

OS BENEFÍCIOS DA PREPARAÇÃO PARA O PARTO EM MEIO
AQUÁTICO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Bibiana Alexandra Rodrigues Vidal

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

**OS BENEFÍCIOS DA PREPARAÇÃO PARA O PARTO EM
MEIO AQUÁTICO**

THE BENEFITS OF AQUATIC BIRTH PREPARATION

Relatório de estágio de natureza profissional

Sob a orientação da Professora Maria Vitória Barros de Castro
Parreira

Realizado por Bibiana Alexandra Rodrigues Vidal

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório espelha a longa “viagem” num percurso acompanhado de desafios, alegrias, riscos e incertezas, mas que no seu término trouxe consigo a certeza que tínhamos ultrapassado todos os obstáculos, para prosseguir rumo à aquisição do Grau de Mestre em Saúde Materna e Obstétrica. Estamos conscientes que esta caminhada não poderia chegar à meta sem o apoio e força constantes daqueles que nos ajudaram e incentivaram a prosseguir e de todos os os que nos são mais queridos. Por este motivo, torna-se essencial enaltecer o seu contributo.

À minha orientadora, professora Vitória Parreira, pela dedicação, simpatia e total disponibilidade. Pelas suas sugestões sempre pertinentes, pelos seus ensinamentos e pelo seu apoio incondicional em cada etapa.

Também as minhas orientadoras de estágio, enfermeira Augusta, Nazaré e Cátia, por me mostrarem a essência de ser enfermeiro nesta área de cuidados especializados e por estarem sempre a meu lado e me orientarem neste percurso de aprendizagem.

À Professora Doutora Marinha Carneiro, como coordenadora do curso, e a todos os docentes que ao longo do curso me ajudaram a crescer.

Aos meus pais e à minha irmã, pois sem eles este percurso teria sido muito mais difícil. Todo o seu apoio e disponibilidade foram imprescindíveis. Obrigada pelo vosso amor incondicional e pelo vosso colo nos dias mais cinzentos.

Ao Ivo por estar sempre presente e por me encorajar a enfrentar os desafios. Pelo seu companheirismo e enorme compreensão e por me mostrar que o amor supera tudo.

Este percurso trouxe, ainda, boas amizades e não podia deixar de agradecer a todas as colegas de curso pelo constante apoio e encorajamento.

Por fim, a todos os casais e recém-nascidos com quem nos cruzamos e cuidamos, por acreditarem em mim como enfermeira e estudante, pela partilha das suas preocupações, pelo feedback positivo que davam sobre os meus cuidados, que irei sempre recordar

ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

ACNM - *American College Nurse- Midwives*

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

APSI – Associação Portuguesa de Segurança Infantil

bpm – Batimentos por minuto

cm – Centímetro

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

CTG – Cardiotocografia

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV – Intravenoso

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HPH – Hospital Pedro Hispano

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council of Nurses*

IG – Idade Gestacional

IM – Intramuscular

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LA – Líquido Amniótico

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg/dl – Miligrama/Decilitro

MI – Membros Inferiores

MSSSI – *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

POGP – *Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy*

PPT – Parto Pré-Termo

RANZCOG – *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCM – *The Royal College of Midwives*

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura das Membranas

SGB – *Streptococcus* do grupo B

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

UI – Unidades Internacionais

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Found*

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no estágio de natureza profissional, para obtenção do grau de mestre. Apresentamos uma introspeção e descrição das atividades desenvolvidas no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, no contexto das diferentes áreas de atuação, que fazem parte integrante deste estágio: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade; que constituem o pilar do planeamento dos cuidados à mulher/casal, recém-nascido e família. Retratar, assim, o processo de conceção de cuidados, a descrição do processo de formulação do juízo diagnóstico, com os quais foram articuladas intervenções de enfermagem especializada, assim como o planeamento com a incorporação de padrões de investigação.

Consideramos que a prática baseada na evidência constitui um instrumento de suporte fundamental à prática clínica, pois é através do saber científico, mais atual, que os cuidados são aprimorados e cada vez mais personalizados e diferenciados. Isto, por sua vez, traduz-se em ganhos em saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento da profissão. Neste sentido, problematizamos uma área de interesse cuja opção metodológica consiste numa revisão integrativa da literatura, onde se pretende conhecer os benefícios da preparação para o parto em meio aquático e a sua implicação no momento do trabalho de parto e parto. A literatura revela que o ambiente aquático apresenta determinadas propriedades, como a pressão hidrostática, impulsão e termodinâmica que o tornam no ambiente ideal para a prática de exercício durante a gravidez. A água proporciona uma sensação de bem-estar e relaxamento, permitindo às grávidas sentirem-se mais leves e com maior liberdade de movimento. Adicionalmente, existem ainda importantes vantagens fisiológicas. Concluímos que, o recurso ao meio aquático atenua os desconfortos sentidos na gravidez. Verifica-se, ainda, a diminuição do tempo total de trabalho de parto e parto, bem como uma taxa significativa de integridade do períneo após o parto. Para além destes benefícios, prepara a mulher/casal para o momento do parto, para que assumam um papel ativo e vivenciem a sua experiência de parto como algo positivo e gratificante.

Palavras-chave: enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, competências, preparação para o parto, meio aquático, revisão integrativa da literatura.

ABSTRACT

This report was developed in the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetrics Health Nursing, in the professional stage, to obtain the master's degree. We present an introsurveillance and description of the activities developed in the process of acquisition and development of competences, in the context of the different areas of action, which are an integral part of this internship: Pregnancy with Complications, Childbirth Work and Self-Care in the Postpartum and Parenting; which constitute the pillar of the planning of care for the woman/couple, newborn and family. We thus portray the process of care design, the description of the process of formulating the diagnostic judgment, with which specialized nursing interventions were articulated, as well as planning with the incorporation of research standards.

We consider that evidence-based practice constitutes a fundamental support tool for clinical practice, since it is through scientific knowledge, more current, that care is improved and increasingly personalized and differentiated. This, in turn, translates into gains in health and, consequently, in the development of the profession. In this sense, we have problematized an area of interest whose methodological option consists of an integrative review of the literature, where we intend to know the benefits of preparation for childbirth in an aquatic environment and its implication at the time of labor and delivery.

The literature reveals that the aquatic environment has certain properties, such as hydrostatic pressure, impulsion and thermodynamics that make it the ideal environment for exercise during pregnancy. Water provides a feeling of well-being and relaxation, allowing pregnant women to feel lighter and with greater freedom of movement. In addition, there are also important physiological advantages. We have concluded that the use of water reduces the discomfort felt during pregnancy. There is also a decrease in the total time of labor and delivery, as well as a significant rate of integrity of the perineum after delivery. In addition to these benefits, it prepares the woman/couple for the moment of childbirth to take an active role and experience childbirth as something positive and rewarding.

Keywords: nurse specialist in maternal health and obstetrics, skills, preparation for delivery, aquatic environment, integrative literature review.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES: UMA OUTRA FACE DO PROJETO DE MATERNIDADE5	
1.1. Intervenções de enfermagem à grávida com gravidez comprometida	7
1.2. Indução do TP.....	21
2. A MULHER E O CASAL NA CENTRALIDADE DO CUIDADO, NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	25
2.1. Os benefícios da preparação para o parto em meio aquático no trabalho de parto e parto	27
2.1.1. Prática baseada na evidência	27
2.1.2. Contextualização do problema	28
2.1.3. Metodologia	30
2.1.4. Resultados	32
2.1.5. Discussão	35
2.1.6. Conclusão	41
2.2. Cuidar a mulher/casal no primeiro estadio do trabalho de parto	42
2.3. Cuidar a mulher/casal no segundo estadio do trabalho de parto.....	62
2.4. Cuidar a mulher/casal no terceiro e quarto estadios do trabalho de parto	69
3. TORNAR-SE MÃE E PAI: UM OLHAR SOBRE O PÓS-PARTO	77
3.1. Acolhimento e avaliação inicial da puérpera e RN.....	79
3.2. Atividades de vigilância e promoção do autocuidado.....	80
3.2.1. Vigiar o estado emocional	92
3.2.2. Cuidados à puérpera com patologia associada	94
3.3. Necessidades do recém-nascido.....	95
3.4. Preparação para a alta.....	105
4. EM TORNO DE UM PERCURSO CRÍTICO E REFLEXIVO	109
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de Grávidas vigiadas e cuidadas	17
Gráfico 2: Número de Parturientes cuidadas e vigiadas e partos executados.....	25
Gráfico 3: Integridade do períneo nos partos executados	65
Gráfico 4: Cuidados e Vigilância prestados a Puérperas e Recém-nascidos	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Esquema PICO.....	31
Tabela 2: Análise do artigo “Beneficios de las actividades acuáticas durante el embarazo: revisión sistemática”	32
Tabela 3: Análise do artigo “Randomized clinical trial of an aquatic physical exercise program during pregnancy”	33
Tabela 4: Análise do artigo “Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomised clinical trial”	33
Tabela 5: Análise do artigo “Influencia del ejercicio físicodurante el embarazo sobre el peso del recién nacido: un ensayo clínico aleatorizado”	34
Tabela 6: Análise do artigo “Influence of a Water-Based Exercise Program in the Rate of Spontaneous Birth: A Randomized Clinical Trial”	35
Tabela 7: Registo de Experiências	110

INTRODUÇÃO

“Pensar numa prática de enfermagem baseada em evidências é um enorme desafio e uma exigente tarefa (...).” (Pereira, 2017, p. 101). Partindo desta permissão, e estando cientes de que a prática baseada na evidência (PBE) contribui para a excelência de cuidados, foi perentório para a opção da realização do estágio de natureza profissional, com relatório final, inserido no âmbito do processo formativo do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) no ano letivo de 2018/2019, tal como preconiza o regulamento do 2º ciclo de estudos. Como se pode verificar, a elaboração de um relatório final faz parte integrante do estágio. Neste contexto, apresentamos este relatório onde, sob forma crítica reflexiva e descritiva, se reflatam as atividades desenvolvidas e a evidência científica que serviu de suporte ao desenvolvimento de competências ao longo dos diferentes módulos de estágio.

Efetivamente, neste relatório encontram-se descritas as atividades desenvolvidas ao longo deste ano, que potenciaram a aquisição de competências profissionais recomendadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) para o exercício profissional como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO).

Este estágio foi realizado no Hospital Pedro Hispano (HPH), contemplando um total de 900 horas. Este englobou as principais áreas de intervenção no cuidado à mulher: Gravidez com Complicações, que decorreu no internamento de grávidas de risco, perfazendo um total de 100 horas; Trabalho de Parto e Parto, realizado no bloco de partos, num total de 500 horas; e Autocuidado Pós-parto e Parentalidade, no serviço de obstetrícia, com um total de 300 horas. Ao longo dos diversos módulos, desenvolvemos as atividades num regime de tutoria, sempre acompanhadas por um tutor, EESMO, no contexto das práticas e sob a orientação pedagógica de um docente da ESEP.

Neste sentido, enquanto estudantes de uma formação em cuidados especializados e como futuras EESMO, seguimos um percurso, tendo como referência a permissão de que o EESMO é responsável por intervenções autónomas, relativas ao ciclo reprodutivo e intervenções interdependentes aplicadas a situações de risco que envolvem processos de vida disfuncionais e patológicos no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019). “A filosofia de cuidados de Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/Parteira trabalha em parceria com a mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo.” (OE, 2015, p.8).

As competências definidas para o EESMO incluem: durante a gravidez, o acompanhamento da mulher a vivenciar um processo de saúde/doença durante o período pré-natal, cujos cuidados passam pela otimização da saúde da grávida, detectar atempadamente e tratar possíveis complicações e promover o bem-estar materno e fetal; no parto, o cuidado à mulher durante o todo o processo de trabalho de parto (TP) e parto, realizando um parto seguro e assegurando a saúde da mulher e recém-nascido (RN); e o puerpério, período pós-parto, contempla o cuidado à puérpera e RN, facilitando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2019).

Deste modo, conscientes das diversas competências que o EESMO assume no seu exercício profissional, ao longo estágio e com vista ao desenvolvimento de atividades conducentes ao seu papel, pautamo-nos pela centralidade nos pressupostos de uma prática baseada na evidência e também nas diretivas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que vieram alterar a forma como as mulheres são assistidas durante o TP e parto, tendo por base a humanização deste acontecimento de vida. O modelo centrado na pessoa de McCormack et al. (2015) foi também para nós uma esteira de suporte à prática, na tomada de decisão, por se assemelhar à filosofia do cuidar em saúde materna e obstétrica onde a pessoa/mulher fosse o centro dos nossos cuidados e pudesse existir, através do empoderamento da própria mulher, uma decisão partilhada e, ainda, um grau de elevada satisfação com os cuidados.

“Não podemos ignorar que a enfermagem é uma profissão que cuida e estabelece relações de ajuda entre as pessoas, sempre norteada pela procura da prestação de cuidados com qualidade e com o desenvolvimento de competências” (Martins, 2011, p. 20). Neste contexto, a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais ao exercício profissional, em enfermagem de saúde materna e obstétrica foi uma constante, bem como o aprimorar de conhecimentos e habilidades adquiridos previamente. De ressaltar, no que concerne à recontextualização de saberes e à busca contínua de evidência científica atual, o estimular do raciocínio crítico e o suporte às intervenções desenvolvidas no cuidado à grávida/casal, puérpera/casal, recém-nascido (RN) e família. Também as vivências experienciadas são retratadas ao longo deste documento, bem como a fundamentação das intervenções implementadas enquanto estudante do MESMO. Para além da descrição das atividades desenvolvidas, pretende-se enfatizar uma problemática relativa aos benefícios da preparação para o parto em meio aquático, sob a opção metodológica de uma revisão integrativa da literatura, uma vez que era uma problemática que carecia de alguma clarificação e se revelou pertinente para o TP e parto, bem como no empoderamento da mulher/casal.

