu conforto e estimular períodos de descanso. Estas actividades fazem parte de um leque de intervenções de enfermagem sugeridas por Lowdermilk e Perry (2008).

Para promover o conforto e o relaxamento da parturiente foi mantida a privacidade, as luzes da sala podiam ser desligadas quando não necessárias e o ruído era reduzido ao mínimo, ou a música ligada se a mulher deseja-se, e o acompanhante era envolvido e encorajado a participar nos cuidados à mulher. Tal como defendem Lowdermilk e Perry (2008), a mulher em TP deve sentir-se segura na sala de partos e livre para usar as medidas de relaxamento e de conforto que prefere.

Nesse sentido, torna-se fundamental propiciar uma experiência de parto positiva, além de amenizar os receios e incertezas envolvidos, criando sentimentos de confiança e

segurança. Assim sendo, era explicado todo o processo e os procedimentos associados ao TP e parto, para que a parturiente mostra-se aberta para as mudanças que são necessárias a um ambiente para o parto envolto por cuidado e conforto.

É muito frequente durante o processo de TP as parturientes e acompanhantes demonstrarem ansiedades e receios, tanto relacionados com o próprio internamento, como pelo bem-estar materno-fetal ou mesmo pela falta de conhecimento sobre o TP e procedimentos (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Como referem Dias e Deslandes (2006, cit. por FRELLO; CARRARO, 2010:666) os profissionais *precisam de modificar posturas, ao evitarem intervir sem necessidade, ao reconhecerem os aspetos sociais e culturais do processo de parto e ao oferecerem o suporte emocional à mulher e sua família.*

Para tal, foi adotada uma postura na forma de agir que promovesse a existência de uma prática emancipatória. Em todos os momentos procurei agir sob uma postura empática para envolver a mulher no processo de TP e na tomada de decisões relacionadas com a prestação de cuidados, respeitando as necessidades e opções individuais, mostrando disponibilidade e encorajando a mulher e acompanhante a expressarem dúvidas e preocupações.

Foram também praticadas outras medidas de suporte emocional com a finalidade de reduzir a ansiedade e envolver todos os intervenientes no processo de nascimento. Estas medidas envolviam a partilha de informação sobre o progresso do TP, discussão das expectativas relacionadas com o nascimento, ensinamentos sobre TP e desenvolvimento fetal, adequação do ambiente físico aos desejos da mulher, o reconhecimento e reforço positivo dos seus esforços, assegurando e incentivando a sua participação e do acompanhante em todas as fases.

Em alguns casos verificou-se que a dor associada à contração uterina era um fator condicionante do estado de ansiedade das parturientes.

A dor representa um importante sinal do início do TP tendo como componente essencial a contração uterina associada à dilatação do colo uterino, distensão do segmento inferior e isquemia uterina, e posteriormente no segundo período, associada à distensão do canal de parto, à tração dos ligamentos útero-cervicais e peritoneu, à pressão da apresentação sobre as estruturas pélvicas e à dor relacionada com os esforços expulsivos (LOWE, 2002, cit. por LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Durante o processo de TP compete-me avaliar a dor da mulher e relacionar as queixas com o período e fase de TP, selecionando intervenções farmacológicas ou/e não-farmacológicas para promover o alívio da dor, tendo em conta a situação específica e as preferências da parturiente e acompanhante.

Segundo Graça (2010) não existem evidências científicas que indiquem que a dor do parto é benéfica para a grávida ou para o feto. Segundo o autor o stresse, a ansiedade e a dor promovem alterações da homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre a mulher e o feto, afetando a normal evolução do parto.

O crescente aumento da utilização de analgesia durante o TP tem exigido dos profissionais a mobilização de conhecimentos sobre farmacologia e tipos de analgesia, para que de forma consciente e informada seja capaz de colaborar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

Atualmente, a analgesia epidural constitui a técnica preferencial e mais eficaz no alívio da dor no TP, e defendida por muitos investigadores como a que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal (GRAÇA, L.M., 2010). Ainda assim, mantem-se controvérsia sobre os seus efeitos no RN e na duração do trabalho.

A fim de testar essa hipótese Mousa, Al-Metwalli e Mostafa (2012), realizaram um estudo com 160 nulíparas em TP espontâneo distribuídas em dois grupos, com ou sem analgesia epidural. Os resultados demonstraram que não existem diferenças estatísticas na duração da fase ativa do primeiro e do segundo período de TP, no número de partos instrumentados (fórceps, ventosa e cesariana) ou no número de RN's com pontuações de Apgar inferior a 7, no 1º e 5º minuto de vida. Embora não tenha havido diferenças significativas no número de parturientes a receber ocitocina endovenosa, a dose máxima de ocitocina foi significativamente maior no grupo da analgesia epidural.

As conclusões deste estudo indicam que apesar de analgesia epidural não prolongar o TP (em comparação com gestantes sem analgesia), mostrou-se necessário o aumento significativo do ritmo de perfusão de ocitocina para manter a média de duração do TP. Graça (2010), justifica esta prática pela necessidade de aumentar os perfusão endovenosa de fluídos após analgesia epidural, pelo risco de hipotensão materna e consequente hipoperfusão placentária, o que promove a diminuição de ocitocina circulante no sangue.

Se a escolha da mulher fosse de encontro à realização de anestesia epidural era contactado o Anestesta e preparado o material para colocação do cateter epidural. Conjuntamente com o Anestesta, eram explicados à mulher os passos do procedimento, os efeitos dos fármacos ministrados e obtido o consentimento informado da parturiente. Além de colaborar com o Anestesta na realização do procedimento, os cuidados incluíam a assistência da mulher no posicionamento, explicação sobre como ela podia colaborar durante a técnica, o ensino e instrução de técnicas de respiração durante a contração uterina.

Tendo como base os conhecimentos sobre o Protocolo de analgesia epidural do HPH e os efeitos secundários do Sufentanil e da Ropivacaina, as intervenções incluíam a

monitorização dos sinais vitais (vigilância de hipotensão materna, hipertermia e dor), da CTG (vigilância do bem-estar fetal) e a algaliação (caso não ocorresse micção espontânea ou a mulher apresenta-se globo vesical, por risco aumentado de retenção urinária).

A analgesia epidural oferece o melhor alívio da dor para muitas mulheres em TP. No entanto, se a realização da técnica for contraindicada ou se a mulher não desejar ter analgesia epidural, a administração de opióides sistêmicos (como a Petidina e o Tramadol) são alternativas possíveis.

Um estudo realizado por Khooshideh e Shahriari (2009) demonstrou que tanto o Tramadol como a Petidina podem ser uma solução analgésica eficaz na primeira etapa do TP. Apesar do Tramadol estar associado a uma menor duração do trabalho e menor incidência de efeitos colaterais maternos, a sua eficácia não foi tão grande como a da Petidina, especialmente na segunda fase do TP.

Todavia, desde há alguns anos, a administração de opióides sistêmicos durante o TP está associada à ocorrência de depressão respiratória neonatal, diminuição do estadio de vigília e a diminuição da sucção. Tem sido posta a hipótese de que este efeito é mais evidente na administração endovenosa do fármaco e se o nascimento ocorrer duas a três horas após a toma.

Os resultados do estudo de Khooshideh e Shahriari (2009) corroboram estudos anteriores que verificaram que após a administração de petidina e tramadol à parturiente, não foi necessária reanimação neonatal por depressão respiratória e os Índices de Apgar nos RN estiveram dentro da normalidade.

Estudos realizados demonstram que os *outcomes* neonatais sugerem que os benefícios da analgesia opióide sistêmica superam as influências nocivas. Ainda assim, os resultados associados ao índice de Apgar e o equilíbrio ácido-base neonatal são mais favoráveis na analgesia epidural do que quando administrados opióides sistêmico (REYNOLDS, F., 2010).

Contudo, para atuar eficazmente em caso de necessidade de reanimação neonatal, ao prestar os primeiros cuidados após o nascimento foi tida em consideração a presença de sinais e sintomas apresentados pelo RN, tendo conta os horários e o tipo de fármacos administrados à mulher durante o TP.

Recordando os relatos recolhidos ao longo do estágio, verificou-se o maior medo das parturientes é o de sentir dor e de não ser capaz de colaborar no nascimento do filho. No entanto, existiram casos de mulheres que optaram por ter um parto natural, sem analgesia. O primeiro parto realizado no estágio foi o de uma parturiente de nacionalidade chinesa que recusou analgesia (apesar de ter tido dois partos anteriores com epidural), tendo demonstrado ao longo do TP um autocontrolo eficaz, ficando no fim satisfeita com a sua escolha.

A compreensão das crenças, dos valores e das práticas de várias culturas ajuda o EEESMO a proporcionar cuidados adequados e culturalmente congruentes (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Existem outras formas de aliviar a dor sem recorrer a fármacos e a técnicas invasivas. O banho de chuveiro, as técnicas de respiração, a musicoterapia, a movimentação, a massagem, incluindo a mudança de posição e a deambulação, entre outras, são métodos não farmacológicos que foram sugeridos à mulher durante o TP, com o objetivo de relaxamento e redução da dor e consequente favorecimento do processo de TP.

Além dos aspetos psicossociais envolvidos no processo de trabalho de parto foram tidas em consideração outras áreas de intervenção do EEESMO.

A identificação e monitorização do TP integra o rol de competências do EEESMO desenvolvidas neste estágio, pelo que tornou-se essencial a aquisição e mobilização de conhecimentos para prestação de cuidados baseados em evidências científicas.

Entende-se por TP o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O TP pode ser abordado em duas perspetivas, relativas aos mecanismos envolvidos no processo e aos três estádios ou períodos que a mulher atravessa - dilatação, período expulsivo e dequitação (GRAÇA, L.M., 2010) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

O primeiro período do TP inicia-se com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo uterino, dividindo-se em três fases: a latente (até aos 3 cm de dilatação e extinção completa do colo), ativa e de transição (até dilatação cervical completa e descida da apresentação). O segundo período decorre desde a dilatação completa e o nascimento. O terceiro período inicia-se com a expulsão do feto e termina com a dequitação (expulsão da placenta) (GRAÇA, L.M., 2010) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Os padrões de evolução normal do TP estão descritos na Figura 1.

Figura 1: Padrões evolutivos normais do parto

	Nulípara	Multípara
1.º estágio	-	-
Duração fase latente	Até 20 h	Até 14 h
Dilatação na fase activa	> 1,2 cm/h	>1,5 cm/h
Duração fase de desaceleração	Até 3 h	Até 1 h
Descida da apresentação	> 1 cm/h	> 2 cm/h
2.º estágio		
Duração normal	Até 45-60 min	Até 15-20 min
3.º estágio		
Duração normal	Até 30 min	Até 30 min

Modificado de Cohen e Friedman, 1983 ^{9,11}

Fonte: Graça (2010)

O mecanismo de TP em apresentação cefálica envolve as rotações e ajustamentos do feto durante a descida pelo canal de parto. Estas iniciam-se com o *encravamento* da cabeça no estreito superior da bacia, depois a *descida* que resulta da pressão do líquido amniótico, da pressão do fundo uterino e das contrações dos músculos abdominais maternos. Quando o polo cefálico fetal encontra resistência do colo do útero ou canal de parto ocorre a *flexão*, sendo que ao nível das espinhas isquiáticas quando a apresentação fetal roda e o seu diâmetro sagital coincide com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto inicia-se a *rotação interna*. A *extensão* ocorre, progressivamente, quando o polo fetal atinge o pavimento pélvico. Após a expulsão da cabeça aguarda-se pela *rotação externa* para restituição da cabeça com dorso, possibilitando a saída do ombro anterior e depois o posterior, terminando com a expulsão do tronco e pernas num movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica (GRAÇA, L.M., 2010).

No entanto, este padrão de descida da apresentação fetal é muito variável. Nas nulíparas o polo cefálico pode encontrar-se ao nível das espinhas isquiáticas mesmo antes do início do TP, já nas múltíparas é frequente a apresentação só iniciar a descida quando a dilatação já está completa (GRAÇA, L.M., 2010).

A progressão do TP era verificada no partograma no qual se realizava o registo da dilatação e extensão do colo e a descida da apresentação, além de outros dados relacionados com a FCF, integridade das membranas e contratilidade uterina.

Embora o partograma seja um instrumento recomendado pela OMS desde 1994, e válido para a vigilância da evolução do TP, McDonald (2010) defende que o início do seu preenchimento deve ser feito próximo ao começo da fase ativa, pois o registo na fase latente pode implicar intervenções obstétricas desnecessárias, por exemplo associadas a um TP estacionário quando se poderá tratar de um falso início de TP.

Nesse âmbito, Rocha (2009) sugere que o critério para internar as mulheres no bloco de partos deve considerar o início da fase ativa do TP, desde que não existam outras condições materno-fetais que indiquem necessidade de vigilância precoce. Esta é a prática realizada no HPH, contudo se a mulher estiver com contrações dolorosas rítmicas é internada na UGR para vigilância, até se encontrar no início da fase ativa do TP.

Parte das informações registadas no partograma são provenientes do exame vaginal realizado à mulher. Habitualmente o toque vaginal é um dos indicadores que revela se a mulher está em verdadeiro TP e permite ao EEESMO determinar a integridade das membranas amnióticas.

Durante o estágio foi presenciado com alguma frequência a realização do toque vaginal por parte de alguns profissionais pouco tempo após da última avaliação. Sendo este exame

desconfortável para a mulher, gerador de traumatismo nos tecidos e de infeção (principalmente em RN de mães com EGB), apenas deveria ser realizado após consulta da última avaliação no partograma e se o estado materno-fetal o indicar (DIXON, L.; FOUREUR, M., 2010).

Em concordância com Lowdermilk e Perry (2008) considera-se que o exame vaginal deve ser praticado em casos específicos como: na admissão da grávida, em alteração significativa da atividade uterina, quando a mulher sente pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorre rutura de membranas ou se observam desacelerações variáveis da diminuição da FCF.

Antes da execução do exame vaginal era explicado em que este consistia e pedida permissão à parturiente para a sua realização. Depois da mulher adotar uma posição confortável, o exame é efetuado com luva esterilizada e lubrificante para avaliação da extinção e dilatação do colo, da integridade das membranas, da apresentação (cefálica, pélvica ou de espádua) e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) e da descida da apresentação no canal de parto.

Os cuidados foram individualizados à situação de cada mulher tendo em consideração os benefícios da realização do exame vaginal com o dano potencial que podia ser causado pela intervenção.

Um dos fenómenos que promove a extinção e dilatação do colo são as contrações uterinas. As contrações do TP são involuntárias e dolorosas, mas consideradas um elemento fulcral para o desenvolvimento do TP, expulsão do feto e da placenta, tendo sido por isso um foco de atenção para prestação de cuidados. A avaliação das contrações uterinas é feita através da descrição subjetiva da mulher, pela palpação abdominal do fundo uterino e pela monitorização eletrónica do traçado tocográfico da CTG.

Cada contração exibe na CTG uma linha em forma de sino e é caracterizada pela sua frequência (sendo cerca de dez minutos no início da fase latente e de um minuto no período expulsivo), intensidade (a força de uma contração no seu pico – leve, moderada ou intensa), duração e tónus de repouso (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Quando após avaliação das características das contrações era identificado um padrão anormal (por excesso ou defeito) ao que é considerado aceitável, o Obstetra era informado da situação.

Outros dados importantes na assistência monitorização do TP adquiridos através das Manobras de Leopold são a situação (longitudinal, transversa e oblíqua), a posição (direita ou esquerda) e o foco fetal (intensidade máxima da FCF), podendo as variações destes fatores podem revelar riscos para o desenvolvimento de complicações durante o TP.

As informações obtidas com as Manobras de Leopold (identificação do fundo uterino e foco fetal) são elementos orientadores para a colocação do Tocodinamómetro e da

Ultrassonografia Doppler da CTG no abdómen materno, que permite a monitorização da FCF, contrações uterinas e movimentos fetais.

O protocolo do serviço do Bloco de Partos indica a monitorização fetal contínua através da CTG a partir da fase ativa do TP, durante a administração de ocitocina, na analgesia epidural, na amniotomia e em parturientes com cesariana prévia.

A evidência demonstra que a CTG contínua durante o TP está associada a uma redução nas convulsões neonatais, mas a um aumento do número de cesarianas e partos vaginais instrumentados (ALFIREVIC, Z; DEVANE, D; GYTE, GML., 2006), a maior discrepância entre observadores na interpretação dos traçados e a uma menor humanização do parto (GRAÇA, L.M., 2010).

No entanto, o registo contínuo da FCF e contrações uterinas permitiu a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção de padrões periódicos e a vigilância de mais de um feto/mulher pelo EEESMO (GRAÇA, L.M., 2010).

Este facto é um ponto a favor do uso da CTG contínua, na medida em que se for considerado que as recomendações atuais de vigilância do TP de baixo risco implicam a auscultação intermitente no primeiro período TP durante 60 segundos cada 15 minutos e no segundo período a cada cinco minutos ou após cada contração (THOMPSON, H. , 2011), é muito difícil para o EEESMO obter o mesmo tipo de controlo e prestar cuidados da mesma qualidade quando tem ao seu cargo a vigilância de mais do que uma parturiente. Ainda assim, as parturientes devem receber informação suficiente e adequada que facilite a escolha informada sobre o tipo de monitorização fetal intraparto (THOMPSON, H. , 2011).

Os protocolos de serviço do HPH também incluem a atuação dos profissionais em situações preventivas, de risco e complicações.

A transmissão vertical do EGB durante o TP pode causar sépsis, pneumonia ou meningite neonatal, sendo os fatores de risco a colonização vaginal/retal da grávida (pesquisa de rotina no exsudado vaginal/retal entre as 35 e as 37 semanas), febre intraparto, rotura de membranas prolongada e parto pré-termo (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Em concordância com os autores Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), os protocolos do serviço do HPH também indicam como primeira linha da profilaxia de infeção neonatal a administração de antibiótico.

Durante a admissão da mulher a avaliação da integridade das membranas e do líquido amniótico foi de extrema importância para a monitorização do TP e avaliação do bem-estar materno-fetal. Quer a mulher seja admitida com membranas rotas ou a rutura ocorra no Bloco de Partos era essencial definir a hora e as características do líquido amniótico, pois são importantes indicadores para prestação de cuidados.

Segundo os protocolos do serviço, quando a mulher tem uma ruptura de membranas superior a doze horas deve iniciar-se a profilaxia antibiótica, fazendo preferencialmente no mínimo duas tomas antes do parto, para diminuir o risco de infecção materna e neonatal.

No que diz respeito às características do líquido, a presença de mecônio ou líquido tingido é um importante indicador de risco do bem-estar fetal e neonatal. Os resultados de um estudo realizado por Duhan e seus colaboradores (2010), demonstraram que a presença de mecônio espesso está associada a uma maior taxa de cesariana, a um baixo índice de Apgar no primeiro minuto e a um maior número de internamentos de RN no serviço de Neonatologia. Os autores sugerem que em mulheres que seja identificado mecônio no líquido amniótico devem ser continuas e cuidadosamente monitorizadas no TP, sendo geridas as intervenções obstétricas com a finalidade de evitar asfixia grave no feto e RN.

Tendo por base esta evidência, nos casos em que se verificou a presença de mecônio foram tomadas medidas preventivas, como a notificação do Pediatra, a preparação de material para aspiração de secreções e ventilação assistida, no caso de ser necessário intervir.

Ao longo do estágio no Bloco de Partos foi possível experienciar a prestação de cuidados a parturientes com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, mais especificamente mulheres que desenvolveram diabetes mellitus gestacional.

Na ausência de complicações materno-fetais, o Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011) sugere que em gestantes com bom controlo metabólico apenas com recurso a ajuste do plano alimentar e exercício físico, a indução do parto pode ocorrer entre as 40 e as 41 semanas de gestação. Os potenciais benefícios associados à indução incluem redução do risco de complicações relacionadas com mortes fetais tardias e o aumento excessivo do peso fetal (distocia de ombros e lesões do plexo braquial), se sobrepõem aos riscos da indução do TP.

Tendo em conta os protocolos do serviço, a partir do momento em que é suspensa a alimentação oral deve ser iniciada uma perfusão de soro glicosado a 5% alternando com polieletrolítico com glicose ao mesmo ritmo. Simultaneamente era iniciada pesquisa de glicemia capilar de 4/4h com administração subcutânea de insulina de ação rápida segundo esquema predefinido, e realizada a vigilância dos sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia.

Após o parto e reinício da alimentação oral da puérpera eram suspensos os soros e as pesquisas de glicemia capilar, sendo que ao RN era mantida a monitorização da glicemia capilar antes das mamadas até se verificarem três valores consecutivos superiores a 50 mg/dl.

O relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011) recomenda no intraparto a mesma perfusão de soroterapia e horário de pesquisa de glicemia capilar, mas difere no esquema insulínico. Logo que inicie alimentação, as recomendações são também para suspender soroterapia, no entanto deve manter-se a pesquisa de glicemias antes do pequeno-almoço, almoço e jantar e suspender se a glicemia for inferior a 120 mg/dl em três monitorizações sucessivas (ou contactar o médico para a instituição de terapêutica de base se glicemia superior a 200 mg/dl em duas monitorizações sucessivas).

Tendo em conta que os protocolos do serviço ainda não sofreram atualização desde as recentes recomendações do Consenso, os cuidados prestados no Bloco de Partos vão de encontro às indicações do protocolo atual. No entanto, considerando a premissa de que cuidados especializados deve ser realizados baseados em evidências científicas atuais, foi sentida a necessidade de adquirir conhecimentos sobre as recentes diretrizes.