Com a crescente preocupação e propósito em proporcionar uma experiência positiva à mulher durante o parto, a OMS definiu indicadores que vieram alterar a forma como as mulheres são assistidas durante o TP e parto, tendo por base a humanização deste evento. Assim, a preparação para o parto deve compreender a gravidez e parto como atos fisiológicos e momentos de partilha e alegria. Atualmente, têm-se assistido a um aumento do recurso às aulas de preparação para o parto, uma vez que a grávida/ casal quer mudar a realidade do seu parto (Santana & al., 2011). Os cursos de preparação para o parto proporcionam poder e/ou autonomia à grávida, como consequência do processo de procura do saber. Através deste processo educativo, a mulher adquire maior segurança, tornando-a um elemento ativo no parto (Oliveira, Rodrigues, Guedes, & Felipe, 2010). Como complemento aos cursos de preparação para o parto, vários hospitais, tanto em Portugal como na Europa, disponibilizam aulas de preparação para o parto em meio aquático. Estas sessões têm como intuito oferecer uma nova dinâmica de educação aos pais, proporcionando um ambiente favorável à aprendizagem (Baines & Murphy, 2010).

A literatura revela que a água proporciona sensação de bem-estar e relaxamento, permitindo às grávidas sentirem-se mais leves e com maior liberdade de movimento. Adicionalmente, existem ainda importantes vantagens fisiológicas (Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy, 2017). Nesta linha de pensamento, partimos do pressuposto que a enfermagem enquanto profissão autónoma, e disciplina do conhecimento necessita de se munir, constantemente, de novos conhecimentos de forma a prestar cuidados cada vez mais personalizados e diferenciados, com base no conhecimento científico mais atual.

Neste sentido, emergiu a necessidade de realizar uma pesquisa sobre uma problemática de interesse, inerente ao desenvolvimento de competências e relevante para a problematização das práticas, cuja finalidade possibilita reunir e sintetizar os resultados da pesquisa, de forma a ter presente o conhecimento científico para agir no sentido de prestarmos cuidados seguros e de qualidade centrados na mulher. Prosseguimos sob a opção metodológica da revisão integrativa da literatura, pelo facto de ser uma metodologia que incorpora diferentes métodos de análise, permite o acesso à evidência científica mais atual e possibilita a identificação de oportunidades de pesquisa que vêm acrescentar importantes contributos para a sua compreensão, ao sistematizar os dados para facilitar a construção de novas teorias explicativas (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

Desta forma, de modo a alcançar os objetivos definidos, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é descrito todo o processo de cuidados inerentes a uma gravidez com complicações. O segundo capítulo refere-se às competências adquiridas no âmbito do trabalho de parto e parto. Neste último, encontra-se

também contextualizado o estudo sobre os benefícios da preparação para o parto em meio aquático e as suas implicações no TP e parto. Este estudo foi realizado não só por considerarmos que a PBE assume uma relevância muito importante como instrumento de suporte fundamental para a prática; como também para dar resposta a um dos objetivos deste estágio, que implica adquirir competências no âmbito da investigação. O terceiro capítulo diz respeito às atividades desenvolvidas no cuidado à puérpera/casal e RN, facilitando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Por fim, o quarto capítulo espelha uma reflexão crítica sobre este percurso académico enquanto estudante do MESMO, não só no sentido de tornar mais transparente os sentimentos associados às experiências vivenciadas, como também todo o processo de aprendizagem.

Ao longo deste percurso formativo, foi feita pesquisa em bases de dados como *EBSCOhost Web*, *Nursing Reference Center*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), bem como pesquisa no Google académico para a busca de alguma literatura cinzenta, como trabalhos de investigação existentes em bases de dados desenvolvidos por entidades científicas.

1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES: UMA OUTRA FACE DO PROJETO DE MATERNIDADE

A gestação está intimamente relacionada com a saúde e a vida. E, nesta situação, o diagnóstico de risco pode provocar alterações multidimensionais na gestante e em todo o grupo familiar. Foi neste contexto que demos início ao percurso de aquisição de competências como EESMO, no módulo de estágio da Gravidez com Complicações, que decorreu no HPH, no internamento de grávidas de risco, no qual se encontram mulheres grávidas a vivenciar um processo de saúde/doença (Gourounti, Karapanou, Karpathiotaki, & Vaslamatzis, 2015). Face a esta situação, fomos confrontados com uma nova realidade, tal como o processo de maternidade comprometido, onde a esperança poderia ter sido abalada e, por isso, exigiu alguma reflexão e, por conseguinte, muitas foram as interrogações: como lidar com estas situações que exigiam conhecimentos, em cuidados especializados e habilidades específicas, para dar resposta em cuidados de qualidade à mulher casal e família.

Todavia, apesar de inicialmente termos sido assoladas por uma imensidão de sentimentos e interrogações, de imediato apelamos à racionalidade, refletindo e lembrando que minimizar o sofrimento e promover a esperança já fazia parte integrante das nossas competências. Neste sentido, reconhecemos a necessidade de mobilizar conhecimentos teóricos para delinear intervenções que ajudassem a promover a esperança. Pois, de facto, esse era um dos desafios com que já nos confrontávamos, no quotidiano das nossas práticas, enquanto enfermeiros, embora num contexto de fragilidade humana diferente.

A gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por inúmeras mulheres ao longo dos anos. Gerar um novo ser acarreta alterações fisiológicas e emocionais, além da adaptação a uma nova vivência, a de vir a ser pai e mãe (DGS, 2015a). Dadas as mudanças físicas e as exigências inerentes a esta fase, aceitar a nova situação leva tempo e há receios frequentes quanto à capacidade em lidar com os novos desafios e com as mudanças psicológicas associadas (Nereu Bjorn, Neves de Jesus, & Casado Morales, 2013). Conscientes de estarmos perante situações de gravidez de alto risco fez perceber que para lidar com todo o processo de cuidados que envolve uma gravidez com complicações, desde os sentimentos negativos associados à construção de novos papéis, foi necessária uma pesquisa sistemática de evidência científica e uma recontextualização dos saberes adquiridos. Foi, também possível compreender que, para a maioria dos casais, a gravidez constitui um projeto de vida, marcado por sentimentos ambivalentes de felicidade e incerteza e que uma situação de risco vem assombrar este projeto de felicidade, despoletando emoções negativas e no qual o casal sente a necessidade de repensar tudo o que haviam idealizado.

A gravidez, por si só não reflete um estado de doença, exceto quando associado aos fatores de risco que influenciam, de alguma forma, a saúde e bem-estar da mulher e/ou feto (DGS, 2015a). Nesta perspectiva, o diagnóstico de gravidez de alto risco despoleta *stress* adicional, ansiedade, sintomas depressivos e incerteza na grávida (Gourounti et al., 2015). Estes sentimentos tendem a intensificar-se devido às novas exigências e dificuldades associadas à patologia em si e aos cuidados inerentes à mesma. Desta forma, o impacto da notícia, a necessidade de reorganização e a privação de certos recursos aliam-se à insegurança e ao medo. As grávidas sentem-se mais vulneráveis, temendo a sua morte ou a do feto, a ocorrência de parto pré-termo ou malformações fetais (Oliveira & Madeira, 2011a; Oliveira, Madeira, & Penna, 2011b).

Pudemos verificar que face a esta situação, as gestações de alto risco exigem mudanças no estilo de vida, esquemas de medicação, suporte técnico e até mesmo a hospitalização. De acordo com a sua condição, algumas mulheres podiam necessitar de hospitalização por semanas ou meses antes do nascimento (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2016). A hospitalização pré-natal parece estar associada a inúmeros *stressores*, nomeadamente a separação da família, a falta de atividade, o repouso no leito, sentimentos de incerteza e falta de controlo da situação. Paralelamente, existem estudos que demonstram que os sintomas de ansiedade e depressão diminuem no decorrer do internamento pelo facto de a gravidez evoluir e haver menor probabilidade de complicações fetais (Gourounti et al., 2015).

Face ao exposto, esta reflexão baseada na literatura científica permitiu-nos compreender de uma forma mais real, o palco em que nos movimentamos e reconhecer que a mulher se encontra numa transição situacional face a um projeto de vida comprometido. Também pudemos compreender, melhor, qual seria a nossa forma de agir como estudante e futura EESMO. As transições resultam de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambiente, como de mudanças decorrentes do seu ciclo de vida, nomeadamente a parentalidade. Estas são moldadas pelas condições pessoais, ambientais, por expectativas, perceções e significados atribuídos às suas experiências, pelos conhecimentos e habilidades em lidar com essas modificações, assim como, pelo impacto destas, na perceção individual. Tornando-se, por isso, as transições um conceito central na implementação dos nossos cuidados de enfermagem, em que o enfermeiro surge como um agente facilitador e promotor de bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

Na perspectiva de Graça (2017), o EESMO assume um papel preponderante no cuidado individualizado à mulher e ao núcleo familiar, bem como o suporte e coordenação com a equipa multidisciplinar na identificação de complicações ao longo da gravidez.

1.1. Intervenções de enfermagem à grávida com gravidez comprometida

As atividades realizadas e a aquisição de competências do EESMO foram de encontro aos objetivos do estágio e diretrizes do Curso, bem como pela OE (2019) relativo à prestação de cuidados à grávida com gravidez de alto risco.

As grávidas internadas no serviço de Grávidas de Risco do HPH, provinham do serviço de urgência acompanhadas por um EESMO. A essência da enfermagem é o cuidar, processo que envolve um contacto próximo com o outro e as suas necessidades de saúde (Souza, Mandu, & Elias, 2013). Estas manifestam-se pela satisfação dessas necessidades, envolvendo atos, comportamentos e atitudes, que dependem do contexto e das relações estabelecidas (Waldow & Borges, 2011). O acolhimento, por nós encarado como uma etapa crucial para a eficácia dos cuidados individualizados e culturalmente competentes, era realizado à chegada. A atitude que, como futuro EESMO, demonstramos perante a grávida/casal pode influenciar a relação terapêutica que se estabelece. Efetivamente, foi o primeiro contacto que proporcionou a relação que se desenvolveu, pelo que consideramos essencial a relação de confiança que estabelecemos com a grávida /casal para que estes fossem receptivos ao envolvimento nos cuidados e se sentissem à vontade para expor as suas dúvidas e preocupações. Porém, assumimos a perspetiva de Kornhaber et al. (2016) de que o relacionamento terapêutico está intimamente relacionado com os comportamentos e atitudes desenvolvidos por cada profissional, tornando-se imperativo que o enfermeiro possua competências relacionais e de comunicação, que obviamente se traduz pela competência cultural.

Após a sua chegada, acompanhávamos a grávida até ao quarto, procedendo-se à apresentação do serviço e, se possível, a equipa de saúde que a iria acompanhar. Explicávamos a estrutura e a dinâmica envolvente, o que facilita a sua integração como utente dos nossos cuidados, com direitos e deveres; e a importância do seu envolvimento e colaboração para lidar com a transição situacional de uma forma saudável para, através de uma experiência positiva, se obterem os ganhos em saúde esperados. Em seguida e após a grávida estar instalada e confortável, efetuávamos a recolha de dados. A avaliação inicial constituiu, para nós, uma preocupação crescente, uma vez que se constitui primordial para uma correta identificação e formulação de diagnósticos e respetivas intervenções (Santos, Veiga, & Andrade, 2011b). Foi através da entrevista, do exame físico à grávida, da consulta do processo clínico e do boletim de saúde da grávida (BSG) que procedemos à sua anamnese. Dados como o diagnóstico de entrada, antecedentes pessoais, história obstétrica, idade gestacional (IG), regime medicamentoso da gravidez, contacto telefónico da pessoa

significativa, grupo sanguíneo e fator Rh, os comportamentos de saúde (dieta, consumo de álcool/drogas, exercício físico, padrão de sono/repouso), valores das últimas análises e antecedentes familiares relevantes, são exemplo de alguns dos dados recolhidos. Já o exame físico englobava a monitorização dos sinais vitais, a avaliação da integridade cutânea e a verificação da presença de edemas. Esta avaliação revelou-se essencial por nos permitir compreender melhor como a grávida/casal estava a lidar com a situação de gravidez comprometida, face ao diagnóstico e à própria patologia, quais os conhecimentos sobre o seu estado, bem como quais os recursos mobilizados.

Nesta linha de entendimento foi possível, uma conceção de cuidados individualizados concordantes com as necessidades específicas de cada grávida/casal. De seguida, identificávamos os focos de enfermagem e formulávamos o respetivo plano de cuidados com recurso à linguagem CIPE no SClínico (sistema informático utilizado na instituição). Importa ainda ressaltar que, por norma, a grávida/casal se encontrava com alguma labilidade emocional pelo que a comunicação empática, apoio e conforto se tornaram uma mais-valia durante o estágio.

Dado que estávamos perante uma prática cujo foco central era a grávida portadora de uma gravidez comprometida por uma das patologias associadas à gravidez, constatamos que o desempenho do EESMO assumia um papel preponderante. Pois, para além das intervenções interdependentes e intervenções resultantes de prescrições, era da sua competência, também, realizar atividades de vigilância do bem-estar materno e fetal.

Assim, pudémos verificar que quando a gravidez se encontra associada a processos patológicos, a grávida vivencia uma transição complexa e multidimensional em que, para além da esperada transição para a parentalidade, a grávida experiencia uma transição saúde/doença. A consciencialização, o envolvimento, a mudança e os eventos críticos são propriedades fulcrais à transição e que se interligam entre si. Também as condições como os significados, as crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico e o nível de conhecimento e habilidades podem afetar e influenciar positivamente ou negativamente as respostas do indivíduo, funcionando como condições facilitadoras e/ou inibidoras do processo de transição (Meleis et al., 2000). Neste sentido, a nossa abordagem face a uma grávida/casal a vivenciar uma gravidez comprometida passou pela identificação destas circunstâncias. Esta demonstrou ser uma ferramenta essencial, pois permite apoiar a grávida na vivência da sua transição saúde/doença e prevenir o aparecimento de riscos associados, como o *stress* e a ansiedade. A escuta ativa, bem como alguns dados recolhidos na avaliação inicial da grávida (IG e índice obstétrico), permitiram-nos estar alerta para possíveis condições influenciadoras da transição.

Paralelamente, a duração do tempo de internamento constitui um fator dificultador, isto porque, internamentos prolongados parecem estar associados a uma experiência ameaçadora e sentimentos de falta de controlo sobre a situação e, por conseguinte, implicações a médio e longo prazo no bem-estar da grávida e sua família (Mautner et al., 2013; Stern et al., 2014). De facto, a presença de complicações na gravidez traz consigo, para além do impacto substancial na vida da grávida/ casal, um ajuste às normas e rotinas hospitalares e, consequentemente, uma alteração do quotidiano e dinâmica familiar. Neste contexto, dado o impacto negativo associado ao internamento, muitas grávidas expressavam medo e angústia ao vivenciarem o processo de aceitação da gravidez de risco, transpondo-se um misto de sentimentos sugestivos de ansiedade materna. Efetivamente, a ansiedade constituiu um foco da nossa atenção e o diagnóstico de *Ansiedade* era elencado. De acordo com a evidência existente, o suporte social e a efetividade das estratégias de *coping* tornam-se fundamentais (Saviani-Zeoti & Petean, 2015).

Desta forma, as intervenções de enfermagem desenvolvidas passaram pela promoção de respostas saudáveis à transição e pela prevenção de sentimentos de ansiedade e *stress*. Foi nessas situações que, como futuras EESMO, sentimos a necessidade de criar e fortalecer a empatia com as grávidas para lhes darmos o apoio emocional necessário, ajudando-as a conviver com esta situação (Wilhelm et al., 2015). Assim, foram desenvolvidas intervenções com enfoque na escuta ativa, apoio emocional e envolvimento familiar.

Consideramos que a relação estabelecida entre os profissionais e a mulher grávida influencia a forma como esta vivencia o internamento. O sofrimento experienciado pela mesma é maior quando esta não consegue conversar, expressar-se ou entender corretamente o diagnóstico. A banalização, por parte dos profissionais, da exigência da necessidade de conhecimento das grávidas, reforça a sua insegurança. Por outro lado, estudos comprovam que o esclarecimento de dúvidas e orientações dadas pelos profissionais de saúde atenuam esses sentimentos, deixando as grávidas mais seguras e confiantes (Oliveira & Madeira, 2011a; Oliveira et al., 2011b). Nesta perspetiva, denotou-se que uma comunicação eficaz era essencial e conseguida pela nossa total disponibilidade, empatia e compreensão.

Também a promoção da esperança se tornou relevante como uma intervenção de enfermagem (Grobman, Kavanaugh, Moro, DeRegnier, & Savage, 2010). Desenvolvemos ainda intervenções com vista à capacitação da grávida/casal para que eles próprios fossem capazes de implementar estratégias para a resolução de problemas e busca de apoio social. Tal era percebido quando a grávida/casal se envolvia em todo o processo e via em nós, profissionais, um porto seguro capaz de lhe dar apoio. Também procuramos proporcionar,

dentro dos possíveis e das condições físicas existentes, um ambiente calmo e tranquilo de forma a assegurar a privacidade da grávida e sua família. Para além disso, foi crucial desenvolver estratégias e intervenções para atenuar este sentimento com o intuito de facilitar a transição para a parentalidade (Guerra, Braga, Quelhas, & Silva, 2014).

A presença de ansiedade era uma constante. Em praticamente todas as grávidas internadas, era uma situação real. Para além de nós próprios a termos identificado, também era já percebida pelos profissionais do serviço. Sabendo estes que a forma de agir influenciava os níveis de ansiedade, foi-nos sugerido, como projeto a desenvolver ao longo do estágio, um estudo sobre quais as atividades que poderíamos desenvolver para minimizar o estado de ansiedade. Foi assim que, em grupo, constituído pelas estudantes do MESMO da ESEP, a realizar estágio nesse período, levamos a cabo um estudo que nos permitiu conhecer as atividades que poderiam surtir efeito para minimizar a ansiedade e quais dessas seriam passíveis de ser implementadas com a equipa e no serviço.

Neste sentido, vários foram os artigos científicos que demonstraram os benefícios da musicoterapia, imaginação guiada, acupuntura, toque terapêutico, massagem, aromoterapia e intervenção psicossomática no alívio da ansiedade. De todas as intervenções existentes e tendo em conta as condições disponibilizadas pelo serviço e o facto de ainda não sermos detentoras da formação que nos permitisse aplicar algumas das atividades supracitadas, optamos pela escolha da musicoterapia e pela imaginação guiada, cujas atividades tivemos a oportunidade de pôr em prática mais do que uma vez durante o estágio.

Num estudo realizado por Yang et al. (2009), o autor concluiu que o uso da música foi eficaz na redução da ansiedade em gestantes com gravidez de alto risco. Os resultados mostram que o nível de ansiedade e as respostas fisiológicas das grávidas estavam positivamente correlacionados. Ou seja, quanto mais o nível de ansiedade diminuiu, mais as suas respostas fisiológicas diminuíram. Os estudos demonstram, também, que o uso da musicoterapia, como uma intervenção de enfermagem, contribuiu para a redução da ansiedade em gestantes com gravidez de alto risco em repouso no leito. Para que esse efeito seja potenciado, seguimos as orientações dos autores que sugerem que a música devia ser cuidadosamente selecionada e de acordo com as preferências musicais de cada grávida. Um dos aspetos referenciados remete-se para a seleção das músicas. A cultura da grávida foi tida em conta, para assim assegurar que as músicas oferecidas eram apropriadas. Referem, ainda, que a musicoterapia é uma intervenção barata que pode ser iniciada e implementada por enfermeiros em mulheres grávidas em repouso no leito (Yang et al., 2009).

Por sua vez, a imaginação é considerada uma capacidade inata que todos os seres humanos possuem. Qualquer pessoa é capaz de usar a sua imaginação para sonhar acordado,

podendo essa experiência dar-lhe prazer, ou permitir-lhe fugir de uma situação desagradável. A prática da imaginação guiada utiliza esta capacidade do ser humano de uma forma direta e terapêutica (Nicolussi, 2012). A imaginação guiada é uma técnica cognitiva que envolve os cinco sentidos. Tem como principal intuito encorajar a pessoa a lidar com situações de *stress* através da imaginação de um local ou experiência agradável. Deste modo, a atenção da pessoa é direcionada para algo que induz o relaxamento, aumentando a sensação de calma e capaz de diminuir a frequência cardíaca e a tensão arterial (Furtado, 2015).

Outro aspeto que tivemos em conta, foi a percepção que a grávida/casal tinha sobre a sua condição de risco, uma vez que esta se revelou fundamental para uma adequada adesão aos cuidados de saúde (Meleis et al., 2000). Muitas vezes era notória a divergência entre a condição real e a percepção da grávida/casal em relação ao seu estado de saúde. Esta situação tornou necessária a promoção da consciencialização sobre a sua condição, formulando-se o diagnóstico de *Consciencialização Facilitadora*. Aqui procurávamos perceber qual a percepção que a grávida/casal detinha sobre as mudanças e os comportamentos necessários face a uma gravidez com complicações e, através do ensino, pretendíamos dotá-los de conhecimentos sobre a sua condição clínica e desmistificar alguns mitos e crenças associados.

Também o seu envolvimento foi avaliado quer pela procura de informação, quer pela colocação de questões sobre a gravidez, condição patológica e desenvolvimento fetal. Mais uma vez, o suporte social foi incentivado tanto no envolvimento das pessoas significativas no processo do cuidar, como na possibilidade da sua permanência junto da grávida. Como a própria evidência científica indica, os níveis de ansiedade são atenuados quando se promove o bem-estar físico e psíquico na grávida/casal (Denis, Michaux, & Callahan, 2012).

A presença de complicações na gravidez, a história obstétrica anterior e a hospitalização parecem influenciar não só a adaptação à doença, mas também a adaptação à parentalidade. Isto porque a sua presença pode interferir com a construção da identidade materna e desenvolvimento da ligação mãe-filho (Meleis et al., 2000). Neste sentido, focos como a *Ligação Mãe-Filho* e a *Adaptação à Parentalidade* fizeram parte do nosso plano de cuidados.

A adaptação à parentalidade, segundo o ICN (2019) define-se por “Parentalidade: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.”. Neste contexto, tornou-se necessário percebermos qual a sua aceitação face à gravidez, quais as expectativas

e ambivalências relativas à gravidez e parentalidade e quais as estratégias adotadas para lidar com as mesmas.

A ligação afetiva com o feto e a sua disponibilidade e preparação para assumir o papel parental, constitui um dos principais aspetos a considerar no que concerne ao desenvolvimento de competências como futura EESMO. Reconhecer e acompanhar o processo de adaptação à parentalidade foi um caminho que se tornou crucial para a preparação para o exercício do papel parental. Nesta linha de pensamento, a nossa postura passou pelo seu incentivo, pois capacitar e empoderar o casal torna-os capazes de tomar as suas próprias decisões e favorece a adoção de novos papéis e a sua satisfação com os mesmos (Cardoso, 2014).

Intimamente relacionado, temos o foco da ligação mãe/pai-filho que tem início na gravidez e vai crescendo ao longo do tempo e que se caracteriza pelo “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (ICN, 2019) que, mais uma vez, também foi alvo da nossa atenção, uma vez que a promoção da ligação emocional entre mãe/pai e o seu filho contribuem para o estabelecimento de uma relação que se prolongará pelo resto da vida. É esta ligação iniciada na gravidez que vai predizer como irá ser a ligação no pós-parto e influenciar a satisfação e a competência parental. Assim, ao longo do estágio, procuramos fomentar a interação precoce entre os pais e filho. Pois, de acordo com Saviani-Zeoti e Petean (2015), o EESMO desempenha um papel preponderante no estabelecimento dessa mesma relação e adequa os seus cuidados a cada elemento do casal, tendo em conta as suas necessidades.

Também, através da observação do seu comportamento, como por exemplo, o acariciar a barriga, tratar o filho pelo nome, o demonstrar preocupação pelo bem-estar fetal e atribuir significado positivo aos seus movimentos, davam-nos informações relativas à ligação existente entre mãe/pai e filho. Implementamos, ainda, intervenções no sentido de reforçar essa ligação: ensinar sobre técnicas táteis e auditivas de estimulação fetal, ensinar sobre desenvolvimento fetal e a importância dos seus movimentos, permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais e ensinar sobre características do RN, promovendo a idealização do bebé imaginário. De ressaltar que estas intervenções não foram somente dirigidas à grávida, mas também ao pai, com vista ao desenvolvimento da sua relação com o feto. O estudo de Nogueira e Ferreira (2012) demonstra que, se se promover o envolvimento do pai durante toda a gravidez, a ligação estabelecida entre pai e filho é mais efetiva.

Qualquer complicação na gravidez traduz-se em repercussões psicológicas e emocionais e, apesar dos nossos cuidados se centrarem maioritariamente na grávida e feto, rapidamente percebemos que o envolvimento do companheiro nos cuidados era essencial.

O envolvimento paterno é considerado fulcral para a diminuição dos riscos associados ao período gravídico e influencia os comportamentos maternos, através da redução dos comportamentos negativos durante a gravidez, o que irá potenciar a redução do *stress* materno (Alio, Lewis, Scarborough, Harris, & Fiscella, 2013). Apesar de serem um pilar para a grávida, também eles experienciam sentimentos de impotência, exclusão, ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Hinton, Locock, & Knight, 2014). Neste sentido, procuramos sempre dar-lhe apoio para que também ele conseguisse lidar melhor com todo o processo inerente ao desenrolar da gravidez.

O conhecimento foi outro foco de atenção e define-se por “Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação” (ICN, 2019). Este foco mostrou-se fulcral, uma vez que cabe ao EESMO dotar a grávida/casal de conhecimentos relativos ao processo fisiopatológico, sinais de alarme, prevenção de complicações, regime terapêutico e, ainda, a preparação para o parto e parentalidade. Partindo desta permissão, como parte integrante dos nossos cuidados, desenvolvemos intervenções junto da grávida/casal com vista ao desenvolvimento desses mesmos conhecimentos.