Além das patologias relacionadas com a gravidez o EEESMO deve ter em consideração as alterações fisiologias associadas ao mecanismo do TP.

Durante o TP estive atenta à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação e extinção do colo e progressão do feto no canal de parto. Existem dois tipos de mecanismo responsáveis pela distocia do TP: de natureza dinâmica (disfunção contrátil uterina e forças expulsivas involuntárias) e mecânica (anomalias de apresentação, posição e dimensões fetais, da bacia materna e dos tecidos moles do canal de parto). Neste trabalho vão ser abordadas as distocias dinâmicas, mais comumente ocorridas durante o estágio.

Segundo Graça (2010) a disfunção contrátil uterina define-se pela ausência de forças uterinas suficientemente fortes ou devidamente coordenadas para promover a extinção e dilatação cervical.

A disfunção contrátil hipotónica caracteriza-se por contrações de baixa amplitude (inferior a 50mmhg) de duração inferior a 45 segundos e com um intervalo de menos de duas contrações em dez minutos, insuficientes para extinguir e dilatar o colo a um ritmo satisfatório. Geralmente ocorre na fase ativa do TP e pode ter como etiologia a existência de apresentações anómalas ou incompatibilidade feto-pélvica, a hiperdistensão uterina (gravidez gemelar ou hidrâmnios) e a rigidez cervical (GRAÇA, L.M., 2010).

Antes de iniciar qualquer intervenção era necessário assegurar que a parturiente se encontrava realmente na fase ativa do TP e que não estávamos perante um caso de IFP. Na grande maioria dos casos foi identificada a hipotonia uterina na segunda fase do TP, pelo que após análise de cada caso em particular, foram realizadas intervenções como a amniotomia, administração de perfusão ocitócica para estimular a progressão do TP.

A disfunção contrátil hipertónica consiste numa descoordenação da contratilidade uterina representada por ondas contrácteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos curtos e irregulares. Estes padrões são mais frequentemente observados na fase latente do TP e os mais bem definidos são o da hipertonia uterina (contração uterina com mais de dois minutos) e taquissistolia (cinco ou mais contrações em dez minutos), que para além de não ser eficazes na promoção da extinção e dilatação do colo, aumentam o risco de hipoxia fetal e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (GRAÇA, L.M., 2010).

Apesar de terem sido raros, a intervenção nestes casos passou por suspender tocólise ou perfusão ocitócica, administrar fluidos endovenosos, posicionar a mulher em decúbito lateral esquerdo para melhorar a perfusão útero-placentária e a oxigenoterapia por curtos períodos. Quando mesmo assim a situação se manteve, tal como defendem Graça (2010) e a NICE (2007), foi necessário iniciar tocólise segundo protocolo do serviço.

Tal como foi demonstrado na Figura 1 as duas fases do primeiro período do TP tem geralmente a duração de várias horas e diferem entre as nulíparas e múltiparas, assim como a descida de apresentação fetal. O registo destes dados é realizado ao longo do TP no partograma e a sua análise permitiu detetar precocemente anomalias do TP orientando a atuação para resolução do problema.

A NICE (2007 cit. por MCDONALD, G., 2010) recomenda que para o diagnóstico de prolongamento do primeiro período do TP deve ser considerada a velocidade de dilatação cervical, a descida e rotação da apresentação fetal, e alterações da frequência, intensidade e duração das contrações uterinas.

A sistematização das alterações do TP, baseadas nos critérios de diagnóstico definidos por Friedman, estão resumidas na Figura 2.

Figura 2: Padrões anormais do TP e critérios de diagnóstico

Padrão de TP	Critérios de diagnóstico	
	Nulíparas	Múltiparas
F. latente prolongada	> 20 h	> 14 h
F. activa prolongada	< 1,2 cm/h	< 1,5 cm/h
F. desaceleração prolongada	> 3 h	> 1 h
Paragem secund. dilatação	> 2 h	> 2 h
Progressão da apresent. prolong.	< 1 cm/h	< 2 cm/h
Ausência de progressão	Ausência de descida: apresentação no 2.º estágio durante ≥ 1 h	

Modificado de Cohen e Friedman, 1983 ²

Fonte: Graça (2010)

As causas mais frequentes do prolongamento da fase latente são a administração precoce e excessiva de analgésicos, disfunção uterina hipotónica e o recurso à analgesia epidural antes do TP estar bem estabelecido (GRAÇA, L.M., 2010).

Assim sendo, as intervenções nestes casos passaram por adiar a administração desses fármacos, implementar medidas não farmacológicas de alívio da dor, e iniciar a administração de ocitocina se tiver ocorrido a rutura de membranas amnióticas. Também ocorreram casos em que não se verificou qualquer evolução e se estava perante um falso TP, pelo que a mulher teve alta do Bloco de Partos.

A fase ativa e a fase de desaceleração prolongada, o prolongamento da progressão da apresentação, a paragem secundária da dilatação e ausência de progressão da dilatação (que pode ocorrer na fase ativa ou no período expulsivo) são padrões anómalos que estão geralmente relacionados. Os seus fatores causais geralmente são as apresentações de vértice nas variedades posteriores e transversa, a hipotonia uterina e a analgesia epidural, contudo deve-se descartar a existência de incompatibilidade feto-pélvica antes de qualquer atitude terapêutica (GRAÇA, L.M., 2010).

Os resultados do estudo realizado por Nachum e colaboradores (2010) evidenciaram que a realização combinada de amniotomia e a administração de ocitocina foram mais eficazes na progressão do TP em mulheres com fase latente prolongada, em comparação com a realização das intervenções isoladamente. Também se verificou que a satisfação das mulheres foi maior no grupo em que o TP ocorreu normalmente e no grupo das mulheres com fase latente prolongada que foi realizada a amniotomia e administrada ocitocina.

Com o objetivo de investigar os efeitos da estimulação precoce do TP com amniotomia e ocitocina na prevenção e tratamento do TP prolongado, sobre a taxa de cesariana e os indicadores de morbilidade materna e neonatal, Wei e colaboradores (2009) realizaram uma revisão sistemática com doze estudos (7792 mulheres) que concluiu que a realização precoce de amniotomia e administração de ocitocina parece estar associada a uma diminuição modesta na taxa de cesariana.

Tendo em conta que Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesariana, estimando-se mais de 36% de nascimentos por cesariana na região norte no ano de 2009 (COMISSÃO PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS DA ARS NORTE, 2012), considerei importante a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de práticas baseada em evidências científicas, para promover a redução da taxa de cesarianas.

Segundo o relatório da Comissão Para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte (2010) a suspeita de incompatibilidade feto-pélvica é o motivo que mais frequentemente leva à realização de cesariana, pelo que a avaliação e determinação da adequação da

estrutura pélvica materna em relação ao feto durante o TP foram importantes fatores orientadores para a prestação de cuidados.

Esta avaliação era realizada com a determinação dos limites ósseos do canal de parto (estreitos superior, inferior e plano médio) e tendo como base o conhecimento da existência de fatores de risco, como a diabetes materna, macrosomia fetal, distocia de ombros em parto anterior ou o prolongamento do segundo período de TP (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

As situações de manifesta incompatibilidade entre as dimensões da bacia óssea materna e da cabeça fetal são raras, mas quando ocorrem são critério para realização de cesariana.

Na generalidade, de forma a otimizar as condições de saúde da mãe e do feto foram planeadas e implementadas intervenções adequadas à evolução do TP. A parturiente era incentivada à deambulação sempre que possível, pois diversos estudos têm demonstrado que deambulação e a posição supina durante o primeiro período do TP podem ter efeitos fisiológicos favoráveis para a mãe, feto e para a progressão do TP.

Uma revisão sistemática que incluiu 21 ensaios clínicos randomizados com 3706 mulheres verificou-se que a deambulação e a posição vertical reduziram em uma hora a duração do primeiro período do TP e não esteve associada ao aumento de intervenções médicas ou efeitos negativos para mães e seus filhos (LAWRENCE, A. et al. , 2009). Contudo, concordo com as recomendações dos autores, de que as mulheres devem ser encorajadas a descobrir a posição mais confortável.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) a deambulação está contraindicada nos casos que a mulher está sob analgesia epidural, devido ao risco de queda, e nos casos em que as membranas amnióticas não estão integras e a apresentação não está encrevada, pelo risco de prolapso do cordão umbilical.

Tendo em conta os fatores anteriormente mencionados, em alguns casos, foi sugerida a utilização da bola de parto para promover a mobilidade materna, a descida da apresentação fetal, o relaxamento e o alívio da dor.

A ingestão de líquidos claros (água ou chá) na mulher em TP pode estar condicionada em algumas salas de parto. Esta prática é contestada numa revisão sistemática (incluído cinco estudos e 3130 mulheres de baixo), que concluiu não existir riscos ou benefícios na restrição de líquidos e alimentos para as mulheres em TP. Contudo, os autores destacam que não há estudos em mulheres com gravidez de alto risco, não existindo evidências que corroborem essa prática nessas parturientes (SINGATA, M.; TRANMER, J; GYTE, GML, 2012).

O jejum está recomendado se existir a probabilidade de uma cesariana ou de anestesia geral (NICE, 2007).

Durante o TP a mulher era também encorajada à micção espontânea (pelo menos de duas em duas horas), já que uma bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e promover a diminuição do tônus da bexiga (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Pelo fato da maioria das parturientes solicitar a analgesia epidural, que promove a retenção urinária, a eliminação vesical constituiu um foco da minha atenção. No caso das medidas de estimulação urinária não serem eficazes a algaliação até ao momento de parto mostrou-se ser uma intervenção necessária para o esvaziamento vesical e progressão do TP.

Outra das medidas interventivas no TP é a rutura artificial das membranas amnióticas. Segundo o Protocolo da ULSM a amniotomia pode ser efetuada aos 4/5 cm de dilatação desde que haja franca progressão do TP e ausência de complicações materno-fetais. O procedimento está contraindicado em gravidez de alto risco, como mulheres em TP pré-termo, patologia materna (hipertensiva, diabetes mellitus, HIV), gravidez múltipla e placenta prévia (CAPLE, C., 2012).

O mecanismo pelo qual a amniotomia acelera o parto permanece incerto, mas os autores acreditam que após a rutura das membranas, a liberação de prostaglandinas e ocitocina aumenta, resultando em contrações mais fortes e dilatação cervical mais rápida. Contudo, alguns autores consideram a bolsa amniótica como uma bolsa protetora das contrações uterinas, da compressão excessiva do polo cefálico e do cordão umbilical (SMYTH, RMD; ALLDRED, SK; MARKHAM, C., 2011).

Um estudo randomizado controlado concluiu que a rutura artificial de membrana reduziu significativamente a duração do TP sem efeitos prejudiciais materno-fetais e no tipo de parto. Os autores recomendam a realização de mais estudos mas defendem não existir razão para tentar manter a integridade das membranas amnióticas num TP espontâneo na primigesta em que a amniotomia não está contraindicada (BELLAD, MB; KAMAL, P.; RAJESHWARI, P., 2010).

Outro estudo, não tão recente, com grávidas de baixo risco obteve as mesmas conclusões. Além da amniotomia realizada aos 4-5cm de dilatação reduzir significativamente a duração do primeiro período do TP, não influenciou a necessidade de uso de ocitocina para estimulação do TP, a taxa de cesariana e o Índice de Apgar (AJADI, M.A. et al., 2006).

Ainda assim, numa revisão sistemática que envolveu 15 estudos e 5583 mulheres não se verificaram diferenças significativas na duração do primeiro período do TP, parto por cesariana, satisfação materna com a experiência de parto ou índice de Apgar inferior a sete

aos cinco minutos, entre os grupos que foi realizada ou não a amniotomia. Os autores recomendam que a amniotomia não deve ser efetuada de forma rotineira nos cuidados à mulher em TP (SMYTH, RMD; ALLDRED, SK; MARKHAM, C., 2011).

Os requisitos para a sua realização são a técnica assética, a dilatação cervical, a apresentação fetal bem apoiada no colo, bem-estar fetal. Inicialmente era explicado à parturiente os aspetos relacionados com a técnica e obtido o consentimento informado. Tendo em conta o Protocolo do serviço, o procedimento era realizado através da identificação do colo uterino e das membranas amnióticas pelo exame vaginal, com introdução da pinça de amniotomia para romper as membranas. Com a mão esquerda mantinha-se pressão no fundo uterino para manter a cabeça apoiada, permitindo lentamente a saída do líquido amniótico para evitar o prolapso do cordão, que requer uma cesariana de emergência.

Após a amniotomia e determinação da hora da rutura e das características do líquido amniótico (quantidade, cor e cheiro), eram realizados os cuidados perineais. A avaliação da FCF foi realizada antes e após o procedimento de 15/15 minutos, visto que algumas das complicações desta técnica podem ter implicações no bem-estar fetal, como o prolapso ou compressão do cordão umbilical (aumento da frequência de desacelerações fetais) e infeções ascendentes.

No que diz respeito às perfusões endovenosas durante o TP, evidências recentes sugerem um efeito benéfico da administração de uma solução com glicose, independentemente da concentração, associado a um TP mais reduzido em nulíparas com gestação de termo (SHRIVASTAVA VK, et al., 2009). Segundo as Guidelines clínicas do NICE (2007), a perfusão de fluidos endovenosos só deve ser realizada com indicações específicas, como tratamento da hipotensão, em emergências hemorrágicas e na administração de analgesia.

A prática durante o estágio esteve baseada nestas recomendações e evidências, pelo que em presença de baixa variabilidade ou desaceleração fetal (de causa materna), analgesia epidural, jejum, hipotensão materna ou emergência obstétrica, a perfusão de soro com glicose foi uma das medidas interventivas do EEESMO.

Já o uso da ocitocina no bloco de partos está orientado por protocolos específicos e por indicação médica, devendo ser idealmente administrada tendo em conta a história clínica, a resposta uterina e fetal.

Para Clark e colaboradores (2009) a administração de ocitocina para acelerar o TP deveria ser instituída somente após verificação da presença de critérios bem definidos, como o prolongamento da fase latente e ativa do TP, paragem de progressão da apresentação no segundo período de TP e disfunção uterina hipotónica.

Os objetivos da perfusão ocitócica segundo os protocolos do serviço são: contribuir que a fase ativa do TP decorra dentro dos parâmetros fisiológicos, acelerar o TP, estimular e ritmar as contrações uterinas, a indução do TP e a prevenção da atonia uterina no terceiro período do TP.

As contraindicações para a estimulação com ocitocina incluem a incompatibilidade feto-pélvica, prolapso do cordão, situação transversa, FCF não tranquilizadora e placenta prévia. No caso de história de cesariana anterior a sua administração deve ser bem ponderada pelo risco de ruptura uterina (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Sendo o EEESMO o profissional de saúde que permanece em contato direto com a parturiente, monitorizando a perfusão de ocitocina e o traçado cardiotocográfico, teve a responsabilidade de garantir que a administração era feita de forma segura.

Os riscos maternos e fetais da sua administração incluíam a hiperestimulação uterina, descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina, acerações do colo ou hemorragia pós-parto, desacelerações da FCF, asfixia fetal e hipoxia neonatal, em consequência da redução do fluxo placentário.

Assim como defendem Clark e colaboradores (2009) o aumento do ritmo da perfusão ocitócica no Bloco de Partos do HPH não é (na maioria das situações) realizado em intervalos menores do que 30 minutos, atendendo às propriedades farmacocinéticas do fármaco.

Decorrido o primeiro período do TP segue-se o período expulsivo, que tem uma duração normal de cerca de 45 - 60 minutos na nulípara e de 15 - 20 minutos na múltipara. Tendo em conta essa estimativa, preparava e verificava todo o equipamento e material necessário para executar o parto, mantinha-se o ambiente calmo e aquecido na sala, a privacidade e a realização cuidados perineais à parturiente quando necessário.

Os esforços expulsivos maternos podem ser ou não orientados, precoces (logo após a dilatação completa) ou tardios (quando a parturiente sentir vontade de puxar). Vários estudos demonstraram que os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumentado e cesariana. Também se verificou não existir influência do tipo de puxo no Índice de Apgar, na frequência de lacerações perineais, na admissão na neonatologia e na satisfação materna (MAN-LUNG LAI et al. , 2009) (ROBERTS, C.L et al., 2004).

Contudo, existe evidência que os estados de fadiga em mulheres sem analgesia epidural são significativamente reduzidos quando é realizado o puxo tardio (MAN-LUNG LAI et al. , 2009). No que diz respeito às mulheres com epidural não existiram diferenças significativas entre os dois puxos (GILLESBY, E., et al., 2010).

Os resultados destes estudos sugerem que a tomada de decisão no que diz respeito ao momento em que se deve orientar a parturiente a iniciar os esforços não deve ser baseada exclusivamente na dilatação cervical completa, na medida em que a posição, a apresentação e o bem-estar fetal representam importantes fatores a ter em consideração.

Esta questão era discutida com a mulher e a escolha por uma ou outra prática foi individualizada de acordo com as características e as expectativas das parturientes. Sendo assim, a mulher era instruída a iniciar esforços expulsivos e assistida na técnica respiratória e no posicionamento, que pode variar com o puxo em decúbito lateral, semi-fowler ou em posição de litotomia (a posição de cócoras não é muito habitual porque a maioria das mulheres estar sob o efeito da analgesia epidural e ter menos sensibilidade/força nos membro inferiores) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Uma revisão sistemática de 20 ensaios clínicos randomizados (6.135 mulheres) concluiu que as posições verticalizadas ou laterais estão associadas à redução da duração do segundo período do parto, redução de problemas na FCF e relatos de dor elevada nesta fase e menos episiotomias. Contudo verificou-se maior perda de sangue estimada (acima de 500 mL, sem repercussões clínicas consideráveis) e um aumento de lacerações de segundo grau. Apesar do balanço das evidências a favor das posturas não-supinas os autores defendem que são necessários estudos para confirmar esses achados e comparar as diversas posturas não-supinas entre si (GUPTA, JK; HOFMEYR, GJ; SMYTH, RMD., 2009).

Corroborando as conclusões do estudo, sou de acordo que as mulheres devem ser encorajadas adotar a posição que lhe for mais confortável sendo-lhe sugeridas estratégias para melhorar o puxo (uso das barras laterais ou a afastar e fletir os joelhos), o incentivo e o reforço positivo ajudam a mulher a manter os esforços expulsivos e a colaborar no parto.

Alem disso, os ângulos entre o feto e a bacia da mulher mudam constantemente conforme adaptação e progressão do feto ao longo do canal de parto, logo a parturiente pode assumir varias posições para o nascimento (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Ao longo do período expulso, parturiente era encorajada a continuar os esforços expulsivos, assistida nos posicionamentos e incentivada a repousar no intervalo das contrações, respirando profunda e lentamente.

Segundo o Protocolo do serviço sobre o segundo período de TP, para executar o parto o EEESMO deve usar touca, máscara, sapatos, bata e luvas esterilizadas. Para manter técnica asséptica cirúrgica o campo de parto era colocado por baixo das nádegas da mulher, assim como as pernas e o campo esterilizados sobre o abdômen da parturiente.

A descida da apresentação fetal, o plano de Hodje e o mecanismo de parto iam sendo vigiados, assim como as contrações uterinas e a FCF atentamente monitorizadas através do traçado cardiotocográfico. As condições do períneo eram avaliadas à medida que a cabeça

começa a coroar, para identificar a necessidade de realizar tricotomia local e episiotomia mediolateral esquerda (exceto se a mulher tiver recusado a sua realização).

Num passado recente a episiotomia era uma intervenção de rotina usada com o intuito de facilitar a expulsão da cabeça fetal, no entanto várias investigações vieram refutar esta prática pelo que atualmente a episiotomia é repensada e só é efetuada em determinadas situações.

Os resultados da revisão sistemática de Carroli e Mignini (2012) que incluiu oito estudos com 5541 mulheres demonstraram que nas episiotomias realizadas em casos específicos há menor trauma perineal posterior, uma sutura menor e menos complicações, no entanto esteve associada a um maior risco de trauma perineal anterior. Os autores sugerem a realização de ensaios clínicos randomizados para definir as reais indicações de episiotomia: parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrossomia ou ameaça de laceração perineal.

Segundo as diretrizes do ACOG (2007, cit. por AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A., 2010) a realização da episiotomia não deve ser rotineira mas sim por indicação materna ou fetal: evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis. Daí que a decisão de realizar ou não uma episiotomia deve ser individualizada a cada mulher e situação.

Assim sendo, a saída da cabeça era assistida com procedimentos suaves, prevenindo a descompressão brusca com a proteção do períneo, de forma a reduzir lacerações (Manobra modificada de Ritgen).

Após a saída da cabeça efetuava-se uma palpação suave para pesquisar a presença de circulares cervical do cordão. Quando nos deparávamos com uma circular larga o cordão era desenrolado à volta da cabeça, no único caso em que detetamos uma circular apertada o cordão umbilical foi clampado e cortado à vulva.

A cabeça era apoiada durante a restituição e rotação externa, de seguida era libertado o ombro anterior e depois o posterior, mantendo a proteção posterior do períneo com a mão direita. O RN era firmemente seguro e colocado sobre o abdómen da mãe, o nariz e a boca limpos com compressas para facilitar a drenagem de secreções e permeabilizar a via aérea, sendo determinada a hora do nascimento e o Índice de Apgar ao primeiro minuto. De seguida era clampado o cordão umbilical e questionava-se ao acompanhante ou à mãe se gostaria de cortar o cordão. O casal é felicitado pelo nascimento e pela sua colaboração durante todo o processo.