Efetivamente, realizamos sessões de educação para a saúde individuais ou em grupo com as grávidas internadas. Esta estratégia por nós utilizada serviu para minimizar o medo, preocupações, culpa, conflitos e as dificuldades inerentes às mudanças que a gravidez em si exigia. Estas permitiram, ainda, às mulheres expressar-se livremente, falando de si e das suas necessidades, sentimentos e preocupações (Lafaurie et al., 2011). Denis et al. (2012) referem que o suporte informacional e a terapia em grupo para gestantes hospitalizadas fornecem um suporte emocional benéfico na redução de sentimentos de isolamento e depressão. Já para Martins (2011, p. 37), a educação para a saúde “torna-se, cada vez mais, importante na enfermagem especializada, uma vez que, através dela, se pretende promover o nascimento de uma criança saudável, manter a saúde da grávida e facilitar as vivências da gravidez como experiência gratificante para o casal e para a família de acordo com o contexto sociocultural”. Pudémos ainda perceber que, neste período pré-natal, o casal necessita de se munir de conhecimentos e estruturas de suporte indispensáveis para uma experiência positiva, obtendo-se inúmeros benefícios tanto para o casal, como para a nova família que se está a formar (Martins, 2011).

Assim, ao promover-se a educação para a saúde da grávida/casal e ao satisfazer-se as necessidades manifestadas, foi perceptível uma melhor adaptação ao internamento e, por sua vez, promovido o bem-estar da grávida e da sua família e, também, facilitada a transição para a parentalidade. Deste modo, é possível afirmar que estas intervenções funcionam

como fatores facilitadores no processo de cuidados para promover o bem-estar, minimizar a ansiedade e promover a esperança.

Ao longo do estágio, foi notória a curiosidade em perceber melhor a sua condição e a necessidade expressa de conversar, pela maioria das grávidas. Assim e de forma a capacitar a grávida/casal para a tomada de decisão informada e para uma melhor adaptação à condição de risco, tornou-se fulcral perceber quais os temas que suscitavam maior interesse e nos quais havia maiores dúvidas e carência de conhecimentos e, sempre que a grávida o desejasse, eram também envolvidos os familiares. Efetivamente, o apoio e acompanhamento dos familiares e amigos potencia a diminuição das dúvidas e dissipa inseguranças comuns deste momento (Pio & Capel, 2015). Segundo Oliveira e Mandú (2015), quanto menos fortalecida estiver o suporte social familiar e comunitária, mais vulnerável estará a mulher.

Neste sentido, pudémos aprender que o sistema familiar é uma fonte importante de suporte, apoio e orientações, bem como uma referência de como viver, sentir, interagir e cuidar de si e do outro (Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015). Quem também vem corroborar esta afirmação é Martins (2011) defendendo que a família se constitui o pilar básico de qualquer sociedade, surgindo como um interveniente de todo o processo de promoção da saúde. Seguindo esta permissão, a família foi envolvida sempre que possível, dada a importância do seu papel e atendendo ao facto de viverem, concomitantemente, sentimentos de ansiedade e preocupação com o diagnóstico (Petroni, Silva, Santos, Marcon, & Mathias, 2012).

Dada a relação existente entre a forma como a grávida experiencia a gravidez com complicações e a capacidade de adaptação da mesma/casal à fase que se inicia, assumimos que, como EESMO, devíamos assumir um papel essencial no que concerne ao apoio e prestação de cuidados, bem como nas orientações e conselhos preponderantes no período de transição para a parentalidade. Assim, enquanto estudante, procuramos sempre atuar no sentido de responder às necessidades e preocupações demonstradas tanto pela grávida como pela sua família.

A vigilância do bem-estar fetal foi outra intervenção implementada. De acordo com a IG da gestante esta monitorização podia ser feita através de *doppler* ou cardiocotografia (CTG). Quando a grávida apresentava uma IG superior a 11 semanas, procedíamos à auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF) com recurso ao *doppler*. Se a grávida tivesse mais de 30 semanas realizávamos CTG. Existe ainda alguma controvérsia entre alguns autores. Por exemplo, Ramalho (2014), defende que o CTG só deve ser realizado a partir das 37 semanas de gestação. O CTG compreende o registo da FCF, da contratilidade uterina e da

percepção dos movimentos fetais pela grávida que, de acordo com o protocolo existente, efetuávamos uma vez por turno.

Como em qualquer procedimento, a grávida foi sempre informada previamente, qual o procedimento a realizar, em que consistia e como poderia colaborar. Após confirmar o seu consentimento e interesse, com o nosso apoio, se necessário, era solicitado à grávida para se posicionar em decúbito dorsal. Posteriormente, realizávamos as três primeiras manobras de *Leopold* por serem as manobras mais relevantes para identificar o foco de auscultação. Após a sua identificação, eram colocados os transdutores, no abdómen materno, sendo um colocado no fundo uterino para registo da contratilidade uterina e outro colocado no foco fetal para a avaliação da FCF. O decúbito lateral esquerdo, era o mais aconselhado para impedir a compressão da artéria aorta e veia cava e, consequente, défice de perfusão placentar e oxigenação fetal (Porto, Amorim, & Souza, 2010). Esta monitorização tinha a duração de 20/30 minutos, caso o traçado fosse normal. Não obstante, sempre que havia um traçado suspeito, a monitorização mantinha-se por mais tempo e era contactado o médico obstetra. Um traçado é suspeito quando, pelo menos, um critério de normalidade não se encontra presente, sem apresentar caraterísticas patológicas, enquanto um traçado patológico pode indicar risco de hipóxia fetal. A análise do CTG começava com a avaliação das caraterísticas básicas deste (linha de base, variabilidade, acelerações, desacelerações e contrações), seguidas pela classificação geral do CTG (Ayres de Campos, Spong, Chandraran, Valent, & Alhaidari, 2015).

A linha de base compreende a média do(s) segmento(s) horizontais estáveis mais baixos, com pelo menos 2 min de duração (valor basal da FCF), sendo esta avaliação realizada por um período de tempo de 10 minutos e expresso em batimentos por minuto (bpm). O valor de linha de base normal encontra-se entre os 110-160 bpm. Já a variabilidade da linha de base diz respeito à diferença entre o valor máximo e mínimo da FCF num intervalo de 1 minuto. Dizemos que estamos perante uma variabilidade normal quando a amplitude é de 5 a 25 bpm (Ayres de Campos et al., 2015).

As acelerações refletem-se pelo aumento da FCF acima da linha de base de mais de 15 bpm durante um período superior a 15 segundos. A maioria das acelerações coincide com movimentos fetais e é um sinal de um feto neurologicamente ativo (Ayres de Campos et al., 2015).

As desacelerações definem-se como uma diminuição transitória da FCF abaixo da linha de base de mais de 15 bpm durante um período superior a 15 segundos, coincidente, geralmente, com as contrações uterinas. Mediante as suas caraterísticas estas podem ser divididas em quatro tipos: desacelerações precoces, tardias, variáveis e prolongadas (Ayres

de Campos et al., 2015). As desacelerações precoces são pouco profundas, simétricas, de curta duração com variabilidade normal dentro da desaceleração e coincidentes com as contrações. Quanto às desacelerações tardias, estas aparecem sob a forma de U e de início e término gradual à linha de base. Quando as contrações são adequadamente monitoradas, as desacelerações tardias começam mais de 20 segundos após o início de uma contração, têm um nadir após o pico das contrações uterinas e um retorno à linha de base após o término da contração. Este tipo de desacelerações são sugestivas de uma resposta mediada dos quimiorreceptores à hipoxemia fetal (Holzmann, Wretler, Cnattingius, & Nordström, 2015). Já as desacelerações variáveis, em forma de V, exibem uma queda abrupta da linha de base (início do nadir em menos de 30 segundos), boa variabilidade dentro da desaceleração, recuperação rápida da linha de base e variáveis na forma, duração, amplitude e relação com o pico da contração uterina (Ayres de Campos et al., 2015).

Como referimos anteriormente, estamos perante um CTG supeito ou não tranquilizador quando um ou mais critérios de normalidade não se verificam. Este tipo de traçado não é preditor, necessariamente, de situações de hipóxia fetal. Neste contexto, foi fundamental verificar e corrigir situações que potenciassem hipóxia, nomeadamente o decúbito materno, em dorsal, hipotensão materna, hipercontratilidade uterina ou outros fatores de origem etiológica, como por exemplo, a hipertermia materna. Sabíamos, no entanto, que também a taquicardia fetal podia estar associada à hipertermia materna (Ayres de Campos et al., 2015). Contudo, ao longo de todo o estágio, quer na unidade de grávidas de risco, quer no BP, não tivemos a experiência de ter observado este tipo de traçado. De ressaltar que face a qualquer alteração verificada no CTG, que fosse premonitor de risco materno ou fetal, o obstetra era sempre contactado.

Após a grávida estar devidamente posicionada, era-lhe fornecido um marcador para que carregasse sempre que sentisse os movimentos fetais. Estes são percecionados pela maioria das gestantes a partir das 20 semanas de gestação (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011). A percepção materna dos movimentos fetais é um importante indicador do bem-estar fetal. A atividade fetal normal sugere uma função normal cardiovascular, musculoesquelética e neurológica (Bradford & Maude, 2018). Ainda, de acordo com a *Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada* (Nomura, Ferreira, Latif, Francisco, & Zugaib, 2013) a monitorização diária dos movimentos fetais deve ser iniciada a partir das 26 semanas em gestações de alto risco. Apesar de não haver um número específico de movimentos fetais, há autores que definem como sinal de alarme a ausência de movimentos durante 12 horas consecutivas (Koopmans, 2015). Ora, visto que a vigilância da grávida faz parte integrante de uma competência autónoma do EESMO, estivemos sempre

atentas a alguma possível alteração do número de movimentos fetais percecionados e verbalizados pela grávida.

Perante um diagnóstico de gravidez comprometida, as nossas atividades de vigilância e intervenções foram de encontro ao descrito na evidência científica mais atual, bem como ao definido nos protocolos institucionais. Durante o estágio, prestamos cuidados a grávidas com patologias hipertensivas, colestase intra-hepática, ameaça de parto pré-termo (APPT) e restrição de crescimento intra-uterino (RCIU). Porém, dada a morosidade de fazer uma referência exhaustiva de todas, entendemos abordar de uma forma mais pormenorizada, a APPT e as respetivas intervenções de enfermagem autónomas e intervenções resultantes de prescrição associadas. Esta foi a complicação da gravidez mais frequente durante o internamento e representa o maior número de mulheres que tivemos a oportunidade de cuidar.

No sentido de clarificar as nossas intervenções e demonstrarmos as competências adquiridas apresentamos o número de grávidas cuidadas, de forma a dar resposta à exigência do Decreto-Lei n.º 25/2014 (Gráfico 1).

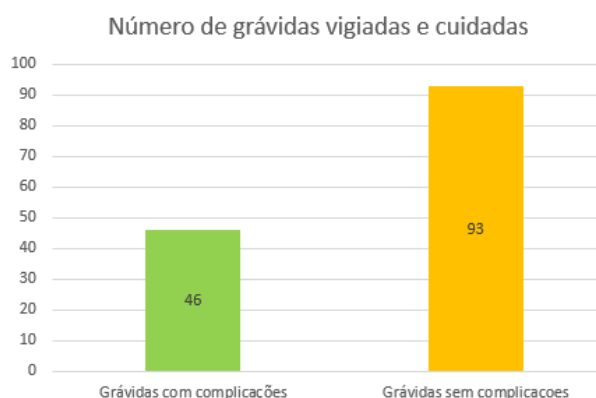


Gráfico 1: Número de Grávidas vigiadas e cuidadas

Efetivamente, em Portugal, tem-se assistido a um aumento do número de casos de parto pré-termo (PPT) registando-se, na última década, um aumento de 3,1% (Cubal & Pereira, 2014). De acordo com a OMS (2015), a nível mundial tem vindo a assistir-se a um aumento significativo, calculando-se que 10,6% dos partos ocorreram prematuramente. Cientes da complexidade deste problema verificamos que o PPT é considerado a principal causa de mortalidade neonatal (ACOG, 2016) e que os RN prematuros apresentam maior probabilidade de apresentar alterações neurodesenvolvimentais e complicações respiratórias, com repercussões na infância (Salazar-Castelblanco et al., 2018).

Deste modo, a APPT caracteriza-se pelo aparecimento, antes das 37 semanas de gestação, de contrações uterinas sucessivas e regulares com formação do segmento inferior uterino sem que ocorra, no entanto, alteração cervical. Já no trabalho de parto pré-termo, apesar da sintomatologia ser semelhante, ocorre dilatação e extinção cervical (Costa, Calado, Rodrigues, & Montenegro, 2014). Quanto à sua etiologia, percebemos que esta ainda não é clara, porém estão descritos alguns fatores de risco associados, como a idade materna avançada, baixo índice de massa corporal, doenças peridontais ou infeções, intervalo curto entre gravidezes, gravidezes múltiplas, pré-eclâmpsia, colo uterino curto, historial de cirurgias uterinas e fatores referentes ao estilo de vida e consumos (ACOG, 2016). Apesar dos fatores de risco, há estudos que demonstram que em 20-30% dos casos não se consegue identificar a causa para o início precoce da dilatação e contratilidade uterina (Graça, 2017).

A abordagem clínica em situações de APPT depende da idade gestacional, da existência de dilatação do colo uterino, da existência de rotura prematura de membranas (RPM) e do estado materno-fetal. Ao longo deste estágio, as nossas intervenções passaram pela vigilância do bem-estar materno e fetal, a promoção do repouso parcial ou absoluto no leito, a vigilância de contratilidade uterina e a auscultação fetal e apoiar a grávida/casal a superar o evento adverso, promovendo a esperança. Quanto às intervenções resultantes de prescrição, estas englobaram a administração de terapia tocolítica e corticóide e a monitorização do bem-estar fetal através do CTG em todos os turnos ou sempre que se justificasse.

Também a vigilância dos sinais e sintomas de trabalho de parto pré-termo integrou os nossos cuidados e, como tal, estivemos sempre atentas a: presença de dor tipo cólica na parte inferior do abdómen, desconforto supra-púbico ou sensação de pressão pélvica; presença de contratilidade uterina com frequência inferior a 10 minutos por um período de uma hora; e presença de RPM (Costa et al., 2014).

Neste contexto, o diagnóstico *Potencialidade para Melhorar o Conhecimento sobre o APPT e PPT* foi por nós enunciado e as intervenções desenvolvidas passaram pelo ensino sobre o processo patológico, diferenciando APPT e trabalho de parto pré-termo, sinais e sintomas de alarme e, ainda, medidas de prevenção de complicações. Com estas intervenções, procuramos consciencializar a grávida/casal e envolvê-los nos cuidados e tornar a sua vigilância mais efetiva.

Ao longo do estágio no HPH tivemos a oportunidade de verificar que a prescrição de tocolíticos era uma realidade face a um diagnóstico de APPT. A terapia tocolítica era prescrita pelo facto de poder proporcionar um prolongamento da gravidez a curto prazo (até 7 dias), permitindo a administração de corticosteroides pré-natais e o sulfato de magnésio para a

neuroprotecção fetal (ACOG, 2016) Por outro lado, pudemos constatar que estes eram contraindicados em situações de pré-eclâmpsia, cardiopatia materna, hemorragia vaginal grave, restrição do crescimento intrauterino, cromossomopatias, anomalias congénitas, idade gestacional superior a 34 semanas e corioamniotite (OMS, 2015). Também a literatura revela que se proceda à administração de tocolíticos, seguindo-se a indução da maturidade pulmonar fetal, a profilaxia da infeção neonatal por *Streptococcus* do grupo B (SGB) e, ainda, prescrição de repouso (Carvalho, 2012).

As contrações uterinas encontram-se associadas ao PPT, pelo que a sua cessação se constitui o foco principal da nossa atenção. Muitos agentes têm sido utilizados para inibir as contrações miométriais, incluindo sulfato de magnésio, bloqueadores dos canais de cálcio, antagonistas da ocitocina, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e agonistas dos recetores beta-adrenérgicos (ACOG, 2016).

Dada a relação custo-benefício da nifedipina e a baixa incidência de efeitos colaterais durante o seu uso, este deverá ser considerado um fármaco de 1ª linha. Em situações de intolerância materna, gravidez gemelar e ausência de resposta clínica, está indicado o atosiban (Guimarães, Gouveia, & Pereira, 2014, p. 84). A indometacina é outro fármaco utilizado; todavia encontrava-se reservado a casos em que a idade gestacional era inferior a 32 semanas e com uma duração não superior a 72 horas. Também a administração de β -miméticos/Sulfato de magnésio era feita em casos de desacelerações da FCF ou sinais de sofrimento fetal (Carvalho, 2012).

Tivemos a oportunidade de administrar Nifedipina por via oral e Atosiban por via endovenosa nos casos identificados de APPT. A nifedipina, por ser um vasodilatador, potencia a ocorrência de hipotensão arterial e astenia (Guimarães et al., 2014), pelo que a monitorização da tensão arterial (TA) antes e após a administração desta terapêutica e a vigilância de sinais e sintomas foram parte integrante das nossas intervenções. No caso do atosiban, este era administrado em 3 fases consecutivas. Com esta terapêutica podem surgir alguns efeitos adversos como náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas, pelo que as nossas intervenções passaram pela vigilância dos mesmos.

Quanto à estimulação da maturidade fetal, pudemos constatar que esta era feita com recurso a corticoterapia. A literatura revela que a administração materna de corticóides capazes de atravessar a placenta reduz a incidência de morte neonatal, enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular em RN pré-termo e síndrome da membrana hialina (Ayres de Campos & Machado, 2014). De acordo com o mesmo autor, a administração de corticóides deve iniciar-se o mais precocemente possível em gestações entre as 24 semanas e as 34 semanas e 6 dias. Tanto Ayres de Campos e Machado (2014) como a OMS (2015)

referem que a corticoterapia antenatal parece ser mais eficaz quando há um intervalo superior a 24 horas e inferior a 7 dias entre a administração da terapêutica e o nascimento e que mesmo após este período se mantêm os benefícios proporcionados pela terapêutica

Como já foi referido, esta foi uma intervenção resultante de prescrição que experienciamos ao administrar os fármacos comumente utilizados como a Betametasona 12mg, via intramuscular, 2 tomas de 24/24 horas e a Dexametasona 6mg, via intramuscular, 4 tomas de 12/12 horas. No HPH, o fármaco de eleição era a dexametasona. Apesar dos benefícios, a evidência mostra-nos que existem efeitos secundários, quer maternos, quer fetais, da administração de corticóides. Embora não os tenhamos verificado vigiamos essa possibilidade. A nível materno, possíveis aumentos tensionais, hiperglicemias, retenção de líquidos e distúrbios gastrointestinais. A nível fetal, diminuição da FCF e variabilidade (Ayres de Campos & Machado, 2014). Neste sentido, as nossas intervenções traduziam-se na monitorização da glicemia capilar, vigilância do CTG e, ainda, ensinar sobre o regime medicamentoso.

Nas gestações em que se mantém o risco de PPT e que ainda não completaram 34 semanas e 6 dias, Ayres de Campos e Machado (2014) preconiza a realização de um ciclo de resgate, ou seja, a repetição de um ciclo completo caso tenham passado 15 dias após o primeiro ciclo. A realização do ciclo de resgate encontra-se associado a uma melhoria da morbidade respiratória. Por outro lado, tendo em conta a evidência científica existente, a administração de corticóides não deve ser rotineira pelo risco aumentado, na grávida, de desenvolvimento de infeção e insuficiência supra-renal. Também no feto parece haver relação com probabilidade de aparecimento de sepsis neonatal, doença pulmonar crónico e supressão da supra-renal (ACOG, 2016).

Como supracitado, o repouso no leito, quer relativo quer absoluto, surgia como complemento ao tratamento instituído e, para algumas grávidas, mantinha-se até ao final da gravidez. Por ter grande impacto, quer na mulher, quer para a sua família, a nossa atuação pautou-se por assumir uma relevância centralizada no apoiar e na escuta ativa; ao procurar estar presente sempre que verificávamos que a nossa presença podia minimizar a fragilidade manifestada pelo repouso. Apesar de prescrito, este é refutado por alguma evidência científica existente. Percebemos que para Sosa et al. (2015) não existe qualquer benefício da aplicação desta prática. Este autor enumera ainda alguns efeitos adversos da restrição prolongada de atividade, nomeadamente uma maior probabilidade de ocorrência de atrofia muscular, de trombose venosa profunda, diminuição da massa óssea, perda de peso e alterações cardiovasculares.

Acresce ainda, que o repouso no leito potencia sentimentos negativos e isolamento social e pode aumentar os níveis de ansiedade da grávida e labilidade emocional. Neste contexto, procurámos sempre oferecer suporte familiar e emocional, pois sabemos que este tipo de intervenção contribui para a diminuição dos quadros de ansiedade e facilita a aceitação desta condição. Como outros agentes facilitadores, sugeríamos à grávida a realização de atividades prazerosas mesmo no leito, como o uso do computador, quer para falar com os seus familiares, quer para ver filmes ou séries. Além dos efeitos fisiológicos, também o comprometimento temporário do autocuidado era uma constante, em que as grávidas viam as suas necessidades básicas dependentes de outros. Neste sentido, a nossa intervenção passava pela ajuda nestas atividades.

1.2. Indução do Trabalho de Parto

Ainda, na unidade de grávidas de risco, recebíamos grávidas provenientes no serviço de urgência de obstetrícia em indução do TP. A indução do TP constitui uma intervenção obstétrica com o intuito de estimular artificialmente a contratilidade uterina com vista a desencadear o TP, sempre que este não ocorre naturalmente (Graça, 2017). Encontram-se incluídas neste protocolo, grávidas com indicação médica para cessar a gravidez, nomeadamente, quando existe risco tanto para a mãe, como para o feto. Para além disso, segundo Graça (2017), existem outras situações que motivam a indução do TP como uma gravidez pós-termo, RPM, pré-eclâmpsia ou Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Gestacional (DG) às 39 semanas de gestação, feto com RCIU, suspeita de corioamniotite, gestação gemelar ou morte fetal. Todavia, nem todos os estudos são consensuais quanto às razões para que se faça uma indução do TP.

Deste modo, pudemos ter a experiência de cuidar grávidas que foram submetidas a um dos três métodos capazes de induzir o TP: a maturação cervical feita com recurso a prostaglandinas, como o misoprostol e dinoprostona; a administração de ocitocina sintética em perfusão contínua; e a dilatação mecânica com o uso de uma sonda de *folley*. O tipo de método a escolher de acordo com Graça (2017) depende do motivo a que se deve a indução, o índice de *Bishop*, antecedentes obstétricos e a integridade das membranas amnióticas. Geralmente, em situações em que o índice de Bishop for inferior a 7 deve realizar-se, previamente, maturação cervical com prostaglandinas ou a dilatação mecânica do colo uterino. Já quando o índice de Bishop é superior a 7 encontra-se definido a indução com ocitocina (Coutinho, Castro, Rodrigues, & Montenegro, 2014b).

As prostaglandinas, a nível farmacológico, classificam-se como misoprostol vaginal e dinoprostona vaginal. O misoprostol vaginal era o fármaco de eleição em gravidezes de

termo. Porém, Coutinho et al. (2014b) refere que existem algumas condicionantes quanto ao seu uso, ou seja, o misoprotol está contraindicado em casos de RPM e cesariana anterior pelo risco de rotura uterina. Já a dinoprostona vaginal pode ser usada em casos de RPM e em indução de TP pré-termo.

Quanto à eficácia da indução do TP, verificamos que vários estudos demonstram taxas de sucesso variáveis, consoante o método adotado e as características materno-fetais. Efetivamente, de acordo com a DGS (2015b), sempre que a indução não é eficaz pode ser preditor de que o útero ainda não se encontra preparado para o parto. Este facto, por si só, não justifica a realização de um parto por cesariana, tornando-se pertinente equacionar o que levou à indução do TP e a necessidade existente que justifica o término da gravidez. Todavia, podemos afirmar que, ao longo do estágio, não observamos que na tomada de decisão médica se verificasse esta ponderação, optando-se por um parto por cesariana após uma tentativa frustrada de indução de TP.

Sabemos que a contratilidade uterina causa uma intermitente interrupção do fluxo sanguíneo placentário-fetal e, quando esta atividade é excessiva, estamos perante uma taquissístolia, verificando-se ao nível de CTG diminuição da FCF, traduzida em desacelerações. Apesar de raro, esta excessiva atividade uterina pode provocar rotura uterina, mais frequentemente em múltiparas (ACOG, 2019).

Relacionado com a indução do TP, urge a necessidade de identificar focos como a consciencialização e o conhecimento sobre indução do TP e as suas implicações no TP. Foi notório, que a maioria dos casais, já possuíam algum conhecimento sobre todo processo, o que se revelou bastante facilitador para a consciencialização. No entanto, sempre que verificávamos algumas lacunas no conhecimento, e com vista à promoção da consciencialização e diminuição da ansiedade e *stress*, desenvolvíamos intervenções ao nível do conhecimento sobre o processo de indução do TP, qual a sua relevância e intuito, bem como os riscos associados.

As nossas intervenções tiveram como intuito a prevenção de complicações e uma imediata atuação caso se verificassem. Para tal, vigiávamos o bem-estar fetal e a contratilidade uterina através do CTG. Nesta unidade, a observação médica também era constante mas, sempre que observávamos alguma alteração no CTG ou alteração do nível de contração ou dor, cuja resolução não fosse da nossa competência, a situação era comunicada à equipa médica. Em casos em que o controlo da dor não cedia a estratégias não farmacológicas por nós experimentadas ou que era impossível de controlar com medicação prescrita e quando o TP evoluía favoravelmente, transferíamos a parturiente para o BP.

No término deste estágio percebemos o quanto é importante, o EESMO, desenvolver uma prática baseada na evidência científica, no sentido de demonstrar que é um profissional competente, quer ao nível técnico científico, quer ao nível da competência cultural. Pois verificámos que a confiança que a mulher/casal depositava em nós para nos relatar os seus problemas e fragilidades é intimamente influenciada pela relação empática que estabelecíamos e pela forma particular com que compreendíamos os seus problemas. Também, porque nos interessávamos pela sua situação, como que se fossem únicos a vivenciar um diagnóstico de gravidez de risco e, concomitantemente, uma transição múltipla. Por isso, reconhecemos que foi muito significativa esta experiência para a nossa aprendizagem e que todo o processo pressupôs reajustes e alterações. Tendo como suporte o modelo de McCorman e McCance (2011) na forma de agir e tomada de decisão para empoderar a mulher/casal, de acordo com a sua singularidade e cultura, estamos conscientes, de que tentamos ser sempre um agente facilitador em todo o processo, para que a aceitação e a adaptação à transição que estavam a vivenciar, fossem conseguidas saudavelmente.