Diversos ensaios clínicos evidenciam benefícios na clampagem tardia do cordão umbilical. Uma revisão sistemática com 7 estudos (297 neonatos) verificou-se que o adiamento da clampagem do cordão em 30 a 120 segundos, em vez da laqueação precoce, parece estar associado com uma menor necessidade de transfusão por anemia, baixa

pressão arterial e menos hemorragia intraventricular (RABE H, REYNOLDS GJ, DIAZ-ROSELLO JL., 2010).

Se necessário é colhido sangue do cordão para criopreservação de células estaminais e/ou para determinação de grupo sanguíneo fetal (incompatibilidade Rh/ABO e grupo O).

Durante o estágio no Bloco de Partos acompanhei o TP de oito mulheres em que foi necessária a intervenção do Obstetra para aplicação de ventosa ou fórceps, relacionado com a existência de um traçado cardiotocográfico não tranquilizador (desaceleração fetal) e/ou esforços expulsivos maternos pouco eficazes.

Durante a intervenção foi disponibilizada assistência ao médico, a mulher era preparada na posição de litotomia e informada do procedimento, até ao nascimento foi assegurado o bem-estar fetal através da monitorização do CTG e incentivada a parturiente para colaborar na técnica, fazendo esforços expulsivos durante a contração.

Imediatamente após o nascimento, ainda sobre o abdómen da mãe, a prioridade foi realizar uma avaliação rápida do RN com determinação do índice de Apgar e assegurar a permeabilidade da via aérea.

O índice de Apgar permitiu avaliar a adaptação do RN à vida extrauterina e a necessidade de reanimação através da verificação dos cinco indicadores fisiológicos: a frequência cardíaca pela auscultação com estetoscópio; a frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica; o tônus muscular pelo grau de flexão e movimento das extremidades; irritabilidade reflexa pela resposta do RN à estimulação do pé; e pela cor da pele (pálida, acrocianose ou rosada), sendo cada item pontuado de 0, 1 ou 2, consoante avaliação ao 1º, 5º e 10º minuto de vida (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Seguidamente à laqueação do cordão umbilical a aspiração suave das vias aéreas, a estimulação tátil e a manutenção da temperatura corporal (com lençol aquecido sob fonte de calor), foram medidas geralmente suficientes para a maioria dos RN estabelecerem a sua adaptação à vida extrauterina. Contudo, foram atentamente vigiados sinais de dificuldade respiratória, como o adejo nasal, tiragem ou gemido expiratório, tal como recomenda Graça (2010).

Segundo o mesmo autor, estima-se que cerca de 1% dos RN necessitam de manobras de reanimação diferenciadas. Alguns RN sofrem uma asfixia grave ao nascer e outros não estabelecem uma respiração eficaz nos primeiros minutos de vida, sendo a sua adaptação cardiorrespiratória extrauterina anormal.

Em caso de necessidade de reanimação neonatal o EEESMO devia atuar de acordo com as Guidelines de ressuscitação neonatal e seguir as seguintes etapas de intervenção: primeiro com os passos iniciais de estabilização, manutenção da temperatura corporal,

secar e estimular o RN, se necessário aspirar a orofaringe e fossas nasais (A), manutenção da respiração com ventilação assistida e administração de oxigénio (B), manutenção da circulação com compressões cardíacas externas (C) e administração de fármacos (D), sendo a última realizada com indicação médica (KATTWINKEL, J. et al. , 2010).

A aspiração da orofaringe do RN à vulva, aquando da presença de mecónio no líquido amniótico, não é uma intervenção frequentemente realizada na sala de partos. Apesar do risco de ocorrência da síndrome de aspiração de mecónio nos RN com mecónio no líquido amniótico estudos demonstram que não há evidências científicas de que a aspiração à vulva e endotraqueal reduza o seu risco (VELAPHI, S; VIDYASAGAR, D. , 2008).

Segundo as recentes recomendações de reanimação neonatal, não há evidências suficientes para recomendar uma mudança na prática atual de se realizar aspiração endotraqueal de bebês pouco reativos com mecónio no líquido amniótico, sendo para tal necessária a realização de mais estudos controlados randomizados (KATTWINKEL, J. et al. , 2010).

Ao nascimento o RN era colocado na barriga da mãe e é oferecida ao pai a oportunidade de cortar o cordão umbilical, prática corrente dos ESSMO na sala de partos de forma a valorizar a participação do pai nos cuidados. Facto que vai de encontro aos resultados do estudo realizado por Brandão (2009) que sugerem que a laqueação do cordão umbilical efetuado pelo pai parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai e o bebé.

A separação do RN da mãe após o parto é comum na cultura ocidental. O contato precoce pele a pele começa ao nascimento e envolve colocar o bebê nu, coberto em toda a volta com um lençol quente, de braços no peito da mãe. Na sala de partos do HPH esta prática foi promovida após realização dos cuidados iniciais ao RN, à exceção dos casos em que a parturiente não o deseje.

Os cuidados imediatos ao RN envolvem a permeabilização da via aérea, a manutenção da temperatura corporal com o gorro e um lençol aquecido, e de seguida é colocado novamente pele com pele na barriga da mãe. O RN é mantido junto da mãe durante a dequitação e correção da episiotomia (se existir) o que permite que a mãe e o pai toquem e explorem o filho.

Como o contato visual é um aspeto primordial na relação do RN com os pais, a aplicação da pomada oftálmica de profilaxia de infeções na sala de partos é realizada após o contacto pele a pele do RN com a mãe.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro concluiu que embora valorizem os cuidados imediatos ao RN, por acreditar que estes cuidados são indispensáveis para garantir a integridade física de seus filhos, as puérperas relatam sentimentos de preocupação,

sensação de afastamento e medo da separação do bebê (CRUZ D.C.S; SYMAM N.S; SPÍNDOLA T., 2007).

Apesar da escassa incidência de morte neonatal durante o contacto pele a pele com a mãe, a vigilância do RN nesse período deve ser realizada atentamente pelo EEESMO, a fim de evitar a morte ou morbidade neonatal. Este facto é corroborado no artigo realizado por Andres e colaboradores (2011) que analisa seis estudos de caso de RN que tiveram complicações durante o contacto pele a pele com a mãe.

A identificação e reconhecimento de alterações morfológicas e funcionais do RN fazem parte das competências a desenvolver pelo EEESMO. Numa das situações ocorridas em estágio foi detetado conjuntamente com o Pediatra o estreitamento das fossas nasais de um RN, que o impedia de respirar e de mamar adequadamente. De uma forma preventiva e para melhor assistência e acompanhamento, o RN foi transferido para a Neonatologia, tendo a situação e patologia sido explicada aos pais. Durante a permanência do casal no Bloco de Partos após o nascimento foram escutadas as suas preocupações e esclarecidas as suas dúvidas em relação ao estado de saúde da criança.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) os sentimentos que surgem da ameaça real da anomalia congénita podem incluir apatia, raiva, hostilidade, medo, embaraço, luto e perda de auto-estima. No caso observado o medo e a incerteza do sucesso do tratamento foram os sentimentos mais evidentes, daí que seja fundamental para estas famílias a orientação e esclarecimento para que sejam capazes de tomar decisões informadas relativas aos cuidados ao seu filho.

A amamentação na primeira hora de vida do RN é uma das recomendações da OMS correspondente ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo dos bebês.

Os resultados de uma revisão sistemática demonstraram um efeito estatisticamente significativo e positivo sobre o sucesso da primeira mamada na duração da amamentação, diminuição da ansiedade, melhoria na interação mãe-bebê, diminuição do choro, reconhecimento do odor do leite materno, manutenção da temperatura, glicemia e de parâmetros cardiorrespiratórios neonatais (MOORE E.R; ANDERSON G.C; BERGMAN N., 2007).

Essa é uma das estratégias prioritárias do HPH para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, já que além de aumentar a duração do aleitamento materno e reduzir a mortalidade neonatal, o contato precoce da mãe com o RN é fundamental para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê (BOCCOLINI, C.S. et. al, 2011).

Após o desgaste do TP e parto nem todas as puérperas se mostravam capazes para amamentar e por esse motivo se mostrou essencial a intervenção da EEESMO na assistência e observação da primeira mamada. Com a exceção dos RN com intercorrências

imediatas após o parto ou necessidade de internamento na Neonatologia, todos os RN que acompanhei foram amamentados na primeira hora de vida.

Para além de tirar partido do primeiro período de reatividade do RN a primeira mamada ajuda a estimular a produção de ocitocina materna que promove a contração uterina, fulcral no período pós-parto imediato (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

O terceiro período do TP é compreendido entre o nascimento e a dequitação, e ocorre ao fim de alguns minutos por ação das contrações uterinas e da redução da área de inserção devido à diminuição do volume uterino após a expulsão do feto (GRAÇA, L.M., 2010).

Após o nascimento as mulheres eram mantidas em decúbito dorsal com a cabeceira baixa e era-lhes explicado que podiam sentir novamente contrações associadas à expulsão da placenta (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Se a perda sanguínea fosse escassa e a puérpera se apresentar em boas condições, pode aguardar-se a dequitação até 30 minutos após o parto. Ainda assim, foram realizadas vigilâncias no âmbito das manifestações clínicas da mulher, da consistência e volume uterino, da perda hemática vaginal, dos sinais que confirmam o descolamento (útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue, sinal de Krustner). Após confirmação do descolamento era solicitado à mulher que realiza-se pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar.

Para gestão do TPT e diminuição do risco de hemorragia o Protocolo do serviço e os Protocolos de Medicina Materno-fetal (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008) indicam uma conduta ativa, após assegurar que existe descolamento placentário. Durante a expulsão da placenta deve realizar-se a manobra de Jacob-Dublin (torção da placenta) para facilitar o seu deslocamento integral.

No momento da dequitação era identificado o mecanismo de expulsão, Schultze (o mais frequente) ou Duncan. Apesar de não ter importância clínica sabe-se que o mecanismo de Duncan acarreta maior perda de sangue, pelo que a sua presença é um indicador para o risco de hemorragia (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Imediatamente após a dequitação era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard massajando circularmente o fundo uterino (manobra de Credê) e iniciada perfusão de ocitócica, de acordo com o Protocolo de serviço do HPH.

No final era procedida a inspeção da placenta (forma, inserção, integridade dos cotilédones, anormalidade), cordão umbilical (inserção na placenta, comprimento, 2 artérias e 1 veia, anormalidade) e membranas (verificar integridade e se tem os dois folhetos), garantindo a sua normalidade e expulsão completa da cavidade uterina.

A importância deste período nos cuidados realizados pelo EEESMO e a sua influência no estado de saúde da mulher suscitou o interesse em definir, com a mais recente evidência científica, as componentes integrantes da gestão ativa do TPT. Esta temática será desenvolvida no terceiro capítulo com uma revisão integrativa da literatura.

Caso o terceiro período de TP não se progredisse de acordo com a normalidade a situação era referida ao médico. Na existência de retenção da placenta ou membranas fragmentadas foi assegurada a analgesia da mulher, o procedimento de revisão vaginal ou uterino era realizado sob condições assépticas e foram administrados ocitócicos para promover a contração e retração uterina adequada.

Os partos vaginais são frequentemente relacionados com algum tipo de trauma do aparelho genital, muitas vezes associado a complicações significativas de curto e longo prazo para a mulher. Os traumas perineais podem ocorrer espontaneamente e causar lacerações (primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau) ou resultar de uma incisão cirúrgica do períneo – episiotomia, realizada pelo profissional de saúde durante o período expulsivo (AASHEIM, V. et. al, 2012).

Após a laqueação do cordão umbilical era avaliada a integridade do canal de parto, inicialmente o períneo e a parede rectal (se suspeita de laceração da mucosa ou esfíncter), e posteriormente à dequitação, a vagina e o colo. Foi decerto essencial a observação minuciosa dos tecidos genitais para deteção de lacerações e identificação do vértice da episiotomia (se existente), na medida em que os traumas perineais são fatores de risco para a hemorragia pós-parto (GRAÇA, L.M., 2010).

Antes de iniciar o procedimento foram asseguradas as condições de assepsia, a limpeza perineal com soro fisiológico, preparado o material e avaliada a analgesia no períneo, pois caso a mulher não tenha analgesia epidural ou o seu efeito tenha acabado, era necessária a anestesia do local da sutura com Lidocaína a 2%, de acordo com o Protocolo do serviço.

A reparação de episiotomia e das lacerações foi realizada por planos. Era iniciada na mucosa vaginal com uma sutura contínua (com pontos travados), cerca de um centímetro acima do vértice até ao anel himenial. O segundo plano correspondia às fibras musculares que devem ser suturadas por camadas até aproximação do tecido celular subcutâneo, com pontos isolados. Para o encerramento da pele foi usado o ponto de *Donati*. As lacerações de segundo grau foram tratadas como a episiotomia, enquanto nas lacerações de primeiro grau era realizada uma sutura contínua para aproximar suavemente os bordos.

A revisão sistemática da literatura realizada por Kettle, Hills e Ismail (2009) sustenta esta prática, pois concluiu que as técnicas de sutura contínuas para encerramento perineal (em comparação com suturas separadas) diminuem a dor até 10 dias pós-parto, com redução

ainda mais significativa se aplicadas em todos os tecidos (vagina, músculos do períneo e na pele).

O tipo de fio é também um fator importante para as suturas de episiotomias e lacerações. O material de sutura de eleição é o fio de sutura de reabsorção rápida que diminui o desconforto e dor pós-parto (GRAÇA, L.M., 2010).

Estão descritos no Anexo II os partos realizados e se houve, em cada caso específico, a necessidade de realizar episiotomia e consequente episiorrafia.

A reparação do canal de parto foi sempre realizada posteriormente à dequitação, pois mais eficazmente se conseguia avaliar o canal de parto e a origem da perda de sangue. Em oposição a esta prática Baksu e colaboradores (2008) defendem que a episiorrafia deve ser realizada antes da dequitação, com base nos resultados do estudo-de-caso controlado que realizaram com 400 nulíparas demonstraram que quando a reparação da episiotomia médio-lateral é feita após a dequitação, a quantidade de sangue perdido é maior comparativamente à que é realizada antes da remoção da placenta.

Tendo em consideração a evidência científica e de acordo com o Protocolo do serviço, aproximadamente duas horas após o parto se estivesse assegurado o bem-estar materno (avaliar coloração de pele e mucosas, sinais vitais estáveis, útero bem contraído, perda sanguínea normal após expressão uterina) e neonatal (cor, choro, reativo a estímulos, iniciou alimentação), era realizada a transferência de ambos para o Serviço de Obstetrícia.

A identificação da puérpera e do acompanhante, o índice obstétrico, antecedentes relevantes (doenças, alergias, grupo sanguíneo, EGB), tipo e hora da rotura, processo de TP, analgesia realizada, tipo e hora do parto, integridade do canal de parto, evolução do pós-parto imediato (condição do útero e tipo de lóquios, início de dieta, micção espontânea), identificação e dados antropométricos do RN, avaliação do bem-estar neonatal, tipo de alimentação e horário da última mamada e, a existência de complicações maternas ou neonatais foram informações comunicadas à Enfermeira do Serviço de Obstetrícia.

2.1.3 Pós-parto

Nesta área de intervenção tornou-se possível o desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências técnico-científicas, necessárias à implementação de cuidados comuns e específicos, no processo de autocuidado, de transição e adaptação à parentalidade e ao desempenho especializado no cuidar a mulher, RN e família durante este período.

Ao longo do estágio verificou-se que o período do pós-parto mostrou ser bastante complexo, no que diz respeito à adaptação da mulher ao novo papel, às exigências que os cuidados ao RN requerem e, não podendo deixar de parte, às alterações fisiológicas que a mulher está sujeita após um parto.

Nas primeiras horas, as puérperas encontram-se dependentes no autocuidado pela indicação de repouso no leito. Nesse período eram realizados os cuidados de higiene parciais e mudanças de roupa quando necessário, e as puérperas iam sendo informadas sobre a importância dos cuidados perineais diários, a limpeza perineal no sentido uretra – ânus e da troca frequente de pensos higiênicos na prevenção de infecção. Assim como recomenda a NICE (2006).

Atualmente o levantar e a deambulação precoce após o parto são determinantes na redução da incidência de tromboembolismo e promoção da vitalidade e autonomia da mulher (NICE, 2006). Segundo o protocolo do Serviço de Obstetrícia, após o período de repouso inicial necessário (seis horas no parto vaginal e 12 horas na cesariana), depois de iniciar dieta e ter tolerado a puérpera era incentivada a iniciar o levantar.

Inicialmente era tido em consideração o estado geral da mulher, as queixas algícas, as condições do útero e a perda vaginal. O procedimento implicava a monitorização dos sinais vitais, a assistência da mulher durante o levantar e a vigilância de sinais e sintomas que antecedem uma lipotímia (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Se o primeiro banho de chuveiro ocorre nas primeiras horas após o parto, a puérpera era acompanhada durante o autocuidado para prevenir o risco de queda, já que as temperaturas elevadas e a humidade no chuveiro provocavam em algumas mulheres mal-estar e tonturas.

Nos casos de cesariana ou em situações em que a puérpera mantinha o repouso por mais de 8 horas, segundo o Protocolo de serviço, foram realizados ensinamentos sobre exercícios ativos e passivos dos membros inferiores na prevenção de tromboembolismo, tal como recomenda Lowdermilk e Perry (2008).

É de esperar que após o parto vaginal a puérpera urine espontaneamente dentro de seis a oito horas. A diminuição do tônus vesical, o edema causado pelo traumatismo ou medo do desconforto podem causar a distensão da bexiga, promovendo a retenção urinária e o deslocamento do útero acima do umbigo impedindo a sua contração. Este facto pode aumentar o risco de hemorragia e de infecção, pelo que é importante a vigilância das primeiras micções pelo EESMO (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Se as intervenções de enfermagem para a promoção da eliminação urinária não surtissem efeito e a puérpera apresentar globo vesical, era ponderada uma algaliação intermitente.

A eliminação intestinal espontânea pode não acontecer nos primeiros três dias após o parto, pela diminuição do tônus muscular do intestino durante o parto. Para a promoção da primeira dejeção as puérperas foram incentivadas a deambular, a ingerir alimentos ricos em fibras e líquidos, e caso necessário a administração de emolientes ou laxantes era lhes proposta. Assim como é recomendado pela NICE (2006).

A importância do restabelecimento do trânsito intestinal está fortemente relacionada com a confirmação da integridade das estruturas adjacentes ao canal de parto, especialmente quando é necessária a sutura de episiotomia ou lacerações.

O processo de involução uterina inicia-se logo após a dequitação com a contração do músculo liso. Ao fim de 12 horas após o parto pode estar um centímetro acima do umbigo, e admitindo que a involução progride aproximadamente um a dois centímetros por 24 horas, ao 10º dia deverá encontrar-se ao nível da sínfise púbica (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). O conhecimento do processo de involução uterina e a avaliação da posição e consistência do útero permitiu a identificação de possíveis complicações, como a retenção de fragmentos placentária ou infecção.

Ao realizar os cuidados de vigilância puerperal através da palpação do fundo uterino foram detetados alguns casos em que o útero não se encontrava bem contraído. Nesse casos, para a promover a involução uterina e a saúde da mulher, era realizada uma massagem suave no fundo do útero em direção à vagina para expelir lóquios ou possíveis coágulos acumulados, até o útero se apresentar contraído ou infra-umbilical. De forma a envolver a puérpera na sua recuperação e promover a sua colaboração nos cuidados foi explicado às mulheres o processo de involução uterina e características ideais do útero, as causas e riscos da atonia uterina e eram simultaneamente instruídas sobre a massagem no fundo do útero.

A observação das características e evolução dos lóquios foi também importante para despistar a existência de hemorragias relacionadas com a ferida perineal, atonia uterina, retenção de restos placentares, lacerações vaginais ou do colo não suturadas.

Durante o estágio foi detetada atonia uterina numa puérpera com antecedentes de Diabetes Gestacional controlada com dieta (com mau controlo metabólico), que submetida a uma cesariana e laqueação tubar, por macrossomia fetal. Embora o puerpério imediato tenha decorrido dentro da normalidade, cerca de oito horas após o parto foi detetada perda de sangue vaginal abundante com coágulos, em que o útero se encontrava globoso e a puérpera apresentava sinais de choque hipovolémico. Apesar de ter sido realizada massagem suave no fundo uterino e administrada perfusão endovenosa com ocitocina, a puérpera mantinha perdas hemáticas abundantes.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) fatores como a multiparidade, hidrâmnios, macrossomia fetal e gestação múltipla, podem estar associados à ocorrência de atonia uterina, já que nestas condições o útero se encontra sobre grande distensão durante a gravidez e se contrai com mais dificuldade no pós-parto. Tendo em conta os fatores de risco presentes e relacionando os factos anteriormente descritos, foi identificada uma possível hemorragia pós-parto resultante de atonia uterina, sendo referenciada a situação ao Obstetra de urgência.

Nos cuidados puerperais realizado estão incluídas a deteção e atuação em situação de complicações maternas no pós-parto, das quais se evidenciam além das hemorragias pós-parto, a coagulopatias, doença tromboembólica, infeções pós-parto, complicações psicológicas e pós-anestésicas.

Durante o estágio no puerpério verificou-se a situação de uma utente que apresentava fotofobia e cefaleias intensas, que atenuavam com a administração de analgesia mas agravavam com o levantar. A punção da dura-máter e extravasamento de líquido cefalorraquidiano durante a colocação do cateter epidural é considerado o principal fator de risco causador de cefaleias, problemas auditivos e visuais (visão enublada, fotofobia, etc.) após punção lombar (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Associando as queixas da utente ao procedimento realizado no parto para analgesia, foi gerido o espaço físico para manter o ambiente calmo e escurecido e a utente orientada para permanecer em repouso no leito. A situação foi comunicada ao Anestesta de urgência que após observar a puérpera aumentou a analgesia prescrita, deu indicação para utente iniciar ingestão de cafeína, realizar reforço da hidratação oral e manter repouso no leito com curtos levantes para realizar o autocuidado higiene. Estas indicações terapêuticas estão em conformidade com o descrito por Govenar (2000) e Hawkins e seus colaboradores (2002, cit. por LOWDERMILK; PERRY, 2008) para o tratamento desta complicação pós-parto.

Foi também comum ao longo do estágio no serviço de puerpério, a prestação de cuidados a puérperas com história de membranas fragmentadas ou retenção parcial de placenta não aderente, na terceira fase do TP. Os cuidados no puerpério centraram-se na vigilância mais apertada dos lóquios, involução uterina, sinais inflamatórios da ferida cirúrgica ou laceração (se existir) e vigilância dos sinais vitais, de modo a avaliar o risco de hemorragia pós-parto e infeção puerperal decorrente da manipulação uterina no parto. Estas intervenções e vigilâncias são defendidas por Lowdermilk e Perry (2008).

O puerpério em mulheres com patologia associada e ou concomitante requer do EEESMO a aquisição de conhecimentos para a correta vigilância e intervenção se

necessário. As patologias maternas mais frequentes no puerpério do HPH são a Diabetes Mellitus e doenças hipertensivas (hipertensão crónica e pré-eclampsia).

Numa das situações vivenciadas em estágio, uma puérpera primípara com antecedentes de diabetes mellitus insulínica, apresentou nas primeiras horas após cesariana às 34 semanas (por restrição de crescimentos fetal), uma crise de hipoglicemia. Cerca de sete horas após a administração de insulina de ação intermédia (segundo esquema da Endocrinologista) a utente foi encontrada no leito inconsciente e com todos os sinais sugestivos de hipoglicemia grave, confirmados após monitorização da glicemia capilar. A atuação imediata implicou a administração endovenosa de soro glicosado com conhecimento médico. Logo após a administração de glicose a glicemia capilar aumentou para 77 mg/dl tendo a puérpera recuperado a consciência, não se tendo verificado mais nenhum episódio de hipoglicemia. Neste caso a pronta intervenção e a vigilância dos sinais e sintomas de alerta evitaram complicações mais graves.

A programação antecipada do parto relacionada com doença hipertensiva materna não é muito frequente, contudo durante o estágio foi possível o desenvolvimento de competências neste âmbito.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), os sintomas de pré-eclâmpsia desaparecem dentro de aproximadamente 48 horas após o parto, no entanto a monitorização dos sinais vitais e a avaliação dos sinais e sintomas de pré-eclâmpsia fizeram parte dos cuidados vigilância.

Além dos cuidados relativos à vigilância foram planeadas e implementadas outras intervenções como: o encorajamento do esclarecimento de dúvidas, a demonstração de disponibilidade para expor receios e sentimentos, e a transferência da utente para uma enfermaria mais silenciosa. Um ambiente calmo, sem estímulos, com pouca luminosidade promove a diminuição da tensão arterial (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Outro dos cuidados prestados relativos à vigilância puerperal foi a avaliação do processo de cicatrização das feridas cirúrgicas (perineal ou abdominal) e lacerações, sendo que os cuidados de enfermagem incluíram o ensino às puérperas sobre os sinais de infeção na ferida e a importância de recorrer a um profissional de saúde caso sejam detetados.

Na sua maioria as puérperas apresentavam queixas algícas relacionadas com a ferida/laceração perineal ou com a presença de hemorroides. Nestes casos a minha intervenção foi de encontro à promoção do alívio da dor ou desconforto com: administração de analgesia prescrita, aplicação de gelo nas primeiras 24 horas para reduzir o edema e a dor, o ensino à puérpera para sentar com os glúteos contraído para reduzir a pressão no períneo, e a aplicação de pomada anti-hemorroidária.

No que diz respeito aos partos por cesariana, a dor no local da ferida cirúrgica agravada pela flatulência podiam dificultar o levante, o autocuidado e a prestação de cuidados ao

RN, pelo que foi fundamental a gestão e administração da analgesia prescrita para promover o alívio da dor, potenciando a saúde da mulher após o parto.

O entusiasmo do nascimento de um filho, a ansiedade da mãe em relação às suas capacidades para cuidar do RN ou a presença de dor, podem dificultar o repouso da puérpera no internamento. De forma a promover o sono reparador as mulheres foram aconselhadas a limitar as visitas durante o dia, a aproveitar os períodos de sono do RN para descansar e repor energias, o ambiente físico (luminosidade, ruídos, temperatura ambiente) e os horários dos cuidados eram geridos para não coincidirem com os períodos de descanso das puérperas.

O puerpério é um período na vida da mulher que carece ser avaliado com especial atenção, pois envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que se podem refletir diretamente na sua saúde mental.

Durante os dois ou três dias de permanência das puérperas no serviço vigiei a manifestação de sinais indicativos de *blues* pós-parto. Este período caracterizado por labilidade emocional, sem razão aparente, sentimentos derrotistas, inquietação, fadiga, insónias, cefaleias, ansiedade, tristeza e raiva (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008) habitualmente desaparece espontaneamente. Segundo Cepêda, Brito e Heitor (2006) nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40 a 60% das mulheres experimentam esta perturbação emocional que pode durar alguns dias.

Durante o estágio foi identificado um caso de *blues* pós-parto, sendo que as minhas intervenções foram direcionadas para os ensinamentos sobre o significado dos *Blues* e os seus efeitos, a utente foi incentivada a descansar enquanto o RN dormia, a deitar-se cedo, a exprimir os seus sentimentos e inseguranças ao marido (ou a um enfermeiro se preferir), pedir ou aceitar a ajuda dos conviventes mais próximos para a realização das tarefas domésticas, e como estava a amamentar foi aconselhada a combinar com a família e amigos a altura mais propícia para as visitas e a dar tempo a si mesma ao bebé para aprenderem todo o processo.

Pelo facto de a depressão pós-parto não se manifestar no puerpério imediato, os cuidados de enfermagem neste âmbito passaram por informar a mulher e família sobre esta patologia como possível complicação pós-parto e quais as estratégias que podem utilizar para prevenir o seu aparecimento.

Beck (2001, cit por LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008) sugere como fatores de risco para depressão pós-parto a depressão pré-natal, baixa autoestima, o stresse, falta de suporte social, a relação conjugal problemática, temperamento “difícil” do RN, mães solteiras,

condição socioeconómica baixa e gravidez não planeada ou vigiada. A deteção dos fatores de risco permite a intervenção precoce com cuidados de enfermagem preventivos.

As puérperas foram orientadas a partilhar com familiares e amigos próximos, os seus sentimentos e os conhecimentos adquiridos sobre a patologia (para que eles a ajudem a detetar sinais de alerta), aconselhadas a ter uma alimentação equilibrada e um padrão satisfatório de sono-reposo, a evitar sobrecarregar-se com as tarefas domésticas e os cuidados ao bebé e, principalmente, a não se envergonhar por ter problemas emocionais após o parto, pois ocorre em cerca de 10% a 15% das puérperas (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Durante o período de aquisição de competências no serviço de Obstetrícia foram também desenvolvidos cuidados na área de adaptação à parentalidade responsável, com a identificação de utentes e famílias suscetíveis de ter dificuldades na parentalidade e no estabelecimento de estratégias para prevenir problemas na adaptação ao papel parental.

Uma das questões essenciais da avaliação foi a observação de comportamentos indicadores de desenvolvimentos de laços emocionais entre o RN e a mãe/família, que se demonstravam quando os pais falam sobre o bebé e as parecenças físicas, no tipo de afetos e contacto corporal e visual que existia quando pegam nele, nos estímulos utilizados pelos pais quando o RN estava acordado, no tipo de reatividade e interesse demonstrado nos cuidados ao bebé e as técnicas que usavam para o acalmar (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Quando uma mãe ou pai demonstram não se sentir confortáveis para pegar no RN, prestar alguns dos cuidados essenciais, usando as pontas dos dedos para o tocar, evitando o contacto visual e prestam mais atenção às visitas que ao bebé, podemos estar perante uma situação de pais com dificuldades na transição e adaptação ao processo de parentalidade.

No estágio não foi constatada nenhuma situação específica, contudo nestes caso seria necessário rever os fatores que predispõem os pais a dificuldades, planejar intervenções para promover a transição para a parentalidade, em colaboração com a utente, família e assistente social.

No que diz respeito aos cuidados ao RN as puérperas foram orientadas, instruídas e treinadas no âmbito das várias áreas envolventes. Foram realizados ensinamentos sobre a lavagem das mãos antes e após a prestação de cuidados ao RN, sobre o banho do RN, sobre os cuidados ao coto umbilical e sobre a mudança da fralda.

Frequentemente associadas aos cuidados de higiene surgiram dúvidas relativas à eliminação urinária e intestinal do RN, tendo sido ensinado aos pais que num RN que esteja

a ser bem alimentado se espera a mudança 6-8 fraldas com urina e cerca de 4 defeções por dia, sendo importante orientar os pais para as estratégias de prevenção e tratamento do eritema das fraldas (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008) (NICE , 2006).

O conhecimento sobre os padrões de sono do RN (frequência, estados de alerta), os diferentes significados do choro do bebé (de fome, necessidade de eructar, de mudar a fralda, dor de cólica e de desconforto) e as estratégias para o acalmar, são dos aspetos considerados mais importantes para promover a confiança e sensação de segurança nos cuidados prestados por os pais, pelo que também fizeram parte das intervenções implementadas.

As questões de segurança relacionadas com a prevenção de quedas, asfixia e queimaduras, a posição para dormir (decúbito lateral ou dorsal, colchão com ligeira elevação da parte superior do corpo) e prevenção do Síndrome de Morte Súbita no Lactente, assim como os cuidados com o transporte do RN (cadeira de automóvel voltada para trás no banco traseiro, fixa com o cinto de segurança, desligados airbags se colocado no banco da frente) foram aspetos importantes nos ensinamentos realizados aos pais antes da alta hospitalar. Assim como, as orientações relacionadas com os sinais de alerta e vigilância de saúde (1ª consulta com o pediatra, vacinação, diagnóstico precoce), recomendadas por Hockenberry (2006), Lowdermilk e Perry (2008) e a NICE (2006).

Os sinais de alerta que os pais eram ensinados a reconhecer e posteriormente recorrer a um profissional de saúde incluíam: a presença de febre (temperatura axilar superior a 38°C), a coloração de pele ou escleróticas amarela, a recusa alimentar por duas vezes consecutivas, vômitos, diarreia ou diminuição da frequência de defeções (menos de duas defeções em 48 horas), diminuição do débito urinário (sem urina por 18 a 24 horas ou menos de seis micções por dia), dificuldade respiratória (presença de adejo nasal, cianose), sucção fraca, sonolência ou dificuldade em despertar, choro inconsolável ou contínuo num tom elevado, secreções oculares e a presença de sinais de infeção do coto umbilical (exsudado esverdeado ou purulento, com cheiro fétido, calor e rubor na pele peri-umbilical) (HOCKENBERRY, M. J., 2006) (NICE , 2006).

A identificação e monitorização do estado de saúde do RN é uma das prioridades na prestação de cuidados do EEESMO, sendo que os utentes com fatores de risco associados requerem maior vigilância.

Os RN's filhos de mães diabéticas apresentam um maior risco de complicações, influenciado pela severidade e duração da patologia materna. Os problemas associados à Diabetes podiam incluir anomalias congénitas, trauma ao nascimento, asfixia perinatal, SDR, cardiomiopatias, hipocalcemia, hipomagnesiemia, hiperbilirrubinemia, policitemia.

Numa das situações vivenciadas em estágio, um RN macrossômico filho de mãe diabética (com mau controlo diabético) nascido de cesariana, apresentou na primeira hora após o parto sinais de hipoglicemia (sudorético, com tremores das extremidades que não revertiam ao toque), tendo sido realizada dupla confirmação da glicemia capilar de 20mg/dl. O RN foi alimentado com leite adaptado e mantido numa incubadora aquecida, tendo sido transferido para Neonatologia após ser observado pela Pediatra de urgência.

A macrossomia está associada aos elevados níveis de glicose materna e nutrientes fornecidos através da placenta, que levaram a uma hiperplasia do pâncreas fetal resultando num aumento significativo da insulina fetal. O elevado nível de glicose sanguínea neonatal baixa rapidamente resultando em hipoglicemia, pelo que é essencial a monitorização da glicemia capilar e vigilância dos sinais de hipoglicemia (agitação, espasmos, letargia, convulsões, cianose, sudorese, olhos revirados e recusa alimentar) nas primeiras 1 a 3 horas após o nascimento (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008) (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2011)

Para a transferência para o Serviço de Neonatologia foram previamente asseguradas todas as condições de transporte: contactado o Serviço de destino para informar da transferência e das condições necessárias para receber o RN, providenciado o berço aquecido, assegurada a permeabilidade das vias aéreas do RN e oxigenação adequada, sendo o RN posicionado em decúbito lateral para facilitar a drenagem de secreções. A transferência deu-se sem intercorrências e de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o transporte deste RN foi realizado obedecendo os procedimentos de segurança.

A icterícia é outro dos problemas fisiológicos do RN identificado no puerpério imediato (segundo, terceiro dia), que surge inicialmente na cabeça e desenvolve-se gradualmente para as extremidades (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

O exame físico ao RN era um dos momentos privilegiados para realizar o teste de branqueamento (reação à pressão digital no nariz, testa ou esterno), que me ajudava a diferenciar a icterícia cutânea da cor da pele. O teste era realizado preferencialmente à luz do dia, pois a luz artificial pode alterar a cor da pele, e se a área pressionada ficasse amarela antes dos capilares voltarem a encher, o médico era notificado da suspeita de icterícia.

Tal como defendem Mannel, Martens e Walker (2011), foram reconhecidos no decorrer do estágio alguns fatores de risco que despertam a atenção para o possível aparecimento de icterícia, tais como a história materna de diabetes mellitus, pré-eclâmpsia, retenção da placenta ou membranas fragmentadas, parto traumático ou distócico, dificuldades na amamentação (RN sonolento, mamadas pouco frequentes, dificuldades na pega) e bebés prematuros ou pequenos para a idade gestacional.

O rastreio auditivo era efetuado por rotina a todos os RN's antes da alta hospitalar e permite identificar e tratar mais precocemente os bebês com perda de audição. A realização do rastreio auditivo é outra das responsabilidades do EEESMO no serviço, assim como o ensino aos pais sobre os motivos da sua realização e referência ao Pediatra caso o rastreio seja inconclusivo. Caso não passasse no rastreio auditivo o RN era encaminhado para uma consulta de repetição do exame com o Pediatra, um mês após o nascimento.

Alguns dos RN's nascidos de parto distócico por ventosa ou fórceps tem maior risco de apresentar lesões corporais, tais como a bossa sero-hemática, sendo que uma das consequências é a manifestação de dor pelo RN.

Ao objetivos do tratamento da dor neonatal são minimizar a intensidade, duração e efeito da dor, maximizar a capacidade do RN lidar com a dor e recuperar da dor (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). No Serviço de Obstetrícia do HPH o controle farmacológico da dor moderada, como a identificada no caso apresentado, é a administração de Paracetamol via oral, após avaliação comportamental do RN.

O sinal comportamental mais comum de dor é o choro de início súbito, de tonalidade mais aguda, sem antecedência de gemidos, com duração aumentada e fase expiratória mais prolongada. As expressões faciais, língua tensa, aprofundamento do sulco nasolabial, tremor do queixo, a presença de rigidez do tronco e a realização de movimentos de flexão e extensão dos membros, são respostas motoras do RN à dor (HOCKENBERRY, M. J., 2006).

A sucção realizada durante a amamentação mostrou-se ser uma forma eficaz de analgesia no RN.

Na prestação de cuidados durante o estágio foram realizadas várias intervenções que vão de encontro à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

De forma a incentivar os serviços de maternidade a apoiarem o aleitamento materno e aliviar os hospitais da dependência dos leites artificiais, em 1991 a OMS e UNICEF criaram a nível mundial a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês que pretende promover a adoção dos *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. (MANNEL, R.; MARTENS, P.J.; WALKER, M., 2011). Desde então o HPH e os seus profissionais têm vindo a implementar medidas que lhes permitiu obter a certificação e o título de Hospital Amigos dos Bebês.

Para o desenvolvimento de competências e em colaboração com a instituição de acolhimento foram direcionados cuidados de enfermagem no âmbito de informar a mulher sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno, explicar às mãe como amamentar e como manter a lactação (mesmo nas mulheres que têm os bebês na Neonatologia, com ensinamentos relativos à extração e conservação de leite materno), oferecer leite adaptado ou outro líquido a RN apenas com indicação do médico, encorajar o aleitamento materno por

livre demanda, manter a mãe o RN em alojamento conjunto, evitar o uso de chupetas ou bicos artificiais (tetinas ou mamilos de silicone) a bebês amamentados substituindo o copo pelo biberão, à exceção dos RN com reflexos débeis ou mães com mamilos rasos ou fissurados.

Uma das dificuldades mais frequentemente demonstrada pelas mães na amamentação é a adaptação do RN à mama. Neste âmbito foram ensinados às mães os sinais de boa pega (boca aberta, lábio inferior invertido, bochechas redondas, queixo junto à mama), a puérpera era assistida a realizar a pega correta e a corrigir o posicionamento do bebê (se necessário).

A estimulação do bebê também se mostrou ser um fator condicionante da adaptação do bebê à mama, pelo que eram instruídas a acordar o bebê antes da mamada, mudar a fralda, conversar com o RN e não o deixar muito agasalhado, pois favorece a sonolência (LEVY, L.; BÉRTOLO, H., 2008).

Quanto à duração da mamada e à utilização de uma ou as duas mamas, as dúvidas junto das puérperas persistem. Assim sendo, as mães eram aconselhadas a permitir que o RN esvazie uma mama até ao fim (até que ele pare espontaneamente ou quando a mama ficar mais mole) e só depois oferecer a outra, sendo que na mamada seguinte deve iniciar pela mama mais cheia. A justificação que foi dada às mulheres depreende-se com o facto de o leite inicial ser mais rico em água e lactose, e à medida que a mamada prossegue o leite vai tendo cada vez mais gordura, e é o que permite que o RN aumente de peso (LEVY, L.; BÉRTOLO, H., 2008).

Muitas vezes as mães mencionavam que não têm leite suficiente porque o RN chora mais do que o habitual, suga muito após as mamadas ou demora muito a mamar. Manifestou-se importante explicar à mulher os sinais de fome e saciedade para que ela identifique se o RN necessita ou não de mamar. Para estimular a produção de leite a puérpera foi aconselhada a amamentar com mais frequência, a favorecer a mamada durante noite (a libertação de prolactina é superior durante a noite) e retirar o leite sempre que não esteja com o bebê. Os sentimentos agradáveis e confiança na sua capacidade de amamentar e a convicção de que o seu leite é o melhor para o bebê também são importantes para ajudar o leite a fluir (LEVY, L.; BÉRTOLO, H., 2008).

As complicações na amamentação que ocorreram com maior frequência foram o ingurgitamento mamário e as fissuras ou macerações do mamilo.

A causa mais comum de dor nos mamilos é a pega incorreta, que pode levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência. As medidas de prevenção e tratamento das fissuras ensinadas às mulheres incluíam: a higiene das mamas sem o uso de sabão, a aplicação de leite no mamilo no final da mamada (facilita a cicatrização), a adoção

da posição correta do RN para a mamada, a observação os sinais de boa pega, a suspensão da sucção do RN se for necessário interromper a mamada (LEVY, L.; BÉRTOLO, H., 2008).

Relativamente ao tratamento do ingurgitamento mamário os cuidados de enfermagem foram direcionados para a orientações das mulheres sobre a mamada em livre demanda, a boa pega e posicionamento, a massagem da mama no duche e a extração de leite antes da mamada (manual ou com bomba) para permitir que a mama fique menos dolorosa e mais mole para o RN sugar mais eficazmente (LEVY, L.; BÉRTOLO, H., 2008) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Desde o momento que a mulher é admitida no Serviço de Obstetrícia foram tidos em consideração os cuidados de enfermagem de orientação para a alta hospitalar, que incluíam aspetos relacionados com a dieta, exercício, vigilância puerperal, sinais de alerta maternos e neonatais, contraceção e atividade sexual, entre outros.

Foram realizados ensinamentos relativos às necessidades dietéticas relacionadas com a prevenção da obstipação e anemia, amamentação e promoção da perda de peso, tendo em conta a presença de patologia crónica materna (NICE , 2006). As vitaminas pré-natais e os suplementos de ferro são frequentemente mantidos até às 6 semanas pós-parto (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

No âmbito da promoção da saúde e recuperação física, as puérperas foram incentivadas a iniciar exercícios pós-parto simples logo após o nascimento, podendo progredir gradualmente para outros mais complexos. Os exercícios pélvicos de Kegel são importantes para fortalecer a musculatura pélvica que suportam a bexiga e a uretra, sobretudo após um parto vaginal, a fim de reduzir o risco de incontinência urinária (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Nos Centros de Saúde da ULSM as utentes encontram uma rede alargada de cuidados de saúde, podendo recorrer ao médico ou enfermeiro de família para o esclarecimento de dúvidas ou em situações de dificuldade.