2. A MULHER E O CASAL NA CENTRALIDADE DO CUIDADO, NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

As competências do EESMO definidos pela OE (2019, p. 13562) passam pelo cuidado à mulher “(...) inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.”. Este foi o ponto de partida que orientou toda a nossa linha de pensamento e ação, ao longo do estágio, rumo à aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EESMO. Este período de estágio permitiu-nos o contacto com variadas realidades e vivenciar inúmeras experiências na prestação de cuidados especializados e culturalmente congruentes, ao cuidar a mulher no TP e parto (Gráfico 2).

Número de parturientes e vigiadas e número de Partos

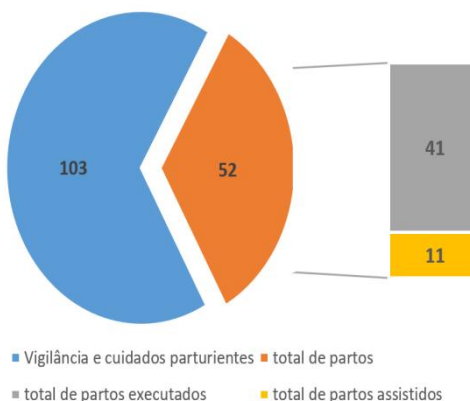


Gráfico 2: Número de Parturientes cuidadas e vigiadas e partos executados

O trabalho de parto é definido pelo ICN (2019) como um “Evento ou episódio: processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta.” e apresenta critérios de diagnóstico ainda não consensuais entre os autores. No entanto, o TP e parto espelham o findar da gestação e acarretam alterações multidimensionais na parturiente e em todo o grupo familiar, centrado num momento de crise, ou seja, na transição para a parentalidade.

Sabemos que a progressão do TP é intimamente influenciada por fatores como o tamanho e modo de apresentação do feto, condições da placenta, eficácia das contrações uterinas, a posição materna adotada e os procedimentos realizados, bem como fatores psicológicos e emocionais, escolha do local do nascimento e preparação prévia para o parto e, ainda, as características do profissional que acompanha o processo (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2013).

Atualmente, a literatura revela que a experiência de parto pode influenciar a relação emocional que se estabelece entre mãe/pai e RN. Daí, a importância relevante que esta tríade assumiu nos nossos cuidados no sentido de promover, preservar e respeitar, ao longo deste processo de aprendizagem. Tivemos em conta os fatores que a influenciam, destacando-se a presença da pessoa significativa durante todo o processo; a dor experienciada e a possibilidade de contacto com o RN, na perspectiva de Bélanger-Lévesque et al. (2014). Neste sentido, parece-nos pertinente referir que a experiência de parto constitui um dos fatores determinantes da transição de tornar-se mãe e tornar-se pai.

Seguindo essa permissão, neste serviço era dada a possibilidade de a parturiente estar acompanhada 24 horas por dia. Na verdade, este acompanhamento durante o parto assumia um fator preponderante, uma vez que permite uma melhor adaptação da mulher às mudanças fisiológicas e emocionais, características desta fase. De igual modo, Bohren et al. (2017) demonstram que um acompanhamento contínuo ao longo do TP contribui para a diminuição do mesmo, para uma maior ocorrência de partos vaginais, espontâneos e eutócicos e implica um menor recurso à analgesia epidural e maior satisfação da mulher em relação à sua experiência de parto. Esta última parece influenciar, positivamente, a diminuição de depressão pós-parto (Bohren et al., 2017). Ainda se destaca o papel que a pessoa significativa desempenha durante este período, na medida em que este promove o encorajamento, apoio físico e emocional, funcionando como agente facilitador de todo o processo (Guerra, 2010).

Além disso, também se priorizaram os desejos da mulher/casal e desenvolvidas medidas promotoras do parto vaginal e a satisfação da mulher/casal, enaltecendo-se a individualidade dos cuidados e o seu bem-estar. Estes princípios foram norteadores da nossa prática, no sentido em que a prestação de cuidados se focou na promoção do bem-estar da parturiente/ casal e feto, conferindo-lhes um ambiente seguro e, ao mesmo tempo, favorável à adaptação do RN à vida extrauterina. Efetivamente, a mulher foi o foco central dos nossos cuidados, tanto durante o TP como no parto, garantindo-lhes cuidados que de acordo com as suas necessidades e preferências em todos os contextos. Pois, cada vez mais a mulher assume o papel de protagonista durante o TP e parto, pelo que a minimização de intervenções desnecessárias se torna essencial, com vista a cuidados mais humanizados e dando mais autonomia, autodeterminação e *empowerment* à mulher (OMS, 2018).

Em concordância com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2018, p. 7309), o EESMO deve ser capaz de assistir a “parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in-útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados; fazer o parto normal em caso de

apresentação cefálica, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência (...)”. Neste contexto, procurámos desenvolver intervenções respeitando as orientações intrínsecas nesta afirmação.

Ao longo deste capítulo descrevemos todas as atividades desenvolvidas no âmbito do diagnóstico e vigilância e, ainda, as intervenções concretizadas desde a admissão da mulher/casal no bloco de partos até à sua transferência para o serviço de internamento de puerpério. Este capítulo encontra-se estruturado de forma a permitir uma sequência na descrição relativamente aos estadios correspondentes à sequência natural do TP. Iniciamos uma abordagem à problemática dos benefícios da preparação para o parto em meio aquático, já que esta se encontra, sob o auge da evidência científica, relacionado com melhores resultados maternos e perinatais.

2.1. Os benefícios da preparação para o parto em meio aquático no trabalho de parto e parto

2.1.1. Prática baseada na evidência

A enfermagem, como profissão autónoma e disciplina do conhecimento, necessita de se munir constantemente de novos conhecimentos, de forma a prestar cuidados cada vez mais personalizados e diferenciados, com base no saber científico mais atual. Para tal, tem na PBE um instrumento fundamental. Esta define-se pela tomada de decisão, tendo por base a melhor evidência científica. A PBE direciona os profissionais de enfermagem para uma atuação sistemática e clara, com recurso à melhor e mais atualizada pesquisa científica, de modo a responder mais eficazmente às necessidades dos seus doentes (Chrisman, Jordan, Davis, & Williams, 2014). De acordo com Miller et al. (2016) a PBE está mundialmente reconhecida como uma abordagem ideal para melhorar os resultados de saúde, utilizando a melhor e mais atual evidência científica para a prestação de cuidados. Também Veeramah (2016) confirmou que a PBE se assume como um elemento valioso nos cuidados em obstetrícia e importante na prática diária dos EESMO.

Assim, corroboramos com a perspetiva de Mackey e Bassendowski (2017) de que se torna fundamental que os enfermeiros detenham uma prática rigorosa e organizada em detrimento de uma intervenção rotineira e sem fundamento teórico. Esta ideologia também se aplica na área da obstetrícia, uma vez que se torna crucial a aplicação da PBE para melhoria dos cuidados prestados (Miller et al., 2016). Nesta perspetiva, enfatizamos a importância de basear as políticas e práticas de saúde na evidência mais atual possível, transpondo o conhecimento para a prática, para uma maior efetividade e segurança nas intervenções

desenvolvidas (Lockwood, Aromataris, & Munn, 2014). Todavia, implementar novas práticas exige a mudança de comportamentos e superação de determinadas barreiras. Neste sentido, a implementação de intervenções mais adequadas passa pelas mudanças na assistência e nos serviços de saúde (Pearson, Jordan, & Munn, 2012).

Deste modo e devido à complexidade e quantidade de informação existente na área da saúde, emerge a necessidade de organizar todo o conhecimento. Assim, as revisões da literatura têm adquirido maior relevância, pois permitem que os profissionais de saúde integrem os resultados dos estudos no âmbito da saúde (Rudnicka & Owen, 2012). De entre as várias revisões existentes, a revisão integrativa da literatura tem como finalidade a análise e síntese de estudos publicados no âmbito do tema em questão, de forma ordenada e sistemática. A utilização deste tipo de metodologia possibilita a retrospectiva de todo o conhecimento existente até ao momento, a identificação de áreas passíveis de serem exploradas e o desenvolvimento de um projeto de investigação (Booth, 2016). A revisão integrativa da literatura é composta por seis fases distintas: a identificação do tema a estudar e definição da hipótese ou questão de pesquisa; determinação dos critérios de inclusão e exclusão; definição do que se pretende extrair dos estudos selecionados e/ou categorização dos estudos; avaliação dos estudos selecionados para a revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, por fim, a apresentação dos resultados obtidos e a síntese do conhecimento alcançado (Sousa et al., 2017).

Concluimos que a prática de enfermagem baseada na evidência implica a revisão de estudos, no âmbito da saúde, do mais alto nível de evidência, com vista a incorporar os melhores dados científicos nas tomadas de decisão. Porém, em primeiro lugar, refletimos sobre o que procurar, como procurar e onde procurar essa evidência (Polit & Beck, 2016).

Partindo desta premissa, a análise e reflexão da prática abriram caminho à problematização de uma temática, cujo objetivo se prende com identificação dos benefícios inerentes a essa prática e a sua aplicabilidade no momento do TP e parto. Para tal, houve a necessidade de se proceder à realização de uma revisão integrativa da literatura.

2.1.2. Contextualização do problema

A maternidade é um acontecimento importante na vida das mulheres e o parto encontra-se envolto num processo multidimensional com dimensões físicas, psicológicas, emocionais, sociais e culturais (Martins, 2011; Pinar, Avsar, & Aslantekin, 2018). Ao mesmo tempo, este pode ser acompanhado por medo e preocupação e é aqui que a preparação para o parto assume maior relevância (Ali, Fatemeh, & Mansour, 2014). Neste sentido, a educação para o parto desempenha um papel preponderante na preparação física e psicossocial da

mãe (Pinar et al., 2018), uma vez que lhe permite adquirir conhecimentos sobre todo o processo de TP e parto e estratégias de alívio da dor, para que assim possa ter uma atitude mais ativa aquando do mesmo (Stoll & Hall, 2012). Esta afirmação remete-nos, para os anos 40, quando o obstetra britânico, Dick-Read, ao perceber que o ambiente hospitalar induzia o medo, tensão e solidão nas grávidas e que dificultava o parto, começou a dar-lhe informações sobre o que iria acontecer durante o TP e, como a sua participação poderia ajudar no nascimento do seu filho, com o intuito de diminuir a percepção de dor inerente ao TP (Hassanzadeh, Abbas-Alizadeh, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, & Mirghafourvand, 2019). Também Bergstrom et al. (2009), defendem que quando as mulheres têm conhecimento do que vai acontecer, ficam menos tensas, com menos medo e, conseqüentemente, têm menor percepção da dor. Para além disso, Dick-Read também quis capacitar as mulheres grávidas a colaborarem de forma ativa no TP e parto (Hassanzadeh et al., 2019).

Com a crescente preocupação e propósito em proporcionar uma experiência positiva à mulher durante o parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu indicadores que vieram alterar a forma como as mulheres são acompanhadas durante o TP e parto, tendo por base a humanização deste evento. Assim, a preparação para o parto visa compreender a gravidez e parto como atos fisiológicos, e ainda como momentos de alegria e partilha. De facto, ultimamente, têm-se assistido a um aumento do recurso às aulas de preparação para o parto, uma vez que a grávida/ casal quer mudar a realidade do seu parto (Santana & al., 2011). Atualmente, os cursos de preparação para o parto proporcionam poder e/ou autonomia à grávida, como consequência do processo de procura de saber. Com este processo educativo, a mulher adquire maior segurança, tornando-a um elemento ativo no parto (Oliveira & Madeira, 2011a).

Efetivamente, a preparação para o parto assume-se como essencial durante a gravidez, cabendo ao EESMO capacitar a mulher/casal a vivenciar a maternidade sem receios, incertezas, ou medos, transformando a experiência do nascimento em algo positivo e gratificante (Coutinho, Morais, Parreira, & Duarte, 2014a)

Como complemento aos cursos de preparação para o parto, vários hospitais, tanto em Portugal como na Europa, disponibilizam aulas de preparação para o parto em meio aquático. Estas aulas têm como intuito oferecer uma nova dinâmica de educação aos pais, proporcionando um ambiente favorável à aprendizagem (Baines & Murphy, 2010). Apesar de recente, já é possível verificar uma elevada adesão por parte dos casais.

A água proporciona sensação de bem-estar e relaxamento, permitindo às grávidas sentirem-se mais leves e com maior liberdade de movimento. Adicionalmente, existem ainda

importantes vantagens fisiológicas (POGP, 2017). Ao contrário do exercício em terra firme, que tende a trabalhar especificamente em várias partes do corpo, o exercício aquático trabalha todo o corpo e pode, assim, ser considerado holístico (Baines & Murphy, 2010). Há, portanto, benefícios muito reais de se exercitar na água durante a gravidez, algo que a gestante simplesmente não experimentaria em atividades aeróbicas em terra firme. Por exemplo, nos exercícios que trabalham todas as principais articulações e grupos musculares, há pouca probabilidade de sobrecarregar um grupo em particular e causar tensão muscular e articular. Além disso, há muito menos probabilidade de criar fadiga materna, um problema comum durante a gravidez, já que as sessões são especificamente projetadas de acordo com as mudanças fisiológicas das mulheres, de modo a maximizar a segurança, tanto para a mãe, quanto para o feto (Baines & Murphy, 2010).