Durante o internamento forneci informação às utentes relativa à existência da Linha Verde SOS Amamentação do HPH, criada com o intuito de esclarecer dúvidas, orientar para a resolução de problemas e complicações decorrentes da amamentação. A linha está disponível por 24 horas e caso a utilizem podem conversar com uma das enfermeiras do Serviço de Obstetrícia.

Além da linha SOS Amamentação, as utentes têm ao seu dispor os Cantinhos da Amamentação localizados nos Centros de Saúde da ULSM e na maioria das outras USF e os cuidados do EEESMO que integra o Projeto de Enfermagem para a Parentalidade BEM-ME-QUER nas UCC da ULSM.

Foram explicados aos pais aspetos relacionados com a Legislação e os Direitos de Proteção da Maternidade e da Paternidade, e o reencaminhamento para os gabinetes da segurança social ou o sítio oficial na internet para consulta de documentação.

No momento da alta, os pais também foram informados da importância da consulta de revisão do puerpério com o médico assistente entre a quarta e sexta semana pós-parto, assim como a consulta do RN com o pediatra ao 15º dia de vida e o diagnóstico precoce entre o terceiro e sexto após o parto.

No que diz respeito aos cuidados relacionados com o planeamento familiar, mostrou-se relevante identificar as opções da utente sobre o método de contraceção antes da alta, para que possa tomar decisões informadas acerca do controlo da fertilidade antes do recomeço da atividade sexual. Esperar para decidir a contraceção na consulta de revisão de puerpério pode ser tardio, na medida em que, existe a possibilidade da ovulação ocorrer antes do primeiro mês pós-parto e ocorrer uma gravidez não planeada, principalmente nas mulheres que não amamentam (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Durante o estágio constatou-se que algumas utentes que não tinham decidido o método contraceptivo no momento da alta, pelo que foram aconselhadas a utilizar o preservativo masculino até à consulta de revisão do puerpério. Na sua maioria, as mulheres encontravam-se a amamentar no momento da alta e iam optar pelo uso do preservativo ou da pílula progestativa.

Durante o estágio existiu a oportunidade de assistir na introdução do implante subcutâneo de Etonogestrel (Implanon®), tendo sido explicado à utente à sua ação, aplicação, efeitos, durabilidade e cuidados inerentes. Como a utente se encontrava a amamentar, foi-lhe explicado que o implante pode ser utilizado durante a amamentação, pois não existem efeitos sobre a produção ou a quantidade de leite materno, nem sobre o crescimento e desenvolvimento da criança. Embora o Infarmed (2010) recomende a inserção do implante após a quarta semana pós-parto nas mulheres que amamentam, os profissionais de saúde optaram por garantir a contraceção antes de a mulher ter alta hospitalar, visto que já era o quinto filho do casal e a mulher não desejava engravidar novamente.

No que diz respeito à atividade sexual, as mulheres eram orientadas a recomeçar com segurança cerca de quatro semanas após o parto, quando não existir hemorragia e a ferida no períneo se encontrar cicatrizada (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Os efeitos físicos e psicológicos que o parto e o nascimento podem ter no ato sexual são discutidos com a mulher se esta manifestar vontade, embora este assunto ainda seja considerado tabu entre a população portuguesa.

Nesta área dos cuidados do EEESMO o pretendido era prestar cuidados à mulher durante o período pós-natal, de uma forma culturalmente apropriada, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e RN e, promover a sua participação no autocuidado e no processo de transição e adaptação à parentalidade. Após a descrição das atividades desenvolvidas considera-se que o objetivo foi cumprido.

Corroborando as conclusões do estudo de Mercer e Walker (2006), verificamos que na maioria, os relacionamentos interativos entre o EEESMO e as puérperas estão associados ao desenvolvimento de competências maternas de forma mais positiva, em situações de alto risco.

2.2 Outras atividades relevantes

Além das atividades desenvolvidas no local de estágio, foi-nos proporcionada a possibilidade de participar num Curso de Cardiotocografia, de forma a fomentar a aquisição de conhecimentos e competências na área da monitorização e bem-estar fetal.

A CTG é uma das ferramentas que auxiliam o EEESMO na vigilância do bem-estar fetal, sendo que um traçado normal é tradutor de uma adequada oxigenação fetal no momento. Por este motivo revelou-se indispensável a atualização de conhecimentos relativos à temática, adquiridos no primeiro ano do curso, tendo sido aproveitada a oportunidade que surgiu durante o estágio no Bloco de Partos de realizar um curso de CTG.

A interpretação do traçado cardiotocográfico implica a identificação dos parâmetros de avaliação da frequência cardíaca fetal (linha de base, variabilidade, desacelerações e acelerações), da contractilidade uterina e dos movimentos fetais (AYRES-DE-CAMPOS, D.; BERNARDES, J. , 2010).

Segundo Ayres-De-Campos e Bernardes (2010), apesar de existir alguma divergência nos critérios de inclusão, estão descritas pela FIGO e Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/NICE três classificações para os traçados CTG: Normal, Suspeito e Patológico.

Um traçado não-tranquilizador não é específico das situações de hipóxia fetal, e podem ser identificados quando a variabilidade é diminuída não associada a padrões periódicos fetais, há desacelerações variáveis ou tardias com variabilidade normal e na presença de bradicardia ou taquicardia fetal ligeira (com a parturiente apirética) (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

A taquicardia fetal isolada está geralmente associada à hipertermia materna, infeção intrauterina ou administração de fármacos à mãe, pelo que cabe ao EEESMO identificar a causa, comunicar ao médico e corrigir a situação subjacente (AYRES-DE-CAMPOS, D.; BERNARDES, J. , 2010) (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Os traçados patológicos associam-se a uma elevada probabilidade de hipóxia fetal, pelo que por si só devem motivar a reversão imediata da causa ou a rápida extração fetal do ambiente intrauterino. Os padrões da CTG mais frequente são a variabilidade reduzida, o padrão sinusoidal tipo I, desacelerações repetitivas e baixa variabilidade ou nas situações de desaceleração prolongada com baixa variabilidade a atuação deve ser emergente, pelo que é imediatamente comunicado a situação ao Obstetra (AYRES-DE-CAMPOS, D.; BERNARDES, J. , 2010) (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Em presença de alguma destas situações o ESSMO deve pesquisar e corrigir a causa que provoca ou potencia a hipóxia fetal: a diminuição da contractilidade uterina (interrompida perfusão ocitócica ou iniciada tocólise endovenosa), o posicionamento em decúbito lateral (permite melhorar a perfusão útero-placentária), a perfusão endovenosa rápida de fluidos cristalóides (para evitar a diminuição da perfusão útero-placentária causada por hipotensão materna, associada ou não à analgesia epidural), administração de oxigénio materno por máscara (no caso de diminuição da saturação de oxigénio materna) e realização do toque vaginal para despiste de prolapso do cordão umbilical (AYRES-DE-CAMPOS, D.; BERNARDES, J. , 2010) (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008) (GRAÇA, L.M., 2010).

Quando se verifica na CTG baixa variabilidade ou pouca reatividade fetal, a prática de ingestão ou administração de glicose para aumentar a glicemia materna para estimular os movimentos é comum, no entanto a investigação não comprovou a sua eficácia (TAN; SABAPATHY, 2001 cit. por LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). EVIDENCIA

Se o feto responder positivamente com melhoria do traçado CTG deve manter-se vigilância apertada e caso se verifique novamente um traçado não-tranquilizador ou patológico o médico Obstetra deve ser avisado.

As noções gerais retiradas do curso associadas às experiências ocorridas na prática, demonstram que a CTG apenas permite assegurar o bem-estar fetal no momento da análise, já que mesmo nos casos em que o traçado é patológico ou não-tranquilizador não se pode determinar com absoluta certeza o desfecho neonatal.

Pelos factos anteriormente expostos consideramos que o EEESMO detém o conhecimento, as competências e a responsabilidade de vigiar atentamente o TP e de atuar precocemente, de forma a promover o bem-estar fetal, materno e neonatal.

Ainda no âmbito da prevenção e promoção do bem-estar materno, foi realizada uma revisão da literatura para dar resposta a um dos objetivos iniciais do estágio.

3. GESTÃO ATIVA DO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO NA PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No âmbito do Mestrado em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi produzida uma revisão integrativa da literatura de uma área de interesse dos cuidados especializados do EEESMO, de forma a dar resposta à manifesta necessidade de mobilizar conhecimentos de suporte à prática baseada em evidências e desenvolver competências na área da investigação.

Para tentar reduzir o risco de hemorragia foram introduzidas na prática clínica um conjunto de intervenções (uterotônico profilático, tração controlada do cordão e massagem uterina) que constituem a conduta de gestão ativa do TPTP.

Com este trabalho, pretende-se avaliar a eficácia das práticas predominantes na gestão ativa do TPTP para a prevenção da hemorragia pós-parto, à luz das recomendações e evidências atuais.

Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura de estudos sobre a temática em questão, indexados nas bases de dados de saúde entre os anos 2006 a 2012.

A partir da análise dos dados, constatou-se que os estudos incluídos defendem a eficácia da gestão ativa na redução do risco de hemorragia no pós-parto imediato, utilizando métodos semelhantes para avaliarem a eficácia das intervenções utilizadas.

Desta revisão emerge o enquadramento seguro de cinco intervenções na gestão ativa do TPTP que incluem a administração de ocitocina, a clampagem tardia do cordão umbilical, a drenagem de sangue placentário, a tração controlada do cordão e a massagem uterina.

Os resultados desta revisão integrativa fomentam a importância da orientação dos profissionais de saúde e EEESMO para as práticas de prevenção da hemorragia pós-parto, no TPTP, baseado nas mais recentes evidências científicas.

3.1 Introdução ao problema

A hemorragia pós-parto primária é definida como a perda de sangue superior ou igual a 500 ml nas 24 horas após o nascimento, sendo que se for superior ou igual a 1000 ml a hemorragia é considerada grave (WHO, 2009b).

As hemorragias pós-parto podem ser derivadas da atonia uterina, lesões do canal de parto, rutura uterina, retenção de restos placentários ou distúrbios hemorrágicos maternos. Segundo a WHO (2009) a atonia uterina é a causa mais comum e, pode surgir em mulheres sem fatores de risco associados, pelo que exige dos profissionais de saúde a vigilância acrescida da contratilidade uterina no pós-parto imediato.

No entanto, de forma a tomar as medidas adequadas em caso de hemorragia pós-parto devem ser considerados fatores de risco como a história da hemorragia pré-parto, complicação em gestação anterior na terceiro período do TP, placenta acreta, multiparidade, gravidez gemelar, macrosomia, coagulopatia materna, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, uso de ocitocina no trabalho parto, indução do parto, TP precipitado, parto instrumentado, febre intraparto e rutura de membranas prolongada (LEDUC, D. et. al, 2009) (SHEINER, E. et al., 2005).

Uma das causas mais significativas da hemorragia pós-parto é o prolongamento do TPTP (> 30 minutos), que decorre desde o nascimento até à extração da placenta e membranas amnióticas (BEGLEY, C.M. et al. , 2011). Para este período do parto vaginal existem duas opções de cuidado que podem ser seguidas: a conduta ativa e a conduta expectante, que se traduz na clampagem tardia do cordão umbilical, na espera pelos sinais de separação da placenta, sem o uso de uterotônicos e com ajuda dos esforços expulsivos da mulher (WHO, 2007).

Vários estudos têm vindo a comprovar que comparativamente à conduta expectante, a gestão ativa do TPTP está associada à menor perda de sangue no pós-parto imediato (JANGSTEN, E. et al., 2011) (BEGLEY, C.M. et al. , 2011)

De acordo com a FIGO e a ICM (2004), a gestão ativa deste período inclui a associação das seguintes intervenções: a administração de uterotônico após o nascimento, a tração controlada do cordão umbilical e a massagem uterina após a expulsão da placenta. As recomendações da WHO (2007) acrescentam a estas intervenções a clampagem e laqueação tardia do cordão umbilical após o nascimento.

Além destas práticas, alguns autores têm vindo a sugerir que a drenagem de sangue pelo cordão umbilical após o nascimento facilita a contração do útero e promove a

expulsão da placenta, reduzindo as complicações do TPTP (WOOD, 1997 cit. por SOLTANI, H; POULOSE, T.A; HUTCHON, D.R., 2011).

Embora exista um consenso geral sobre os efeitos benéficos da gestão ativa do TPTP, ainda surgem dúvidas sobre alguns componentes individuais de cada intervenção. Por exemplo, a ocitocina deve ser administrada logo após o nascimento ou depois da dequitação, por via endovenosa ou intramuscular? A tração controlada do cordão é segura e eficaz na redução do risco de hemorragia pós-parto? A massagem uterina deve ser executada para a dequitação ou após a saída da placenta? Será que a laqueação precoce do cordão diminuí o risco de hemorragia? A drenagem do sangue placentário deve ser uma intervenção a incluir na gestão ativa?

Considerando que todas as mulheres estão em risco de ter hemorragia pós-parto, o EEESMO deve adquirir conhecimentos e habilidades para a prática da gestão ativa do TPTP e a reconhecer, avaliar e tratar a mulher no caso de perda de sangue excessiva.

Nesse sentido, objetivou-se identificar as principais características das intervenções incluídas na gestão ativa do terceiro período do trabalho do parto vaginal, bem como suas contribuições para a prevenção da hemorragia pós-parto, a partir de publicações científicas de saúde.

3.2 Método

Este trabalho constitui um estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de artigos sobre o tema de gestão ativa do TPTP na prevenção da hemorragia pós-parto. Para tal, foi adotada a revisão integrativa da literatura que permite a inclusão de metodologias diversificadas e tem o potencial para desempenhar um papel importante na prática baseada em evidências para a enfermagem (WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. , 2005).

A revisão integrativa é um método de análise que resume a literatura empírica ou teórica existente, fornecendo o conhecimento sobre a evidência mais abrangente e atual de um determinado fenômeno ou problema de saúde (BROOME, 1993 cit. por WHITTEMORE; KNAFL 2005).

O processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura, contudo diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão do processo, com pequenas modificações. De uma forma geral, as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa são a elaboração da pergunta de pesquisa, a procura da evidência

existente, a categorização dos estudos, a análise crítica dos estudos incluídos, a interpretação e discussão dos resultados e a síntese do conhecimento (MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C; GALVÃO, C.M , 2008) (SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R., 2010) (WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. , 2005). A última fase afigura-se neste trabalho com a apresentação da revisão integrativa.

A partir do exposto, evoluiu-se para a seguinte questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa: **Quais as intervenções da gestão ativa do terceiro período do trabalho de parto (no parto vaginal) eficazes na diminuição do risco de hemorragia puerperal primária?**

A estratégia de identificação da evidência existente e seleção dos estudos foi a pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, NICE e a Academic Search Complete, desde Janeiro a Julho de 2012, através da plataforma EBSCO host.

Os critérios para inclusão ou exclusão de estudos englobam todos os artigos que abordam a temática estudada em partos vaginais, apresentados em texto integral (full text) disponíveis para análise, de revisão de literatura ou ensaios clínicos, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre 2006 e 2012, que contivessem nos seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS) e suas combinações nas três línguas: prevenção da hemorragia pós-parto; gestão ativa do terceiro período do trabalho de parto; uterotônicos/ocitocina; tração controlada do cordão; drenagem do sangue placentário; clampagem do cordão umbilical; massagem uterina. Os artigos excluídos foram os estudos que não atendessem aos critérios de inclusão mencionados.

Como a questão clínica passa por conhecer se uma intervenção particular (intervenções da gestão ativa) produz determinado resultado (redução do risco de hemorragia pós-parto), devem ser eleitos estudos que comparem o período de internamento de um grupo que recebe a intervenção com outro grupo não a recebe. Assim sendo, os desenhos utilizados nos estudos devem ser, preferencialmente, ensaios controlados comparativos, idealmente aleatórios (CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L., 2004). Os autores acrescentam que na busca de evidência sobre a eficácia de intervenções, as revisões sistemáticas de ensaios aleatórios controlados de forma adequada, ou de um ensaio aleatório controlado conduzido adequadamente, proporcionam a mais válida forma de evidência.

3.3 Resultados

Utilizando a estratégia de pesquisa anteriormente descrita, foram identificados nas diferentes bases de dados 132 artigos, dos quais 12 se encontravam repetidos, 77 foram rejeitados pelo título ou por serem relacionados com outras disciplinas. Dos restantes, 23 artigos foram rejeitados pela leitura do resumo e 8 artigos foram rejeitados pela leitura integral. Estes artigos foram rejeitados por não serem: ensaios clínicos randomizados, estudos quasi-experimentais, revisões sistemáticas da literatura ou estudo de meta-análise. Em síntese, 13 artigos foram incluídos nesta revisão da literatura dos quais, 6 são artigos originais e 7 artigos de revisão sistemática da literatura.

Na tabela 1 é realizada a análise dos artigos selecionados para esta revisão integrativa, especificando a informação referente ao seu nível de evidência, aos autores, ano de publicação, fonte, país, objetivo do estudo, abordagem metodológica, resultados e conclusões utilizadas pelos autores.

Segundo Craig e Smyth (2004), quando se procura evidência sobre a eficácia de intervenções, o processo de amostragem aleatório proporciona o mais alto grau de evidência, já que as diferenças observadas entre os grupos de intervenção e de comparação são mais provavelmente devidas à intervenção e não a outros fatores.

Os níveis de evidências são apresentados por um esquema que permite a compreensão do valor da informação apresentada sobre questão em estudo. Dos vários esquemas disponíveis, existe uma semelhança relativamente à sua estrutura hierárquica, mais frequentemente representada por uma pirâmide (LEVIN, R; SINGLETON, J; JACOBS, S, 2007). Craig e Smyth (2004) referem que esta hierarquia de evidência apenas se aplica a questões sobre a eficácia de terapias ou intervenções, que é o caso desta revisão integrativa.

Segundo o Duke University Medical Library (2005, cit. por LEVIN, R; SINGLETON, J; JACOBS, S, 2007) o nível mais alto de evidência está no topo da pirâmide e é caracterizada pelo aumento da relevância das provas para a situação clínica estudada. A classificação de nível I é dada à evidência obtida a partir revisões sistemáticas, sendo considerado o nível mais forte de evidência, como é o caso dos 7 artigos incluídos.

Já o nível II deriva de ensaios clínicos singulares, como se verifica nos estudos de Gülmezoglu e colaboradores (2012), Althabe e colaboradores (2009), Jongkolsiri, P., Manotaya, S. (2009), Shravage JC, Silpa, P. (2007) e Foroozanfard e colaboradores (2011).

Tabela 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
Cotter AM, Ness A, Tolosa JE (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews USA	Estudar o efeito da administração profilática de ocitocina no TPTP na condição materno-fetal.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de catorze ensaios clínicos controlados. Participantes: Parturientes em expectativa de ter um parto vaginal, em que foi administrada profilaticamente ocitocina no terceiro período do trabalho.	Em sete estudos (mais de 3000 mulheres), o grupo com administração profilática de ocitocina evidenciou diferenças significativas na redução de perda de sangue em comparação com o grupo de controle. Em seis estudos (com mais de 2800 mulheres), verificou-se pouca evidência dos efeitos entre a ocitocina e os alcalóides da cravagem do cetoio, contudo ocitocina esteve associada a um menor número de remoção manual da placenta e menor elevação da tensão arterial. Em cinco estudos (mais de 2800 mulheres) verificou-se pouca evidência de um efeito sinérgico na associação de ocitocina com ergometrina do que o uso isolado da ergometrina.	A ocitocina aparenta benefícios na prevenção de hemorragia pós-parto. No entanto, não há evidência suficiente sobre outros resultados e efeitos colaterais, sendo difícil ter certeza sobre o risco-benefício. Parece haver pouca evidência favorecendo a administração de alcalóides da cravagem do cetoio em detrimento da ocitocina, ou da associação de ergometrina e ocitocina.	I
Soltani H, Hutcheon DR, Poulouse TA (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews Reino Unido	Avaliar o efeito do momento de administração de uterotônicos (antes ou após a dequitação) nos resultados relacionados com o TPTP.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de três ensaios clínicos controlados randomizados (1671 mulheres). Participantes: Mulheres em que foi administrado uterotônico, para prevenir hemorragia pós-parto, em diferentes fases do segundo ou TPTP.	A ocitocina foi o único fármaco administrado, sendo que a dose e via foram variáveis nos três estudos (maioritariamente por via endovenosa). A administração de ocitocina antes e depois da expulsão da placenta não influencia a incidência de hemorragia pós-parto (três ensaios), retenção de placenta (três ensaios), duração do TPTP (três ensaios); perda de sangue no pós-parto (dois ensaios), alterações nos valores de hemoglobina (um estudo), necessidade de transfusão de sangue (três ensaios) ou uso de uterotônico adicional (três ensaios), a incidência de hipotensão arterial materna (um ensaio) e a de hemorragia pós-parto grave (um ensaio). Não estavam disponíveis dados sobre outros resultados maternos e neonatais.	A administração de ocitocina antes e depois da expulsão da placenta não tem influência sobre a incidência de hemorragia pós-parto, a taxa de retenção da placenta e na duração do TPTP. Mais estudos são necessários para analisar outros resultados maternos e neonatais, utilizando abordagens consistentes.	I
Foroozanfar F. et al. (2011)	Pakistan Journal of Medical Sciences Irão	Comparar os efeitos hemodinâmicos maternos da administração de ocitocina em bólus ou em perfusão endovenosa, no terceiro período do parto vaginal.	Estudo randomizado duplamente-cego De forma aleatória 170 mulheres receberam 10 UI ocitocina em bólus ou em perfusão endovenosa, no TPTP. Participantes: Mulheres com parto vaginal após 34 semanas de gestação única, paridade <5, nacionalidade iraniana e sem anestesia no parto.	Os resultados mostraram pressão arterial e a frequência cardíaca (monitorizadas antes da administração e após 1, 5, 10 e 20 minutos) não variou entre os dois grupos. No entanto na administração de ocitocina em bólus verificou-se: menor duração do TPTP, menor incidência de retenção de placenta e redução na concentração de hemoglobina. Os restantes resultados no pós-parto foram semelhantes nos dois grupos.	A administração de 10 UI de ocitocina em bólus no TPTP não está associada a efeitos adversos na hemodinâmica materna e parece ser o mais eficaz e pode ser administrado com segurança na prevenção da hemorragia pós-parto.	II

Rogers C. et al. (2011)	British Journal of Midwifery Reino Unido	Comparar a incidência de hemorragia primária pós-parto e as taxas de transfusão de sangue antes e depois da mudança prática, da administração de Ergometrina (1 Ampola) para ocitocina (10UI), de acordo com as recomendações de Nice (2007).	Estudo-comparativo retrospectivo Foram incluídas todas as mulheres que tiveram parto vaginal num hospital do Reino Unido, e divididas em dois grupos. Participantes: um grupo de 3704 mulheres com partos ocorridos entre 1 de Janeiro e 1 de Setembro de 2008; outro grupo de 3614 mulheres com partos ocorridos entre 1 de Janeiro e 1 de Setembro de 2010.	Verificou-se um aumento estatisticamente significativo na perda estimada de sangue superior a 1000 ml entre 2008 e 2010 e sem aumento significativo de hemorragia inferior a 1000ml. No entanto, não houve aumento estatisticamente significativo nas taxas de transfusão de sangue. As possíveis razões sugeridas pelos autores para este aumento são: as limitações do estudo em comparação com estudos anteriores (todas as mulheres foram incluídas independentemente dos fatores de risco), a experiência do pessoal na realização conjunta da tração controlada do cordão e administração de ocitocina, bem como o possível viés associado à atitude dos profissionais de saúde em relação à mudança na prática.	Tendo em conta estas questões, os pesquisadores não acreditam que esses resultados fornecem evidências seguras para retomar a utilização de Ergometrina, ao contrário das recomendações do Centre for Maternal and Child Enquiries (2011).	III
McDonald SJ, Abbott JM, Higgins SP (2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews Australia	Comparar os efeitos da administração conjunta de ergometrina-ocitocina com o uso de isolado de ocitocina, na redução do risco de hemorragia pós-parto e outros resultados maternos e neonatais.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de seis ensaios clínicos controlados (9332 mulheres no TPTP). Participantes: Parturientes em expectativa de ter um parto vaginal (num dos estudos as participantes tinham apenas partos vaginais espontâneos)	Comparativamente à ocitocina, a associação de ergometrina-ocitocina esteve relacionada com uma pequena redução do risco de hemorragia pós-parto (perda de sangue superior a 500 ml). Não houve diferenças estatísticas entre os grupos com administração de 5 ou 10 UI de ocitocina e a perda de sangue superior a 1000 ml. Os efeitos adversos como náuseas, vômitos e hipertensão estiveram mais associados ao uso de ergometrina-ocitocina. Considerando a heterogeneidade entre os ensaios não se verificaram diferenças estatísticas significativas para os outros resultados maternos e neonatais.	O uso de ergometrina-ocitocina, integrado na gestão ativa do TPTP parece estar associado a uma pequena redução, mas estatisticamente significativa no risco de hemorragia pós-parto quando comparado com ocitocina a perda de sangue entre os 500 e 1000 ml. Assim, a vantagem de uma redução do risco de hemorragia pós-parto (entre 500 e 1000 ml de sangue), necessita de ser comparada com os efeitos adversos associados com a utilização de ergometrina-ocitocina. Os autores sugerem a realização de estudos que explorem os efeitos do aumento da dose ocitocina para 15 ou 20 UI.	I
Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Determinar a eficácia da massagem uterina após o nascimento e antes ou após a expulsão da placenta, ou ambos, na redução da perda de sangue no pós-parto e da morbilidade e mortalidade associadas.	Revisão sistemática da literatura Após pesquisa de todos os ensaios clínicos randomizados, foi incluído um pequeno estudo que compara a massagem uterina isolada, ou em associação a uterotônicos, antes ou após a dequitação da placenta, ou ambos, com a prática sem massagem uterina. Participantes: 200 mulheres com parto vaginal ou cesariana.	O número de mulheres com perda de sangue superior a 500 ml foi pequeno, não se tendo verificado nenhum caso de retenção de placenta em ambos os grupos. A perda sanguínea média foi menor no grupo experimental onde a massagem era realizada a cada 10 minutos durante 60 minutos após o nascimento. A necessidade adicional de uterotônicos no grupo experimental foi reduzida em 80%, sendo que no grupo de controlo foram administradas duas transfusões sanguíneas.	A presente revisão suporta as evidências anteriores de que a massagem uterina após a expulsão da placenta é aconselhável para evitar hemorragia pós-parto. No entanto, devido às limitações do ensaio revisado (o grupo de participantes e profissionais não foi duplamente-cego), são necessários mais estudos com um maior número de participantes para estimar os efeitos da massagem uterina sustentada com precisão, com ou sem administração de uterotônicos.	I

McDonald SJ, Middleton P. (2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews Australia	Determinar os efeitos das diferentes práticas no momento de laqueação do cordão umbilical sobre os resultados maternos e neonatais.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de 11 ensaios clínicos randomizados (2989 mães e bebês) que compararam a laqueação precoce e tardia do cordão durante o TPTP. Participantes: Mulheres com gestação de termo, tendo sido excluídos estudos com mulheres em TP com feto em apresentação pélvica ou gravidez múltipla.	Não se verificaram diferenças significativas entre a laqueação precoce e tardia do cordão na redução da hemorragia pós-parto ou hemorragia pós-parto grave em nenhum dos cinco ensaios (2236 mulheres) que estudaram essa hipótese. Em relação aos resultados neonatais, a revisão mostrou benefícios e riscos na laqueação tardia. Após o nascimento, houve um aumento significativo de lactentes que necessitam de fototerapia por icterícia (cinco ensaios de 1762 crianças) em comparação com o grupo de clampagem precoce. Isto foi acompanhado por aumentos significativos nos níveis de hemoglobina do RN no grupo de clampagem tardia em comparação com a precoce (três ensaios de 671 crianças), embora esse efeito não persistisse nos seis meses seguintes. Durante esses meses, os níveis de ferritina infantil mantiveram-se superiores no grupo de clampagem tardia do que no precoce.	O atraso na laqueação do cordão umbilical por dois a três minutos parece não aumentar o risco de hemorragia pós-parto. Embora este adiamento seja vantajoso para melhorar os níveis de ferro em circulação no RN, a laqueação tardia aumenta o risco de icterícia no lactente e a necessidade de realizar fototerapia.	I
Shravage JC, Silpa, P. (2007)	J Obstet Gynecol India India	Avaliar a eficácia da drenagem do sangue da placenta através do cordão umbilical na redução da duração da perda de sangue no TPTP, e a incidência de hemorragia pós-parto.	Estudo controlado randomizado Foram incluídas 200 gestantes e divididas aleatoriamente em dois grupos: no experimental onde o cordão umbilical foi desclampado imediatamente após ser laqueado e no grupo de controlo permaneceu clampado. Em ambos os grupos foi realizada gestão ativa do TPTP (tração controlada do cordão e administração endovenosa de ergometrina após a expulsão da placenta). Participantes: Mulheres com gestação única, de termo, sem distúrbios da coagulação, com TP espontâneo em apresentação cefálica e com parto eutócico.	A duração do TPTP foi de 5 minutos no grupo experimental e 7,4 minutos no grupo de controlo, com uma diferença estatisticamente significativa ($P < 0,001$). A perda média de sangue no TPTP foi de 175 ml no grupo experimental e 252 ml no grupo de controlo, com uma diferença estatisticamente significativa ($P < 0,001$). A incidência de hemorragia pós-parto foi de 3% no grupo experimental e 10% no grupo de controlo, não tendo sido necessária transfusão sanguínea em ambos os grupos.	A drenagem do sangue placentário parece ser uma estratégia simples, segura e não invasiva, de redução da perda de sangue no TPTP, prevenindo a hemorragia pós-parto.	II

Jongkolsiri, P., Manotaya, S. (2009)	J Med Assoc Thai Tailândia	Avaliar o efeito da drenagem de sangue placentário sobre a duração do TPTP. Clarificar a segurança do método relativamente à hemorragia pós-parto, retenção de placenta, a incidência de remoção manual da placenta, e à necessidade de transfusão sanguínea.	Estudo controlado randomizado Foram incluídas cem mulheres no TPTP após parto vaginal, divididas aleatoriamente no grupo experimental (com drenagem do sangue placentário) e no de controlo. Participantes: Mulheres com gestação única, de termo, sem complicação obstétrica, materna ou fetal, com parto eutócico, fórceps ou ventosa.	Em 99 casos de placentas normais, 49 mulheres incluíram o grupo experimental e, 50 no grupo de controlo. O TPTP foi significativamente menor no grupo experimental. Não se tendo verificado nenhum caso de hemorragia pós-parto, atonia uterina, choque hipovolémico ou necessidade de transfusão de sangue em nenhum dos grupos.	A drenagem do sangue placentário através do cordão reduz a duração do TPTP. Este método parece ser seguro e não aumentar as complicações pós-parto.	II
Soltani H, Poulouse TA, Hutchon DR (2011)	Cochrane Database of Systematic Reviews Reino Unido	Avaliar os efeitos específicos da drenagem de sangue placentário, no TPTP após parto vaginal, sem o uso profilático de uterotônicos na gestão deste período.	Revisão sistemática da literatura Incluiu três ensaios clínicos randomizados que comparam a drenagem de sangue placentário através do cordão com a gestão ativa do terceiro período sem drenagem. Participantes: 1257 Mulheres que tiveram parto vaginal.	A drenagem do sangue da placenta através do cordão reduziu a duração TPTP e reduziu a quantidade média de perda de sangue. Não ocorreu nenhum caso de retenção de placenta, nos 30 minutos após o nascimento, pelo que não foi possível comparar este resultado. As diferenças entre o grupo experimental e de controlo não foram estatisticamente significativas no que diz respeito à hemorragia pós-parto ou remoção manual da placenta. Nenhum dos estudos apresentou resultados de transfusão materno-fetal e não existiram dados relativos à dor materna ou desconforto durante o TPTP.	Verificou-se uma pequena redução na duração TPTP e na quantidade de perda de sangue quando foi realizada drenagem cordão foi aplicado comparada com a ausência de drenagem do sangue da placenta pelo cordão umbilical. Entre os grupos não se observaram diferenças na necessidade de remoção manual da placenta, transfusão de sangue, ou risco de hemorragia pós-parto. Como os estudos incluídos eram pequenos há um risco médio de viés, pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela.	I
Althabe et al. (2009)	Int J Gynaecol Obstet. Uruguai	Avaliar o efeito da tração controlada do cordão (TCC) na gestão ativa do TPTP na redução da perda de sangue pós-parto, em comparação com um protocolo de atitude expectante.	Estudo piloto controlado randomizado Foram incluídas 103 mulheres, divididas aleatoriamente pelo grupo experimental (com TCC) e de controlo (atitude expectante). As mulheres receberam ocitocina profilática. Participantes: Mulheres com mais de 18 anos, gestação única e de termo, admitidas com dilatação cervical ≤ 6 cm, sem indicação para cesariana e sem contra-indicação para administração profilática de ocitocina.	Em média a perda de sangue no grupo TCC foi de 282 mL e no grupo de controlo de 310,2 mL, A diferença na perda de sangue (28,2 mL) não foi estatisticamente significativa. A colheita do sangue perdido no grupo de controlo foi superior em 1,2 minutos, o que pode ter contribuído para essa diferença.	A TCC pode reduzir a perda de sangue pós-parto. Contudo, os resultados do estudo sugerem a realização de ensaios maiores para determinar se TCC pode prevenir a hemorragia pós-parto.	II

Gülmezoglu, A.M et al. (2012)	Lancet Argentina, Egito, Índia, Quênia, Filipinas, África do Sul, Tailândia e Uganda	Avaliar se a tração controlada do cordão pode ser revogada da gestão ativa do TPTP, sem aumentar o risco de hemorragia grave.	Ensaio randomizado e controlado, multicêntrico e de <i>non-inferiority</i> Em 16 Hospitais e dois centros de saúde de cuidados primários, as parturientes foram aleatoriamente distribuídos com uma sequência de alocação, estratificada por país, em dois grupos: experimental (sem TCC na gestão ativa do TPTP) e de controlo (com TCC). Todas receberam 10UI de ocitocina após o nascimento com liquação do cordão umbilical após 1-3 minutos. A massagem uterina foi realizada após a expulsão da placenta de acordo com a prática local. Participantes: Mulheres com gestação única e um parto vaginal.	Entre 1 de Junho de 2009 e 30 de outubro de 2010, das 24390 participantes foram excluídas as mulheres que sujeitas a cesariana de emergência. Portanto, 11 861 mulheres fizeram parte do grupo experimental e 11 820 no grupo de controlo. O risco de hemorragia pós-parto e a taxa de remoção manual de placenta foi maior nas mulheres que tiveram gestão ativa sem TCC. A média de perda de sangue no TPTP foi cerca de 11 mL superior na gestão ativa sem TCC. Um caso de inversão uterina ocorreu no grupo de controlo.	Embora a hipótese de não-inferioridade não tivesse sido comprovada, verificou-se que a exclusão da tração controlada do cordão na gestão ativa do TPTP resultou num ligeiro aumento no risco de hemorragia grave no pós-parto. Em serviços com parteiras qualificadas, a gestão ativa com administração de ocitocina e tração controlada do cordão deve o método escolhido, especialmente se a duração do terceiro período deve ser o mais curta possível.	II
Peña-Martí G, Comunián-Carrasco G. (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews. Venezuela	Determinar a eficácia da pressão uterina <i>versus</i> a tração controlada do cordão, como partes integrantes da gestão ativa do TPTP.	Revisão sistemática da literatura Incluídos cinco ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados. Participantes: Mulheres com parto vaginal, nas quais foi realizada uma gestão ativa do TPTP.	Dos cinco estudos escolhidos para a revisão nenhum preencheu todos os requisitos para inclusão nesta revisão. Um dos estudos que provavelmente se aproximou mais da questão de pesquisa, demonstrou que (após administração de uterotônico intramuscular) a tração controlada do cordão esteve associada à menor perda de sangue, em comparação com a pressão no fundo uterino após insucesso dos esforços expulsivos maternos.	Não foram identificados estudos controlados randomizados que comparem a eficácia da pressão uterina com a tração controlada do cordão. De forma a estudar os benefícios e os riscos da pressão uterina e a tração controlada do cordão, deve ser realizado um estudo randomizado controlado comparando ambas as intervenções. Até existir outra evidência, deve ser mantida a prática de tração controlada do cordão (após se verificar sinais de separação da placenta) a administração profilática de uterotônico e a clampagem do cordão.	I

N.E - Níveis de evidência: I =Revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise), II = Ensaios aleatórios, III = Estudos de coorte, IV = Estudos de caso controlados, V = séries de casos, VI = Estudos de caso ou opinião (CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L., 2004).

3.4 Discussão

De seguida procedeu-se à interpretação e síntese dos resultados, comparando-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico, com o intuito de responder à questão de investigação (SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R., 2010).

A análise dos artigos que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão integrativa da literatura permitiu perceber que as estratégias de intervenção na gestão ativa do TPTP diferem nos elementos específicos que as integram.

Procedeu-se então à extração dos conceitos abordados em cada artigo relacionados com a temática, tendo sido comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas para análise cinco categorias esquematizadas na Figura 3:

Figura 3: Intervenções da gestão ativa do TPTP



3.4.1 Administração de uterotônicos

A administração de ocitocina, um minuto após o nascimento do RN, é a principal intervenção para a redução da hemorragia pós-parto e a primeira opção uterotônica, pois

atua de forma rápida e eficaz, com efeitos adversos mínimos e pode ser usada em todas as mulheres (FIGO - SMNH Committee, 2012) (WHO, 2007).

Se a ocitocina não estiver disponível, podem ser utilizados outros uterotônicos, tais como: ergometrina, metilergometrina e misoprostol. Contudo, devido ao facto de causarem mais efeitos adversos e serem contraindicados em mulheres com doença cardíaca ou hipertensiva, estes fármacos não são usualmente utilizados em Portugal na prevenção da hemorragia pós-parto.

O misoprostol também pode ser utilizado no TPTP, contudo na realidade observada em estágio e segundo os protocolos da instituição, este uterotônico está mais indicação para o tratamento da hemorragia pós-parto.

Nos resultados de um estudo exploratório que envolveu dose países europeus, verificou-se diferenças interessantes no que diz respeito às práticas de administração de uterotônicos. Nas unidades hospitalares portuguesas a ocitocina é o fármaco de eleição para profilaxia da hemorragia pós-parto, sendo utilizado como primeira escolha em 95% das instituições do país. Sendo que, a sua administração é realizada após a dequitação em 69 a 77% dos hospitais de Itália, Portugal e Espanha (WINTER et al., 2007).

Os factos anteriormente descritos são a razão pela qual a ocitocina foi o fármaco estudado na componente da gestão ativa sobre a administração de uterotônicos, desta revisão integrativa.

Tendo em conta as três revisões sistemáticas da Cochrane incluídas nesta revisão integrativa, a ocitocina é o fármaco de eleição para ser administrado no TPTP, a fim de prevenir a hemorragia pós-parto (COTTER, AM; NESS, A; TOLOSA, JE., 2010) (MCDONALD, SJ; ABBOTT, JM, HIGGINS, SP., 2009) (SOLTANI, H; HUTCHON, DR; POULOSE, TA. , 2010).

Esta preferência foi verificada na prática clínica da instituição onde foi desenvolvido o estágio e, considerando que a administração de ocitocina faz parte do protocolo de atuação no TPTP do HPH é importante que o EEESMO adquira conhecimentos relativos às condições de administração do fármaco, para realizar uma prática baseada em evidências.

Segundo Kahn e colaboradores (2008) a administração de ocitocina no TPTP reduz em cerca de 40% o risco de hemorragia no pós-parto, e pode ser administrada imediatamente ao nascimento ou após a dequitação.

Tendo em conta este facto e em resposta a uma das questões iniciais desta revisão, pode concluir-se com a análise dos artigos escolhidos que o momento de administração de ocitocina (antes ou após a expulsão da placenta) não tem efeito significativo sobre a incidência de hemorragia pós-parto, a taxa de retenção da placenta e a duração do TPTP (SOLTANI, H; HUTCHON, DR; POULOSE, TA. , 2010).

Esta é uma observação interessante, pois pode ser indicativo de que outras intervenções da gestão ativa usadas nos estudos revisados (tração controlada do cordão ou massagem uterina), têm um papel mais significativo na redução da duração do TPTP do que a administração de ocitocina.

Estudos anteriores (como o estudo de McDonald e Middleton, 2009, incluído na revisão) têm mostrado que o retardamento da clampagem do cordão e a administração de ocitocina após a dequitação pode adicionar ao benefício da normalização o processo de nascimento, a preservação dos efeitos profiláticos da ocitocina.

No que diz respeito à via de administração, verificou-se que apesar dos estudos incluídos na revisão sistemática de Soltani, Hutchon e Poulose (2010) apenas contemplarem a administração endovenosa de ocitocina, nas suas conclusões os autores defendem que a administração por via intramuscular necessita de mais investigação para ser praticada rotineiramente.

Tendo em consideração que os protocolos das instituições Portuguesas indicam a administração de ocitocina endovenosa após o nascimento, a inclusão do estudo de Foroozanfar e colaboradores (2011) nesta revisão integrativa vem demonstrar que a administração de 10 UI ocitocina em bólus endovenoso (em mulheres com parto vaginal sem anestesia) não está associada a efeitos adversos na hemodinâmica materna e parece ser o mais eficaz na prevenção da hemorragia pós-parto, com menor incidência de retenção de placenta e redução na concentração de hemoglobina.

Considerando os factos anteriormente descritos, o momento e a forma de administração de ocitocina deve ter em conta os protocolos das instituições, os riscos e as condições maternas e neonatais.

A ocitocina deve ser administrada antes ou após a dequitação para reduzir o risco de hemorragia pós-parto.

3.4.2 Tração controlada do cordão

A tração controlada do cordão umbilical é o segundo passo da gestão ativa do TPTP segundo as recentes Guidelines da FIGO (2012) e consiste em aplicar contrapressão um pouco acima do osso púbico da mulher e tração controlada do cordão umbilical, durante as contrações uterinas. Se a placenta não descolar durante 30-40 segundos de tração

controlada, deve-se parar de puxar o cordão e aguardar pela próxima contração. À medida que a placenta é expulsa, deve ser segura com ambas as mãos e com movimentos de rotação puxada lentamente até à extração completa.