Por se revelar pertinente para o TP e parto, bem como no empoderamento da mulher/casal, com o presente estudo pretendemos clarificar esta problemática, com o objetivo de conhecer os benefícios da preparação para o parto, em meio aquático, para o TP e parto.

2.1.3. Metodologia

Segundo Mackey e Bassendowski (2017), a melhor forma de delimitar a pesquisa e obter resultados fidedignos direcionados para a temática em estudo com base na evidência científica mais atual, passa pela elaboração de uma questão de partida. Efetivamente, a criação de um esquema de referência surge como uma estratégia que possibilita a elaboração de uma questão de partida mais precisa e clara. De acordo com Aromataris e Pearson (2014), estabelecer a pergunta de investigação torna-se um dos primeiros passos do planejamento da investigação, uma vez que possibilita a definição da conduta de avaliação. Também *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020) defende que a pergunta de partida orienta a criação dos critérios específicos da revisão, sendo a sua objetividade crucial para uma pesquisa mais eficaz e para a estrutura do relatório.

No sentido de chegar à melhor evidência possível sobre o fenómeno de interesse formulámos uma questão de pesquisa, recorrendo à mnemónica PICo (Aromataris & Pearson, 2014). A formulação da pergunta de partida pode ser realizada através da estratégia PICo, em que o P corresponde aos Participantes do estudo, I ao fenómeno de Interesse e Co ao Contexto do estudo (Karino & Felli, 2012). Assim, para uma melhor compreensão, foi definido o seguinte esquema PiCo (tabela 1).

Tabela 1: Esquema PICO

(P) PARTICIPANTES DO ESTUDO	(I) FENÓMENO DE INTERESSE	(Co) CONTEXTO
Grávidas/casal	Preparação para o parto em meio aquático	Trabalho de Parto e Parto

De acordo com o esquema PICO, o próximo passo foi a elaboração da questão de partida: *Quais os benefícios da preparação para o parto em meio aquático, para o trabalho de parto e parto?*

De seguida, definimos os termos de pesquisa. Após consulta no *Medical Subject Headings* (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), definimos os seguintes descritores: “water exercise” e “pregnancy”, aplicando-se o caretere booleano “and” para conjugar os descritores predefinidos e as aspas para a pesquisa de palavras específicas.

As pesquisas rigorosas são essenciais para a obtenção dos melhores dados científicos (Polit & Beck, 2016). Neste sentido, a nossa pesquisa bibliográfica foi realizada entre novembro de 2018 a abril de 2020 e incluiu trabalhos científicos publicados entre 2014-2020 publicados em bases de dados nacionais e internacionais. Recorremos ao motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete, MedicLatina, MEDLINE e SPORTDiscus with Full Text. Ainda se incluiu a pesquisa em bases de dados como a SCOPUS e SCIELO, como em motores de busca de acesso livre como o Google Académico.

Assim, indo de encontro ao definido por Sousa et al. (2017), na etapa seguinte definimos os critérios de inclusão e exclusão para selecionar as publicações. Como critérios de inclusão englobam-se os estudos publicados entre 2014-2020, artigos que estejam disponíveis na íntegra nas bases de dados, nos idiomas português, inglês ou espanhol, preferencialmente de elevado nível de evidência e capaz de responder à questão de investigação. Os critérios de exclusão foram todos os artigos que não fizessem referência à preparação para o parto em meio aquático e os seus benefícios para o TP e parto, artigos escritos em línguas não definidas nos critérios de inclusão, estudos não indexados às bases de dados das ciências da saúde e artigos a que não conseguimos aceder ao texto completo. Na etapa seguinte procedemos à identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, tendo em conta a leitura dos resumos e as palavras-chave utilizadas. Segue-se a categorização dos estudos selecionados por meio de uma análise crítico-reflexiva dos diversos artigos e a elaboração de um quadro síntese (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011; Sousa et al., 2017).

2.1.4. Resultados

Após pesquisa nas diferentes bases de dados obtivemos 32 artigos, dos quais foram excluídos 11 artigos somente pelo título e resumo e 6 artigos por se encontrarem duplicados. Seguidamente, após a leitura integral dos 15 artigos sobranes, foram excluídos mais 11 por não responderem à questão de investigação, tendo sido selecionados 4 artigos para o estudo de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Ainda foi selecionado 1 artigo do Google académico, dado que a revisão integrativa da literatura admite na sua construção bibliografia cinzenta e, também, por cumprir os critérios de inclusão definidos e pela sua pertinência para o estudo em questão.

A qualidade dos estudos é um fator determinante para a decisão sobre a utilização dos resultados patentes na prática clínica. Deste modo, para a análise dos artigos selecionados para o trabalho, recorreram-se a ferramentas adequadas a cada tipo de artigo. Os níveis de evidência (NE) das produções científicas analisadas foram avaliados segundo o modelo preconizado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2013) que dispõe dos seguintes níveis de evidência: o primeiro nível corresponde à evidência obtida a partir de desenhos experimentais. No nível 2 aborda a evidência obtida a partir de desenhos quasi-experimentais. O terceiro nível corresponde aos desenhos observacionais-analíticos. Relativamente ao nível 4 está subjacente a evidência obtida a partir de desenhos observacionais descritivos e o quinto nível corresponde às opiniões de peritos e de consenso.

Tabela 2: Análise do artigo “Benefícios de las actividades acuáticas durante el embarazo: revisión sistemática”

Autor	Apolonia albarracín pérez
Publicação	Revista de Investigación en Actividades Acuáticas, Espanha 2017
Objetivo	Realizar uma revisão sistemática dos estudos que abordam os benefícios, a nível materno-fetal, da atividade física em meio aquático durante a gestação, servindo de base para um programa de exercícios aquáticos adequados a esta população.
Metodologia	Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e outros estudos.
Resultados/Conclusões	A maioria dos estudos leva a admitir que o exercício aquático durante a gravidez não tem consequências adversas para a mãe e para o feto, muito pelo contrário, é altamente recomendado, tanto para reduzir os efeitos adversos da gravidez e que esta se desenrole de uma forma mais saudável

	possível. Em relação ao parto, embora não hajam diferenças significativas, foi notório um maior número de partos vaginais e menor recurso a analgesia epidural em mulheres que praticam exercícios na água.
Nível de Evidência	Segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> (2013), este artigo tem um nível de evidência: 1b.

Tabela 3: Análise do artigo “Randomized clinical trial of an aquatic physical exercise program during pregnancy”

Autor	Raquel Rodríguez-Blanke, Juan Carlos Sanchez-Garcia, Antonio Manuel Sanchez-Lopez, Manuela Expósito-Ruiz e Maria Jose Aguilar-Cordero
Publicação	Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing 2019
Objetivo	Determinar o efeito de um programa de exercício físico aquático realizado durante a gravidez sobre a taxa de períneos íntegros no parto.
Metodologia	Ensaio Randomizado controlado. Participaram 129 gestantes, 64 pertencentes ao grupo controlo e 65 ao grupo experimental.
Resultados/Conclusões	As participantes do grupo experimental apresentaram uma taxa estatisticamente maior de períneo íntegro após o parto, cerca de 26,15%, enquanto as participantes do grupo de controlo obtiveram uma taxa de 3,12%. O recurso à analgesia durante o trabalho de parto também foi avaliado, sendo que se verificou uma taxa superior no grupo de controlo (85,9%), contra 72,3% no grupo experimental. A taxa de episiotomia foi 10% menor no grupo experimental. Ainda, foi avaliado o peso ao nascimento, tendo-se verificando que no grupo experimental, o peso do RN ao nascer foi significativamente menor do que no grupo de controlo.
Nível de Evidência	Segundo <i>Joanna Briggs Institute</i> (2013), este artigo tem um nível de evidência: 1c.

Tabela 4: Análise do artigo “Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomised clinical trial”

Autor	Raquel Rodríguez-Blanke, Juan Carlos Sánchez-García, Antonio Manuel Sánchez-López e María José Aguilar-Cordero
Publicação	International Journal of Childbirth Education 2019

Objetivo	Determinar qual a duração do trabalho de parto em grávidas que concluíram um programa de exercício físico moderado na água e, posteriormente, se tiveram um parto eutócico.
Metodologia	Ensaio randomizado controlado. 140 gestantes saudáveis recrutadas às 12 semanas de gestação, divididas em dois grupos, o grupo de experimental (GE) (n = 70) e um grupo controlo (GC) (n = 70).
Resultados/Conclusões	Neste estudo foi visível que 63% das mulheres do grupo experimental tiveram um parto eutócico, comparativamente a 56% do grupo de controlo. Também verificaram que as participantes do grupo experimental tiveram um início espontâneo de trabalho de parto (70,8% versus 60,9% do grupo de controlo). O primeiro e segundo estadios do trabalho de parto foram significativamente mais curtos no grupo experimental. O tempo de dilatação foi, em média, muito menor no grupo experimental do que no grupo de controlo.
Nível de Evidência	Segundo Joanna Briggs Institute (2013), este artigo tem um nível de evidência: 1c.

Tabela 5: Análise do artigo “Influencia del ejercicio físicodurante el embarazo sobre el peso del recién nacido: un ensayo clínico aleatorizado”

Autor	Raquel Rodríguez-Blanque, Juan Carlos Sánchez-García, Antonio Manuel Sánchez-López, Norma Mur-Villar, Rafael Fernández-Castillo y María José Aguilar-Cordero
Publicação	Nutrición Hospitalaria 2017
Objetivo	Analisar a influência de um programa de atividade física moderada em meio aquático para a gestante sobre o peso do recém-nascido.
Metodologia	Ensaio Randomizado controlado. 140 gestantes saudáveis, com idade entre 21 e 43 anos e divididas em dois grupos, grupo experimental (GE, n = 70) e grupo de controlo (GC, n = 70).
Resultados/Conclusão	A atividade física moderada em ambiente aquático seguindo a metodologia SWEP não apresenta risco de parto prematuro e o tempo de gestação não está alterado em relação às grávidas que não praticam qualquer tipo de exercício durante a gestação. O peso dos recém-nascidos das mulheres que praticavam atividade física é inferior ao do grupo controle (p = 0,01). Observaram que as mulheres que fizeram exercício físico durante a gestação, seguindo a metodologia SWEP, apresentaram melhor controlo de ganho de peso, sem que isso tenha sido decisivo para a redução da taxa de macrosomia

	fetal.
Nível de Evidência	Segundo Joanna Briggs Institute (2013), este artigo tem um nível de evidência: 1c.

Tabela 6: Análise do artigo “Influence of a Water-Based Exercise Program in the Rate of Spontaneous Birth: A Randomized Clinical Trial”

Autor	Raquel Rodríguez-Blanke, María José Aguilar-Cordero, Ana Eugenia Marín-Jiménez, Ana María Núñez-Negrillo, Antonio Manuel Sánchez-López e Juan Carlos Sánchez-García
Publicação	International Journal of Environmental Research and Public Health 2020
Objetivo	Avaliar a prevalência de parto espontâneo entre mulheres que participaram num programa de exercícios físicos em meio aquático.
Metodologia	Ensaio Randomizado Controlado. 129 gestantes, divididas em dois grupos, grupo experimental (GE, n = 65) e grupo de controlo (GC, n = 64).
Resultados/Conclusões	As parturientes que praticaram atividade física moderada em ambiente aquático seguindo a metodologia SWEP, entraram em trabalho de parto espontaneamente e os seus resultados obstétricos foram melhores quando comparadas com o grupo de controlo. Observaram que no grupo de controlo, a maioria das parturientes tiveram um parto instrumentado ou cesariana, associando este resultado a IMC's elevados.
Nível de Evidência	Segundo Joanna Briggs Institute (2013), este artigo tem um nível de evidência: 1c.

2.1.5. Discussão

Nesta quinta etapa pretende-se analisar e interpretar os resultados, identificar as principais conclusões e as suas implicações para a prática clínica. É nesta fase que se identificam as possíveis lacunas de conhecimento e se estabelecem as prioridades para futuras pesquisas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Botelho et al., 2011).

A gravidez é um momento especial na vida de todas as mulheres, sendo uma experiência única influenciada por questões religiosas, emocionais e culturais. Durante este período é considerado que praticar certas atividades físicas torna as mulheres menos propensas a ter dificuldades durante o trabalho de parto e nascimento (Stan, 2014). Efetivamente, há muito se sabe que o exercício é benéfico. Pesquisas realizada sobre os efeitos do exercício durante a gravidez nas últimas duas décadas tem apoiado este conhecimento. O *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and*

Gynaecologists (RANZCOG, 2016) fornece diretrizes claras sobre a prática segura de exercícios durante a gravidez. Desde que não haja contraindicações e as recomendações sejam seguidas, as mulheres devem ser encorajadas a iniciar ou continuar uma rotina de exercícios adequados (RANZCOG, 2016). Também o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2015b) enfatiza a importância do exercício físico em gravidezes sem complicações médicas, defendendo que o exercício durante a gravidez é importante não só para a mãe, como para o feto. O exercício aquático está a ganhar popularidade devido às inúmeras vantagens que tem sobre o exercício terrestre no que toca à diminuição dos desconfortos da gravidez. Com o corpo a atravessar uma variedade de mudanças, incluindo alterações fisiológicas, cardiovasculares e respiratórias, continuar ou iniciar uma rotina de exercícios terrestres pode ser uma difícil adaptação (Binkley, Binkley, & Wise, 2017).