Os estudos selecionados para esta revisão integrativa pretendem verificar a eficácia da tração controlada do cordão na redução da hemorragia pós-parto.

Althabe e colaboradores (2009) concluíram que apesar de a diferença não ser significativa, a tração controlada do cordão pode reduzir a perda de sangue no pós-parto. Contudo, os resultados do estudo sugerem a realização de ensaios maiores para determinar se a tração controlada do cordão pode prevenir a hemorragia pós-parto.

Como o método e o tempo de colheita de sangue para monitorização podem causar enviesamento nos resultados obtidos, os autores sugerem a definição de um período de tempo específico para monitorização da perda de sangue, independentemente de condições clínicas maternas (60 ou 120 minutos, se possível) (ALTHABE, F. et al., 2009).

Um ensaio controlado randomizado, multicêntrico e de não-inferioridade realizado durante 16 meses em 16 estabelecimentos de saúde da Argentina, Egito, Índia, Quênia, Filipinas, África do Sul, Tailândia e Uganda objetivou avaliar se a tração controlada do cordão pode ser revogada da gestão ativa do TPT, sem aumentar o risco de hemorragia grave. Os resultados do estudo evidenciaram que a exclusão da tração controlada do cordão da gestão ativa do TPT resultou num ligeiro aumento no risco de hemorragia grave no pós-parto, pelo que deve ser mantida a sua prática. No entanto, os autores sugerem que os esforços dos profissionais e investigadores para reduzir o risco de hemorragia pós-parto, se devem concentrar na administração de uterotônicos (preferencialmente a ocitocina) (GÜLMEZOGLU, A.M et al., 2012)

Divido à natureza da intervenção não foi realizado um estudo duplamente-cego, no entanto, tendo em conta o potencial de enviesamento foi previamente proporcionada a mesma formação aos profissionais de saúde que implementaram as intervenções do estudo (GÜLMEZOGLU, A.M et al., 2012).

Foi verificado na prática clínica durante o estágio que a pressão uterina e a tração controlada do cordão são técnicas utilizadas em separado ou em associação para gerir ativamente o TPT. No entanto, tal como foi demonstrado na revisão sistemática da Cochrane realizada por Peña-Martí e Comunián-Carrasco (2010), não existem estudos randomizados controlados que comparem a eficácia da pressão uterina com a tração controlada do cordão. De forma a estudar os benefícios e os riscos da pressão uterina conjunta com a tração controlada do cordão, deve ser realizado um estudo randomizado controlado comparando ambas as intervenções.

No estudo europeu exploratório realizado por Winter e seus colaboradores (2007), a prática da tração controlada do cordão foi verificada em 39 a 51% das unidades hospitalares da Bélgica, Holanda, Noruega, Portugal e Suíça. Contudo, em cerca de 82 a 100% das unidades de cada país foi observada a prática de massajar o útero na presença de hemorragia pós-parto.

Até existir outra evidência, em concordância com os autores da revisão sistemática, o mais sensato é manter a prática de tração controlada do cordão e a administração profilática de uterotônico para a expulsão da placenta.

A tração controlada do cordão reduz o risco de hemorragia pós-parto e a duração do TPTP.

3.4.3 Massagem uterina

Após a dequitação, a realização da massagem uterina é uma das práticas recomendadas pela ICM, FIGO e WHO na gestão ativa do TPTP e consiste em massagear o fundo uterino até o útero fique bem contraído. Para certificar que o útero não relaxa após a massagem deve realizar-se palpação uterina a cada 15 minutos e repetir a massagem, se necessário (FIGO/ICM, 2004) (FIGO - SMNH Committee, 2012).

Numa recente revisão sistemática da Cochrane, foi incluído um pequeno estudo randomizado realizado no Egito que compara a prática da massagem uterina com a prática sem massagem após a gestão ativa do TPTP, incluindo nas práticas a administração profilática de ocitocina.

Os resultados da revisão evidenciaram uma redução da perda sanguínea no grupo experimental (com massagem uterina) e da necessidade de uterotônicos adicionais, em cerca de 80%. O número de mulheres com perda de sangue superior a 500 ml foi pequeno, não se tendo verificado nenhum caso de retenção de placenta em ambos os grupos. Porém verificou-se a administração de duas transfusões sanguíneas no grupo de controle (HOFMEYR, G.J; ABDEL-ALEEM, H; ABDEL-ALEEM, M.A., 2010).

Apesar das limitações do ensaio selecionado (pequena amostra, o grupo de participantes e profissionais não foi duplamente-cego) os autores da revisão consideram que o risco de enviesamento é de baixo, porque a monitorização do sangue perdido foi realizada pelos enfermeiros e não pelos investigadores.

Embora considerem que a qualidade metodológica deste estudo é moderada, os autores concluem que são necessários mais estudos com um maior número de participantes para estimar os efeitos da massagem uterina sustentada, com ou sem administração de uterotônicos.

A presente revisão adiciona suporte à declaração conjunta da FIGO/ICM (2004) e às recomendações da WHO sobre a gestão do TPTP.

**A massagem uterina após a expulsão da placenta é aconselhável para
prevenir a hemorragia pós-parto.**

3.4.4 Drenagem de sangue placentário

A técnica de drenagem do sangue placentário implica desclampar o cordão umbilical do lado materno imediatamente após o nascimento da criança, para que o sangue possa escoar livremente para um recipiente. Esta técnica pode ou não, ser usada juntamente com outras intervenções, como a administração de fármaco uterotônico, tração controlada do cordão ou esforços expulsivos maternos.

Nos dois ensaios clínicos selecionados para esta revisão integrativa as participante foram divididas aleatoriamente em dois grupos: no experimental onde o cordão umbilical foi despinçado imediatamente após ser laqueado e no grupo de controlo onde o cordão permaneceu clampado durante a dequitação. Nos dois estudos, foram realizadas intervenções da gestão ativa do TPTP nos dois grupos.

Os resultados demonstram que a duração do TPTP foi significativamente menor no grupo experimental (JONGKOLSIRI, P.; MANOTAYA, S., 2009) (SHRAVAGE, J.C; SILPA, P., 2007).

Verificou-se também uma diferença estatisticamente significativa na quantidade média de sangue perdido, sendo que a perda foi menor no grupo experimental. No que diz respeito à hemorragia pós-parto, verificou-se uma incidência de 3% no grupo experimental contrastando com os 10% do grupo de controlo (SHRAVAGE, J.C; SILPA, P., 2007).

Em ambos os estudos não se verificaram casos de necessidade de transfusão sanguínea, porém Jongkolsiri e Manotaya (2009) documentaram um caso de remoção manual de placenta no grupo de controlo, por retenção placenta em TPTP superior a 30 minutos.

Uma recente revisão sistemática da Cochrane (que incluiu três ensaios clínicos randomizados) veio corroborar estes resultados, concluindo que a drenagem do sangue placentário na gestão do TPTP reduz a sua duração média em cerca de três minutos e perda

média de sangue em 77 ml. Não se observaram diferenças na necessidade de remoção manual da placenta, transfusão de sangue ou risco de hemorragia pós-parto (SOLTANI, H; POULOSE, T.A; HUTCHON, D.R. , 2011).

As limitações dos três estudos dizem respeito à possibilidade de enviesamento relacionada com o reduzido número de participantes e a precisão da monitorização das perdas de sangue mais reduzidas (tendo em conta à possibilidade de presença de líquido amniótico e rejeição do sangue perdido no chão e batas).

A drenagem do sangue placentário parece ser uma estratégia simples e segura de redução da perda de sangue no TPTP, prevenindo a hemorragia sem aumentar as complicações pós-parto.

Relacionada com esta técnica surge outra questão importante: na gestão ativa do TPTP deve estar incluída a clampagem e laqueação precoce do cordão umbilical, tendo em conta o bem-estar materno e neonatal?

3.4.5 Laqueação tardia do cordão umbilical

Segundo alguns autores (HUTTON, 2007; VAN RHEENEN, 2006 cit. por MCDONALD S.J; MIDDLETON, P., 2009) o momento da clampagem e laqueação do cordão umbilical é uma parte integrante do TPTP, que pode variar de acordo com a política institucional e as práticas de Parteiras e Obstetras. Esta prática é justificada pela necessidade de redução do risco de hemorragia pós-parto, contudo contraria as recentes recomendações da WHO (2007) de clampagem tardia do cordão (três minutos após o nascimento) para promoção do bem-estar fetal.

Uma revisão sistemática da Cochrane recente que incluiu 11 ensaios clínicos randomizados comparou a laqueação precoce e tardia do cordão durante o TPTP e, em nenhum dos cinco ensaios que estudaram essa hipótese se verificaram diferenças significativas entre a laqueação precoce e tardia do cordão na prevenção da hemorragia pós-parto.

Em relação aos resultados neonatais, a revisão mostrou benefícios e riscos na laqueação tardia do cordão umbilical, que incluem o aumento dos níveis de ferro até aos seis meses

de vida da criança, o aumento do risco de icterícia e a consequente necessidade de fototerapia (MCDONALD S.J; MIDDLETON, P., 2009).

No estudo desenvolvido por Winter e colaboradores (2007) verificou-se que 66 a 90% das unidades hospitalares da Bélgica, França, Irlanda, Itália, Países Baixos, Portugal, Espanha, Suíça e Reino Unido tem políticas de clampagem e laqueação do cordão precoces, ou seja, imediatamente após o nascimento.

O atraso na clampagem do cordão umbilical por dois a três minutos parece não aumentar o risco de hemorragia pós-parto e promove aumento dos níveis de ferro do recém-nascido.

Tendo em conta a análise dos resultados da categorização dos conceitos por similaridade de conteúdo, pode considerar-se como parte integrativa dos cuidados do EEESMO a utilização conjunta das cinco intervenções anteriormente mencionadas no TPTP, com a finalidade de prevenir a hemorragia pós-parto.

3.5 Conclusão da revisão integrativa

Esta revisão integrativa foi realizada devido à necessidade de determinar a eficácia e benefício das intervenções constituintes da gestão ativa do TPTP, na prevenção da hemorragia pós-parto.

A partir da análise dos dados, constatou-se que os estudos incluídos na revisão integrativa defendem a eficácia da gestão ativa na redução do risco de hemorragia no pós-parto imediato, utilizando métodos semelhantes para avaliar a eficácia das intervenções utilizadas. Na grande maioria dos estudos selecionados, as intervenções incluídas na gestão ativa do TPTP seguem as recomendações da WHO (2007) e da FIGO/ICM (2004).

Em resposta à pergunta de partida, a prática do EEESMO durante o TPTP deve basear-se num conjunto de intervenções sequenciais, tendo em vista a redução do risco de hemorragia pós-parto. Assim sendo, numa lógica de acontecimentos: (1) Após o nascimento deve aguardar-se, se possível, cerca de três minutos para clampar o cordão umbilical; (2) Depois de laqueado o cordão deve ser desclampado para ocorrer a drenagem de sangue placentário facilitando o descolamento da placenta; (3) Deve ser administrada ocitocina por via endovenosa segundo Protocolo do Serviço; (4) Realizada tração controlada

do cordão umbilical; (5) E após a expulsão da placenta e membranas deve ser realizada massagem no fundo uterino para promover a contração do útero.

Contudo, algumas das questões que foram inicialmente colocadas ainda carecem de mais evidência para a sua prática ser realizada com maior segurança, tais como: deve a ocitocina ser administrada logo após o nascimento ou depois da dequitação, por via endovenosa ou intramuscular? Deve a massagem uterina ser executada para a dequitação ou após a saída da placenta?

Ainda mais, torna-se essencial avaliar o impacto da associação destas intervenções nos cuidados implementados às mulheres no puerpério imediato, pelo que, os profissionais de saúde e EEESMO devem ser orientados para as práticas de gestão ativa do TPTP, baseadas nas mais recentes evidências científicas, tendo em vista a prevenção da hemorragia pós-parto.

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

O desenvolvimento deste estágio profissionalizante foi consequente a um encadeamento de acções e a situações experienciadas que durante todo o percurso conduziram a um processo reflexivo, que facilitou a integração do conhecimento adquirido e dinamizou a tomada de consciência do aprendido.

Como linha orientadora de atuação, seguimos a perspectiva de Benner (2005) de que o conhecimento prático não pode ser desenvolvido se os enfermeiros não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência.

A primeira parte deste relatório permitiu refletir sobre situações vivenciadas no estágio, significativas e potencializadoras do desenvolvimento de competências, justificando essas experiências e práticas com as evidências científicas mais recentes. Esta atividade é corroborada por Alarcão (2001:55) ao considerar que *a compreensão da realidade que constitui o centro da aprendizagem é um produto do sujeito como observador e de que a experiência para ser formativa, tem que ser conceptualizada e refletida*. A problematização dos aspetos mais relevantes no processo formativo, assim como a análise crítica da construção do processo de cuidados à mulher grávida com complicações, em TP e no pós-parto, constituíram fundamento para a demonstração da aquisição de competências do EEESMO.

Os princípios subjacentes á realização deste estágio, intrínsecos a este projeto e à própria profissão podem não estar desenvolvidos no que foi anteriormente descrito, por enfatizarmos a descrição das competências específicas. Todavia, esses princípios são os integrados no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, na medida em que as atividades desenvolvidas durante este estágio foram no âmbito do desenvolvimento de uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção e a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Estes princípios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros e por nós respeitados, foram também enunciados por Benner e seus colaboradores (2008), no sentido do enfermeiro ir ao encontro do utente como pessoa, preservando a sua dignidade e personalidade, respondendo à prática não normalizada, com sério empenho na aprendizagem da boa prática de enfermagem.

Todas as atividades realizadas, incluindo o projeto de estágio implicaram a mobilização de diversos conhecimentos e competências adquiridos ao longo do curso, correspondentes a diferentes áreas da investigação em Ciências da Enfermagem, obstetrícia, psicologia da gravidez e maternidade, o cuidado de enfermagem da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, cuidados ao recém-nascido, farmacologia e monitorização biofísica fetal.

A aquisição e desenvolvimento das competências específicas foram desde cedo sustentados na Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo em vista o cumprimento das condições condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista. Tendo em conta as condições presentes no referido documento, considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas.

Não era, nem podia ser, minha a pretensão de atingir um nível de proficiência no final deste estágio, mas sim adquirir os conhecimentos e as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e o número de experiências exigidas pela referida Diretiva Europeia.

Além dos fatos refletidos anteriormente neste relatório de estágio, a Figura 4 comprova o número de mulheres com ou sem gravidez de risco vigiadas e a figura 5 demonstra o número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância.

Figura 4 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância

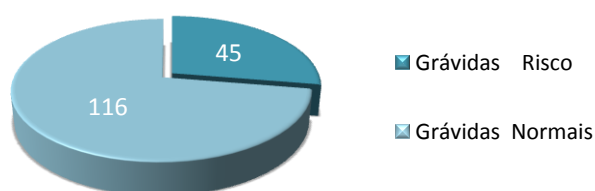
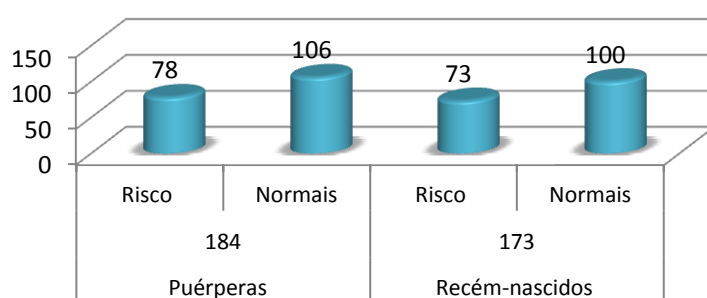
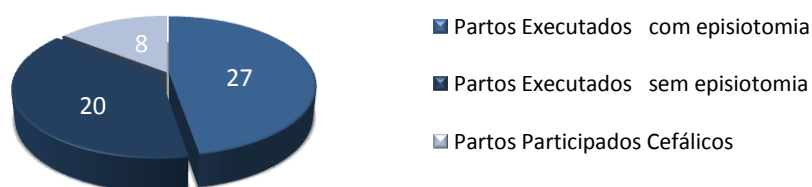


Figura 5 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância



Considerando a especificidade da execução de um parto eutócico ou até mesmo da assistência realizada nos partos distócicos (descritos no Anexo II), através da reflexão das atividades desenvolvidas no Bloco de Parto descritas no terceiro capítulo, complementando com a figura 6, pode afirmar-se que as competências necessárias foram atingidas.

Figura 6 - Número de partos realizados e participados



Analisando o percurso do estágio profissionalizante e refletindo sobre as experiências e atividades realizadas, considera-se que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, TP, parto e de puerpério, foi realizado de forma sistemática, perspectivado numa prática baseada em evidências científicas e orientado para a promoção da saúde da mulher, família e criança.

Duas das competências que estão descritas no regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2010b) no âmbito da prescrição de exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco e da decisão esclarecida da mulher em caso de interrupção voluntária da gravidez, não foram desenvolvidas neste estágio por questões de ordem legal e orgânico-institucional. No entanto, esta última foi desenvolvida no Estágio de Vigilância da gravidez e preparação para a Parentalidade realizado no primeiro ano do MESMO.

Relativamente à área específica da monitorização do bem-estar fetal, considera-se que a realização do curso de CTG durante a realização do estágio profissionalizante possibilitou a atualização de conhecimentos adquiridos ao longo do MESMO e a sua implementação imediata na prática clínica.

Na abordagem interativa e de suporte social com as mulheres e famílias foi possível aprimorar as componentes relacionais de enfermeiro-utente, sendo que houve uma nítida evolução neste âmbito ao longo do estágio proporcional ao sentimento de segurança na prestação de cuidados. A própria integração na rotina comum do serviço e o contacto com os diversos profissionais de saúde permitiram o estabelecimento de relações interpessoais e interdisciplinares, indissociáveis da prática clínica.

Nos três locais de estágio foi realizada e incentivada pelas Enfermeiras tutoras a prática de humanização do cuidado à mulher e sua família. De forma a sustentar esta conduta,

mais especificamente na situação de TP e parto, Moreira e colaboradores (2009) defendem que o EEESMO deve respeitar o tempo da mulher no processo de parturição, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspetos culturais próprios da mulher, dentro de seu contexto de vida.

As dificuldades inicialmente sentidas na realização deste estágio estão diretamente relacionadas com a diminuição da taxa de natalidade em Portugal, o que poderia reduzir as oportunidades de desenvolver as competências necessárias, especialmente na prestação de cuidados durante o trabalho de parto. Todavia, as metas propostas para o projeto de estágio foram atingidas, com êxito, e os cuidados prestados neste período permitiram a aquisição das competências.

Todas as áreas de cuidados possibilitaram o desenvolvimento de variadas capacidades, competências, conhecimentos e conceitos, de relações interpessoais e realização profissional, mas, foi no estágio do Bloco de Partos que o enorme potencial da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia se evidenciou para mim, considerando todos os contributos que esta área pode ter na saúde da mulher e criança.

A realização deste estágio profissionalizante numa instituição como o HPH proporcionou as condições ideais a nível de espaço físico, organizacional e de recursos humanos qualificados, para a aquisição de conhecimentos e competências específicas do EEESMO.

A contribuição deste estágio para a entidade de acolhimento, neste caso o HPH, incluiu a colaboração nos projetos em desenvolvimento, a análise critico-construtiva das práticas dos serviços com vista à melhoria dos cuidados prestados, na partilha de conhecimentos e evidências mais recentes adquiridas durante o MESMO, assim como na pesquisa bibliográfica realizada para o desenvolvimento deste projeto de estágio.

A segunda parte deste relatório emergiu na necessidade de integrar conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem com a problematização de uma temática de interesse para a prática do EEESMO. Portanto, de forma a adquirir mais conhecimentos sobre a gestão ativa do TPTP para desenvolver capacidades na prestação de cuidados de excelência às mulheres acompanhadas, impulsionou a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre a temática.

Desta revisão integrativa podem ser extraídas algumas interpretações relacionadas com as componentes da gestão ativa do TPTP e a sua integração na prática clínica durante o estágio profissionalizante.

Na prestação de cuidados na UGR e no Bloco de Partos, mostrou-se essencial a determinação de fatores de risco das grávidas para a hemorragia pós-parto, tais como a

presença de hemorragia pré-parto, multiparidade, macrosomia fetal, alterações da coagulação materna, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, referenciados anteriormente.

No decorrer do TP, o EEESMO deve ter em consideração os fatores de risco de cada parturiente para a prestação de cuidados e vigilâncias, na administração de ocitocina ou prostaglandinas e quando se verifica um TP precipitado ou um parto instrumentado (LEDUC, D. et. al, 2009) (SHEINER, E. et al., 2005).

Tendo em conta as recomendações da WHO, FIGO e ICM e os resultados obtidos nesta revisão integrativa, considera-se pertinente a prática da gestão ativa do TPTP na prevenção da hemorragia pós-parto.

Assim sendo, sugerindo-se um possível protocolo de atuação, o EEESMO deve após o nascimento aguardar que o cordão umbilical deixe de pulsar para o clampar, já que o retardamento da clampagem não é fator concorrente para a hemorragia pós-parto e pode ter benefícios para o RN. Apesar de a evidência ser reconhecida, os protocolos do serviço não contemplam essa conduta pelo que ainda se verifica a prática de clampagem precoce do cordão, principalmente pelos médicos Obstetras.

Depois de laqueado o cordão deve ser desclampado para o sangue drenar livremente para recipiente próprio. A evidência demonstrou que a drenagem de sangue placentário facilita o descolamento da placenta, no entanto esta conduta ainda não é realizada de forma sistemática na prática clínica. Embora, durante a prestação de cuidados no estágio verificou-se que nas parturientes que solicitavam a colheita de células estaminais do sangue do cordão umbilical a duração da perda sanguínea na dequitação eram geralmente menores.

A WHO (2007) e a FIGO (2012) recomendam a administração de ocitocina um minuto após o nascimento, contudo ainda não existem evidências científicas e consenso relativamente ao momento (antes ou após a dequitação) e à via (endovenosa ou intramuscular) de administração. Porém, pode concluir-se que a administração de ocitocina deve ser realizada segundo o Protocolo de cada serviço.

Nos protocolos de serviço do HPH relativos ao TPTP não está contemplado o conceito de tração controlada do cordão umbilical, no entanto é uma prática frequente realizada pelos EEESMO do serviço para a prevenção da hemorragia pós-parto e redução da duração do TPTP.

Após a expulsão da placenta e membranas o EEESMO deve realizar uma massagem no fundo uterino para promover a contração do útero, intervenção que se encontra presente nos protocolos da instituição onde decorreu o estágio. A massagem uterina realizada como forma de diminuir o tempo da dequitação é também uma prática observada com

regularidade no campo de estágio. Apesar de se mostrar eficaz não foi verificada na evidência a sua segurança no que diz respeito ao risco de inversão uterina.

Considerando que a hemorragia primária pode ocorrer nas primeiras 24 horas pós-parto, após a transferência para o Serviço de Obstetrícia o EEESMO deve assegurar que o útero se encontra adequadamente contraído e a perda sanguínea não é excessiva, por vezes com a ajuda de uma suave massagem no fundo uterino (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Tendo em conta que os protocolos de serviço no Bloco de Partos vão ser atualizados no ano corrente e perante os resultados da revisão integrativa, sugere-se reformulação do protocolo com a inclusão das intervenções anteriormente definidas como integrantes da gestão ativa do TPTP.

A prática de enfermagem gera inúmeras dúvidas relacionadas com a eficácia das intervenções, a precisão das medidas de avaliação, a força das relações causais, a relação custo-benefício das intervenções de enfermagem, o significado da situação, experiências, crenças e atitudes dos utentes (DÍCENSO, A; CULLUM, N; CILISKA, D., 1998).

Como tal, pode considerar-se que os cuidados de saúde baseados em evidências são aqueles que incorporam a melhor evidência disponível na decisão clínica do EEESMO.

Em suma, analisando os objetivos de estágio inicialmente delineados para o desenvolvimento do estágio profissionalizante, pode afirmar-se que foram atingidas as competências definidas como essenciais à prática de cuidados especializados à mulher e família na gravidez, TP e puerpério. Encara-se a participação neste estágio como ativa e assídua, com interesse e empenho pelas atividades em desenvolvimento nos três serviços onde foi realizado o estágio.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório constituiu um momento de reflexão sobre o caminho percorrido, como reflexo do desempenho demonstrado ao longo de todo o processo deste estágio de natureza profissional.

Refletindo sobre a trajetória percorrida ao longo de todo o percurso realizado, posso afirmar com convicção que se espelha um ciclo de aprendizagem e autoconhecimento, sob um processo formativo em que senti a responsabilidade de ser estudante como sujeito da minha própria formação.

Desde o início do percurso acadêmico no Curso de Licenciatura que a Obstetrícia representa uma das áreas de maior satisfação e realização profissional, que foi sendo fortalecida ao longo do Curso de Mestrado, contudo, este estágio representa um reforço de uma forma muito peculiar.

Fazendo uma introspecção do percurso realizado ao longo deste estágio pode afirmar-se que a mobilização de conhecimentos de índole teórica e a sua aplicabilidade na prática dos cuidados foi uma realidade constante. A integração das evidências mais recentes da literatura constitui o apanágio na forma de agir, que permitiu a aquisição de novas competências, relativas ao cuidar a mulher inserida na família durante os períodos de gravidez, parto e puerpério, e a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações e a promover o bem-estar da mulher, criança e família.

Os esforços desenvolvidos nesse sentido visaram a promoção do autocuidado na assistência à mulher antes, durante e após a gravidez. Para tal, foi efetuada a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumida a responsabilidade pela condução do trabalho de parto, do parto, do pós-parto e dos cuidados ao recém-nascido e lactente nas situações de baixo risco.

Com a aquisição destas competências acresce, também, a responsabilidade pela identificação atempada de situações de risco mais elevado que exigem outros níveis de cuidados, estando habilitada a detetar complicações e a aplicar medidas de emergência.

Concluimos que a opção de construir este nosso projeto à luz da reflexão-ação ao longo deste estágio e do projeto de desenvolvimento de competências, associado à revisão integrativa realizada, foi a metodologia mais coerente, dado que nos permitirá uma compreensão absoluta e profunda das opções a delinear neste domínio das práticas específicas, em relação à prevenção da maior causa de mortalidade materna.

Diríamos, então, que podemos considerar este percurso uma mais-valia para o processo de aprendizagem e um potenciador da capacidade de iniciar o processo de construção de identidade profissional de EEESMO.

A integração da componente de investigação neste relatório de estágio é um requisito inquestionável para a realização de um Mestrado em enfermagem no sentido de demonstrar as mais-valias que pode ter para os enfermeiros o facto de serem consumidores dos resultados de investigação, como garante a implementação de boas práticas.

Também, além da descrição e realização das atividades de estágio terem sido baseadas em evidências científicas, a revisão integrativa da literatura que foi produzida numa área de interesse dos cuidados especializados do EEESMO, constituiu uma forma de dar não só resposta a essa exigência do curso, como também, pela satisfação que senti em experienciar o esclarecimento de dúvidas sistemáticas, com expressão nas práticas quotidianas do EEESMO por uma via credível e científica.

Através dos resultados desta revisão integrativa podemos afirmar que as intervenções integrantes da gestão ativa do TPTP incluem: a clampagem tardia do cordão umbilical, drenagem de sangue placentário, administração de uterotónico, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina após a dequitação.

Tendo em conta os factos anteriormente expostos pode concluir-se que os objetivos elaborados para a realização deste relatório foram atingidos na sua plenitude, na medida em que a descrição das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO, bem como a realização da revisão integrativa, constituíram a forma de sistematizar o projeto individual de estágio.

Na sequência do projeto de estágio e da revisão integrativa realizada, emergem algumas sugestões de melhoria para as práticas, para o ensino e para propostas de futuras investigações.

Para a prática emerge a sugestão para a necessidade de determinar, em cada contexto, as lacunas existentes na prática do EEESMO durante a gestão ativa do TPTP, de forma a atualizar os conhecimentos e as práticas com a evidência científica mais recente.

O contributo destes resultados podem ter implicações para o ensino, pois sugerem a necessidade de promover e reforçar a lecionação de conteúdos que problematizem o desenvolvimento de competências dos estudantes aspirantes a EEESMO, sobre as práticas da gestão ativa do TPTP e sobre a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.

No que diz respeito às propostas para futuras investigações, os resultados apoiam a realização de grandes estudos controlados randomizados para:

- Determinar a eficácia da aplicação conjunta das cinco intervenções da gestão ativa do TPTP, na redução da perda de sangue e do risco de hemorragia pós-parto em mulheres com parto vaginal.
- Determinar qual o momento e a via de administração da ocitocina no TPTP
- Avaliar se a massagem uterina no TPTP promove a expulsão da placenta sem aumentar as complicações maternas;
- Determinar objetivamente a perda sanguínea e as repercussões clínicas no puerpério.

Sendo a hemorragia pós-parto a maior causa de morte e morbidade materna em todo o mundo, salienta-se a pertinência do desenvolvimento e implementação de programas de intervenção de enfermagem, que utilizem um conjunto de práticas previamente definidas para a gestão ativa do TPTP, como conduta na prevenção da hemorragia pós-parto.

Em jeito de conclusão diria: considera-se este estágio uma experiência positiva, de consolidação de conhecimentos e competências. Permitiu o crescimento pessoal e profissional, a progressão no processo académico e profissional no âmbito da aquisição de competências como enfermeira EEESMO.

Ciente de que a aquisição de competências é um processo contínuo e de que o nível de proficiência está dependente de um exercício continuado, espero vir a por em prática todo o conhecimento e capacidades adquiridas nestes dois anos, vindo o mais precocemente a concretizar o desafio de integrar um Serviço de prestação de cuidados à mulher e ao recém-nascido.

Parafraseando Benner (2005:26), *este não é o fim é só um princípio...*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASHEIM, V. et. al. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Library*. Issue 2, 2012.
- AJADI, M.A. et al. - The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. October; 26(7): 631 – 634, 2006.
- ALARCÃO, I. - Formação reflexiva. *Referência*. nº 6, Maio, 2001.
- ALFIREVIC, Z; DEVANE, D; GYTE, GML. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, 2006.
- AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Nov. vol 38. nº 11, 2010.
- ANDRES, V. et. al. - Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*. Number 4, April , 2011, Vol. Volume 127.
- AYRES-DE-CAMPOS, D.; BERNARDES, J. - Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: Time for a simplified approach? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 110. p1–6, 2010.
- BAKSU, B. et. al - Episiotomy Repair and Peripartum Blood Loss. *Gynecol Obstet Invest*. 65:169–173, 2008.
- BEGLEY, C.M. et al. - Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 11, 2011.
- BELLAD, MB; KAMAL, P.; RAJESHWARI, P. - Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*. January-April; 2(1):37-39, 2010.
- BLAKE, D. - Pinards: out of use and out of date? *British Journal of Midwifery*. June, vol 16, no 6, 2008.
- BENNER, P - *De iniciado a perito*. Coimbra : 2ª edição. Quarteto, 2005.
- BENNER, P. et. al. - Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*. 17(5), Setembro: 473-476, 2008.
- BOCCOLINI, C.S. et. al. - Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*. 45(1):69-78, 2011.
- BRANDÃO, S. - *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.
- CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina materno-fetal*. Lisboa : Lidel, 2008.
- CAPLE, C. - Amniotomy: Assisting with. *Nursing Practice & Skill*. February 10, 2012.
- CARROLI, G; MIGNINI, L. 2012. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library*. Issue 2, 2012.

- CEPÊDA, T.; BRITO, I.; HEITOR, M.J. - *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. Lisboa : DGS, 2006.
- CLARK, S.L. et al. - Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol*. 200;35.e1-35.e6., 2009.
- COMISSÃO PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS DA ARS NORTE. 2012. *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na ARS Norte*. s.l. : ARS Norte, 2012.
- CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. - *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004.
- CRUZ D.C.S; SYMAM N.S; SPÍNDOLA T. - Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 41(4):690-7, 2007.
- CUNHA, A.A.. - Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Femina*. Setembro. vol 38. nº 9 , 2010.
- DiCENSO, A; CULLUM, N; CILISKA, D. - Implementing evidence based nursing: some misconceptions. *Evidence Based Nursing*. [Editorial]. 1, 1998.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. - *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. 2011.
- DIXON, L.; FOUREUR, M. - The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives Journal*. 42, 21-26., 2010.
- DUHAN, N. et al. - Meconium Staining of Amniotic Fluid - A Poor Indicator of Fetal Compromise. *JK Science*. Oct-December. Vol. 12 No. 4, 2010.
- ESEP - *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. Porto : s.n., 2010.
- FIGO - SMNH Committee. - FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 117: 108–118, 2012.
- FIGO/ICM. - Global initiative to prevent post-partum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. 26(12):1100–2, 2004.
- FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. - Construindo o Conceito de Competência . *Revista de Administração Contemporânea*. Edição Especial, 2001, Vols. 183-196.
- FRELLO A.T; CARRARO T.E. - Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Rev. Eletr. Enf*. 12(4):660-8, 2010.
- GILLESBY, E., et al. - Comparison of Delayed Versus Immediate Pushing During Second Stage of Labor for Nulliparous Women With Epidural Anesthesia. *JOGNN* . Vol. 39, Issue 6, 2010.
- GRAÇA, L.M. - *Medicina Materno-Fetal*. 4ª edição. Lisboa : Lidel, 2010. 4ª edição.
- GUPTA, JK; HOFMEYR, GJ; SMYTH, RMD. -Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library*. Issue 4, 2009.
- HOCKENBERRY, M. J. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : 7ªed. Editora Elsevier Ltda, 2006.
- HODNETT, E.D. et. al. - Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 2011.
- HOFMEYR, GJ; BELFORT, M . - Proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia. *BMC Medicine*. 7:11, 2009.
- ICN - *International Classification for Nursing Practice*. Geneva : Ordem dos enfermeiros, 2011. Versão 2.0..

- INFARMED - Folheto informativo: Implanon NXT 68mg implante para via subcutânea. *Infarmed*. [Online] 25 de Maio de 2010. [Citação: 14 de Fev. de 2012.] http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=10036&tipo_doc=fi.
- JANGSTEN, E. et al. - A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. *BJOG* . 118:362–369., 2011.
- KATTWINKEL, J. et al. - Part 15: Neonatal Resuscitation 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 122:S909-S919, 2010.
- KETTLE, C; HILLS, RK; ISMAIL, KMK. - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *The Cochrane Library*. Issue 1, 2009.
- KHOOSHIDEH, M.; SHAHRIARI, A. . - A comparison of tramadol and pethidine analgesia on the duration of labour: A randomised clinical trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* . 49: 59–63, 2009.
- LAWRENCE, A. et al. - Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 2009.
- LEDUC, D. et. al. - Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. Oct; 31(10):980-93, 2009.
- LEVIN, R; SINGLETON, J; JACOBS, S. - Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. [autor do livro] Capezuti E. et al. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Nova Iorque : 3rd edition. Springer Publishing Company, 2007.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa : Comité Português para a UNICEF, 2008.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2008.
- MAN-LUNG LAI et al. - Effects of Delayed Pushing During the Second Stage of Labor on Postpartum Fatigue and Birth Outcomes in Nulliparous Women . *Journal of Nursing Research* . Vol. 17, No. 1, 2009.
- MANNEL, R.; MARTENS, P.J.; WALKER, M. - *Manual prático para consultores de lactação*. Loures : 2ª edição. Lusociência, 2011.
- MCDONALD, G. - Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. *British Journal of Midwifery*. October. Vol 18, No 10 , 2010.
- MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C; GALVÃO, C.M. - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Out-Dez; 17(4): 758-64, 2008.
- MERCER, R.T.; WALKER, L.O. - A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *JOGNN*. September/October; 568-582, 2006.
- MOORE E.R; ANDERSON G.C; BERGMAN N. - Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3., 2007.
- MOREIRA K, et. al. - O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare Enferm*. 14(4):720-8, 2009.
- MOUSA, W.F.; AL-METWALLI, R.; MOSTAFA, M. - Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study. *Saudi Journal of Anaesthesia*. Jan. Vol. 6 Issue 1, p36-40., 2012.

- NACHUM, Z. et al. - Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 8:136, 2010.
- NICE - Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. 2nd edition., 2008, Vol. March.
- —. Intrapartum care – care of healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. September , 2007.
- —. Routine postnatal care of women and their babies. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. July , 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010a.
- —. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - Directiva 2005/36/CE - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*. L255/p.22, 2005.
- POMEROY, E.; BRADFORD E.G . - *The Grief Assessment and Intervention Workbook: A Strengths Perspective* . Belmont : Cengage Learning, 2009.
- PORFÍRIO A.B; PROGIANTI J.M; SOUZA D.O.M. - As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* 12(2):331-6, 2010.
- RABE H, REYNOLDS GJ, DIAZ-ROSELLO JL. - Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants (Review). *The Cochrane Library*. Issue 2, 2010.
- REYNOLDS, F. - The effects of maternal labour analgesia on the fetus. . *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Jun; 24(3): 289-302, 2010.
- ROBERTS, C.L et al. - Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 111(12):1333-40., 2004.
- ROCHA, IMS et al. - O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. esc. enferm. USP*. vol.43 no.4, 2009.
- RUDRA, P. et. al . - Recent advances in management of pre-eclampsia. *BJMP*. 4(3): a433, 2011.
- SHEINER, E. et al. - Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. September. 18(3): 149–154, 2005.
- SHRIVASTAVA VK, et al. - A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. . *Am J Obstet Gynecol*. Apr;200(4):379.e1-6., 2009.
- SINGATA, M.; TRANMER, J; GYTE, GML. - Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Library*. Issue 3, 2012.
- SMYTH, RMD; ALLDRED, SK; MARKHAM, C. - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Library*. Issue 10, 2011.
- SODRÉ T.M., et. al . - Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*. Jul-Set, 2010, Vols. 19(3): 452-60.

- SOUZA, ASR, et. al. - Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*. Abril. Vol 38. nº 4, 2010.
- SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. - Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8(1 Pt 1):102-6, 2010.
- THOMPSON, H. - Promoting normal birth: Appropriate use of intrapartum cardiotocography. *British Journal of Midwifery*. October. Vol 19, No 10, 2011.
- VELAPHI, S; VIDYASAGAR, D. -The pros and cons of suctioning at the perineum (intrapartum) and post-delivery with and without meconium . *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 13, 375-382, 2008.
- WEI S, et al. - Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* . Issue 2, 2009.
- WHITEMORE, R.; KNAFL, K. - The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 52(5), 546–553, 2005.
- WHO - *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva : Department of Reproductive Health and Research, 2009a.
- —. *WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Geneva : WHO Document Production Services, 2009b.
- —. *WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage*. Geneva : WHO Document Production Services, 2007.
- WINTER et al. - Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. *BJOG* . 114:845–854, 2007.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

- ALTHABE, F. et al. - A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *Int J Gynaecol Obstet*. October. 107(1): 4–7, 2009.
- COTTER, AM; NESS, A; TOLOSA, JE. - Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *The Cochrane Library*. Issue 2, 2010.
- FOROOZANFARD, F. et. al - Maternal haemodynamic effects of oxytocin bolus or infusion in the third stage of labour. *Pak J Med Sci*. April - June (Part-II). Vol. 27, No. 3: 656-659, 2011.
- GÜLMEZOĞLU, A.M et al. - Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* . May 5, 379: 1721–27, 2012.
- HOFMEYR, G.J; ABDEL-ALEEM, H; ABDEL-ALEEM, M.A. - Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *The Cochrane Library*. Issue 8, 2010.
- JONGKOLSIRI, P.; MANOTAYA, S. - Placental Cord Drainage and the Effect on the Duration of Third Stage Labour, A Randomized Controlled Trial. *J Med Assoc Thai*. 92 (4): 457-60, 2009.
- MCDONALD, S.J; ABBOTT, JM, HIGGINS, SP. - Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *The Cochrane Library*. Issue 2, 2009.

- MCDONALD S.J; MIDDLETON, P. - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Library*. Issue 3, 2009.
- PEÑA-MARTÍ G.E; COMUNIÁN-CARRASCO, G. - Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *The Cochrane Library*. Issue 11, 2010.
- ROGERS, C. et. al - Effects of Syntocinon use in active management of third stage labour. *British Journal of Midwifery*. June. Vol 19, No 6, 2011.
- SHRAVAGE, J.C; SILPA, P. - Randomized controlled trial of placental blood drainage for the prevention of postpartum hemorrhage. . *J Obstet Gynecol India*. Vol. 57, No. 3:May/June. Pg 213-215, 2007.
- SOLTANI, H; HUTCHON, DR; POULOSE, TA. - Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, 2010.
- SOLTANI, H; POULOSE, T.A; HUTCHON, D.R. - Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 9, 2011.

ANEXOS

ANEXO I

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

ANEXO II

PARTOS REALIZADOS E PARTICIPADOS NO ESTÁGIO

Data	Parturientes		Partos Executados		Partos Participados	
	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos
30.03.2012	x					x
30.03.2012		x		x		
01.04.2012	x		x			
02.04.2012		x	x			
15.04.2012	x		x			
16.04.2012		x		x		
17.04.2012		x	x			
17.04.2012		x	x			
20.04.2012		x	x			
22.04.2012	x		x			
22.04.2012		x		x		
26.04.2012	x		x			
27.04.2012		x	x			
27.04.2012		x	x			
27.04.2012	x		x			
29.04.2012		x	x			
29.04.2012		x		x		
29.04.2012		x	x			
02.05.2012		x	x			
11.05.2012		x				x
11.05.2012		x		x		
16.05.2012	x		x			
17.05.2012	x		x			
17.05.2012		x		x		
19.05.2012		x				x
19.05.2012		x	x			
20.05.2012		x	x			
22.05.2012	x		x			
27.05.2012	x			x		
01.06.2012		x	x			
06.06.2012	x			x		
06.06.2012		x		x		
06.06.2012		x		x		
07.06.2012	x		x			
09.06.2012		x		x		
09.06.2012		x		x		
12.06.2012		x	x			
14.06.2012		x	x			
14.06.2012	x			x		
18.06.2012	x		x			
22.06.2012		x		x		
23.06.2012	x					x
23.06.2012		x		x		
23.06.2012		x	x			
25.06.2012	x			x		
27.06.2012	x			x		
04.07.2012	x			x		
05.07.2012	x					x
06.07.2012		x	x			
07.07.2012		x	x			
12.07.2012	x					x
18.07.2012	x			x		
21.07.2012	x			x		
21.07.2012		x				x
24.07.2012		x				x
TOTAL	23	33	27	20	0	8