O exercício aquático tem ganho relevância enquanto atividade física dados os efeitos benéficos que o próprio ambiente aquático apresenta. As propriedades exclusivas da água proporcionam um exercício seguro e de baixo impacto. A imersão na água, por si só, produz efeitos benéficos (Lohmeyer, 2017). De entre as propriedades destaca-se a pressão hidrostática, impulsão e termodinâmica (Binkley et al., 2017).

A pressão hidrostática é definida como a pressão aplicada ao corpo imerso (Hersh, 2016). Essa pressão é proporcional à profundidade de imersão, ou seja, quanto mais profundo o corpo ou uma extremidade estiver submersa na água, maior a pressão sobre ela. Esta traz inúmeros benefícios cardiovasculares e auxilia, ainda, no retorno venoso e redistribui o fluído extracelular, contribuindo para a diminuição do edema dos membros inferiores (Lohmeyer, 2017). Também Binkley et al. (2017) vem comprovar esta afirmação ao referir que esta propriedade se torna essencial para as mulheres que apresentam edema ao longo da gravidez e que o exercício aquático provou ser extremamente favorável noutra particularidade, a impulsão, pois esta e a gravidade são antagónicas. A impulsão ou flutuabilidade é a força que atua no centro de gravidade do corpo, no sentido oposto ao da gravidade; isto vai permitir uma maior sensação de leveza por parte da grávida e os exercícios mais fáceis de realizar, comparativamente com os exercícios fora de água (Binkley et al., 2017).

Além disso, aquando da imersão do corpo na água, verifica-se uma diminuição do peso corporal total, o que facilita o movimento e evita a sobrecarga das articulações (Aguilar Cordero et al., 2016). Flutuar ajuda a reduzir a pressão no útero, bexiga e pavimento pélvico. Muitas mulheres grávidas apreciam a sensação proporcionada pela água, especialmente durante o terceiro trimestre (Stan, 2014).

A termorregulação é outra propriedade do exercício em água, já que o corpo diminui o risco de sobreaquecimento durante o exercício (Binkley et al., 2017; Lohmeyer, 2017). Isto porque, quando comparado com o exercício em terra, a água produz um efeito de arrefecimento muito mais rápido que o ar. Efetivamente, a água é um excelente condutor de calor, tendo 25 vezes a taxa de condutividade do ar; é, portanto, um excelente dissipador de calor corporal induzido pelo exercício, se o gradiente de calor for adequado (Brearley, Sherburn, Galea, & Clarke, 2015). Esta particularidade ajuda a proteger o feto do sobreaquecimento, sendo um fator particularmente importante a considerar na gravidez (Binkley et al., 2017; Lohmeyer, 2017).

No início da gravidez, as articulações tornam-se mais frágeis à medida que a secreção de relaxina aumenta, o que altera os fios de colagénio das estruturas ligamentares e tendinosas (Farradellas Guitart, 2014). À medida que a gravidez progride, alterações no centro de gravidade, ganho de peso e alterações no equilíbrio e coordenação podem aumentar o risco de lesão durante o exercício. Além disso, durante a gravidez, estar de pé durante longos períodos de tempo pode interromper o fluxo uteroplacentário, alterar o equilíbrio hormonal e aumentar a pressão intra-abdominal (Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen, & Mebazaa, 2016). Apesar dos benefícios, os exercícios aquáticos ainda constituem uma preocupação para algumas grávidas, uma vez que associam o exercício físico a desconforto físico (Binkley et al., 2017).

A adaptação postural consiste numa das muitas mudanças que ocorrem no corpo durante a gravidez, podendo mesmo originar tensões e desconfortos. Neste sentido, os exercícios aquáticos parecem contribuir para melhorar a postura corporal, assegurando uma correta posição da bacia acompanhada de um adequado tónus muscular e pélvico. Possibilita, ainda, o fortalecimento dos principais grupos musculares (abdominais, pélvicos e lombares) com repercussões ao nível do alívio da tensão da coluna. Isto também irá facilitar um adequado posicionamento do feto na bacia.

Por fim, o tonificar de músculos como os glúteos, músculos das coxas e perna e psoas torna-se essencial para o momento do parto (Stan, 2014). Para além do enunciado, também o facto de exercitar o assoalho pélvico na água, a grávida tem uma maior consciencialização do períneo e dos músculos envolvidos (Baines & Murphy, 2010).

Também adotando uma postura correta, é possível que a respiração seja melhorada, especialmente no terceiro trimestre, em que o movimento do diafragma é reduzido pelo volume do útero. A respiração torna-se menos profunda e a frequência respiratória aumenta. Com os exercícios aquáticos, é possível alterar estas características. Assim, na inspiração, a musculatura torácica deve superar a pressão da água para expandir a caixa torácica. Já na

fase de expiração, que é sempre feita em imersão, é necessário superar novamente essa pressão. Isto significa que as mulheres grávidas têm que respirar voluntariamente, conscientemente e controladamente. De facto, com o trabalho específico da musculatura torácica e respiratória, melhora-se a capacidade pulmonar, a coordenação e controlo respiratório tão necessários durante o parto. Uma respiração lenta e profunda aumenta a capacidade respiratória e permite enfrentar as “ameaças” exteriores, como por exemplo, uma situação de *stress* ou reação à dor, com calma e autocontrolo (Aguilar Cordero et al., 2016).

No último trimestre da gravidez, o corpo pode-se mover mais facilmente quando imerso em água (Lohmeyer, 2017). A força de flutuação é o que permite adotar posições estáveis, difíceis de manter em certos movimentos quando realizados em terra. Também serve para mover, de forma passiva ou ativa, as articulações, de modo a aumentar a mobilidade e reduzir o risco de lesões. Relativamente à pelve, os exercícios potenciam uma maior amplitude de diâmetros pélvicos, tonificando os músculos envolvidos. Por outro lado, a pressão hidrostática exercida pela água em toda a superfície do corpo aumenta as sensações cinestésicas e favorece a proprioceção (consciencialização do corpo) útil para o momento do trabalho de parto e parto (Aguilar Cordero et al., 2016). O exercício físico em ambiente aquático permite que as gestantes fortaleçam essa musculatura sem aumentar a pressão intra-abdominal (Rodríguez-Blancue, Sanchez-Garcia, Sanchez-Lopez, Expósito-Ruiz, & Aguilar-Cordero, 2019b).

Durante a gravidez, ocorrem múltiplas alterações no pavimento pélvico devido ao aumento do peso do útero. No parto, podem ocorrer lesões e traumatismos pélvicos e perineais, daí se tornar fundamental a realização de exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, com vista à sua diminuição durante o parto (Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado-Mejía, & Suarez-Serrano, 2017). Estes mesmos autores verificaram, no seu estudo, que após se completar um programa de exercícios em meio aquático, houve um aumento significativo da integridade do períneo após o parto (Leon-Larios et al., 2017). Também Rodriguez-Blancue et al. (2019a) chegaram às mesmas conclusões. Após a aplicação de um programa de exercício físico aquático especificamente desenvolvido para gestantes. O método *Study Water Exercise Pregnant* (SWEP) foi aplicado a partir da 20ª semana até à 37ª semana de gestação. O programa de exercícios incluiu três sessões de 60 minutos por semana, cada uma com 45 minutos de atividade seguida de 15 minutos de relaxamento. Na análise dos resultados, os autores confirmaram que as participantes do grupo experimental apresentaram uma taxa estatisticamente maior de períneo íntegro após o parto, cerca de

26,15%, enquanto as participantes do grupo de controlo obtiveram uma taxa de 3,12%. Também observaram que as mulheres pertencentes ao grupo experimental apresentavam um melhor controlo da dor e um menor recurso a analgesia durante o TP. A taxa de episiotomias foi superior no grupo de controlo. Efetivamente, a prática de exercício físico moderado na água, seguindo as orientações do método SWEP, demonstrou estar associada a períneos íntegros após o parto. Os achados do estudo são de considerável importância clínica, pois a integridade do períneo é um fator importante na recuperação pós-parto (Rodríguez-Blancue et al., 2019b). Também no seu estudo, Rodríguez-Blancue et al. (2020) evidenciaram a prevalência de melhores resultados obstétricos e inícios de trabalhos de parto espontâneo no grupo experimental. Já no grupo de controlo observaram maiores taxas de partos instrumentados e cesarianas.

Importa ainda ressaltar que um melhor desempenho desta musculatura, por sua vez, ajuda no segundo estadio do TP. Isso, aliado ao facto de que o exercício realizado na água permite à mulher concentrar-se no ritmo, fases, volume e tipo de respiração, parece estar associado a uma maior taxa de integridade perineal (Rodríguez-Blancue *et al.*, 2019b). Para Bovbjerg e Siega-Riz (2009), músculos abdominais bem treinados, contribuem para uma maior eficácia no período expulsivo e, por conseguinte, um encurtamento desta fase.

Efetivamente, o exercício físico moderado na água parece estar associado a uma redução do tempo total de trabalho de parto e parto. No estudo levado a cabo por Rodríguez-Blancue et al. (2019b), o primeiro e segundo estadios do trabalho de parto foram significativamente mais curtos no grupo experimental (diferença de 2 h 25 min). No entanto, para o terceiro estadio não houve diferenças estatisticamente significativas, e ambos os grupos apresentaram tempos semelhantes. A duração do parto no grupo experimental foi quase três horas menor que o do grupo de controlo. Também se verificaram alterações ao nível do tempo de dilatação cervical, ou seja, o tempo de dilatação foi muito menor no grupo experimental do que no grupo de controlo. Para além disso, a taxa de partos eutócicos foi significativamente maior no grupo experimental, cerca de 63% comparativamente a 56% do grupo de controlo. Estes resultados permitem afirmar que a mãe se recupera mais rapidamente e faça contato pele a pele com o RN (Rodríguez-Blancue et al., 2019a).

O exercício aquático também pode ajudar as mulheres a prevenir o ganho excessivo de peso. Bacchi et al. (2018) concluíram a partir dos seus estudos que três sessões semanais de atividades aquáticas podem evitar ganhos excessivos de peso e preservar o peso do recém-nascido. Também Rodríguez-Blancue et al. (2019a) vem corroborar esta hipótese, uma vez que verificaram que RN, filhos de mães que praticaram exercício aquático na gravidez, apresentavam um peso significativamente menor ao nascimento, do que aqueles

cujo as mães não praticaram qualquer tipo de exercício. Deste modo, o controlo de peso materno vai contribuir para uma recuperação pós-parto mais rápida (Stan, 2014).

O ambiente da piscina é ideal para exibir adereços visuais, como fotos do assoalho pélvico. Ainda se pode utilizar uma estrutura da pelve de plástico ou borracha para adicionar interesse e fornecer dicas específicas de treino (Baines & Murphy, 2010). Para os mesmos autores, estas aulas passam por “aprender enquanto se move”. Uma maneira inovadora é colocar a pelve anatômica ou fotos laminadas na água para ajudar a grávida na visualização dessa estrutura de modo a tornar-se mais fácil, mais uma vez, a consciencialização dessa zona tão importante para o momento do parto. O processo normal de nascimento também pode ser explorado dessa maneira dinâmica, para explicar como a gravidade pode ajudar na passagem do feto e ajudar no resultado do parto (Baines & Murphy, 2010).

Deste modo, ao fornecer a cada mãe a sua própria pelve de plástico durante a aula, o processo de visualização é aprimorado ainda mais. A demonstração prática e a discussão de posições efetivas para o trabalho de parto e parto podem, também, ser demonstradas, assim como diferentes apresentações do feto. Ao apoiar as grávidas a “brincar” na água, estas podem praticar posições e conceitos sem medo nem vergonha. Neste sentido, torna-se expectável que todo este trabalho desenvolvido tenha aplicabilidade no momento do parto. As grávidas começam a ter outra percepção do seu próprio corpo, e isso permite-lhe desenvolver confiança tão necessária para o parto, vendo-o como um evento fisiológico normal. Essa confiança é realmente poderosa e pode levar a uma maior incidência de partos vaginais. Efetivamente, existem vários autores que relacionam a prática de exercício físico com a redução do número de cesarianas e partos instrumentalizados (Aguilar Cordero et al., 2016).

Ainda, a resistência da água e a turbulência podem ser usadas eficazmente para produzir um exercício divertido, seguro e de baixo impacto. A água proporciona resistência ao movimento em todas as direções, e pode ser ajustado para aumentar ou diminuir a intensidade do exercício, conforme necessário. Um benefício significativo para mulheres grávidas que realizam exercícios na água é a possibilidade de ajustar a intensidade do exercício individualmente. Isso garante que o treino seja específico e seguro para cada participante (Lohmeyer, 2017).

O EESMO assume neste contexto e modalidade de preparação para o parto, uma figura preponderante. Pois, como especialista que é, deve incentivar e empoderar a mulher/casal a assumirem um papel ativo durante o trabalho de parto, através do recurso a movimentos e posições facilitadoras.

Em síntese, para além dos benefícios físicos, as aulas de preparação para o parto, em meio aquático permitem a partilha de informação sobre a saúde e aspetos específicos da gravidez, trabalho de parto e parto. Proporciona a possibilidade de obter experiências positivas de parto, a dissipar o medo (Lohmeyer, 2017) e, permite ainda, a consciencialização do casal para o momento do nascimento (Baines & Murphy, 2010).

2.1.6. Conclusão

Finalizado o estudo, importa salientar que a realização desta revisão integrativa da literatura se demonstrou como a metodologia mais adequada ao objetivo do estudo. Pelos resultados obtidos podemos afirmar que os objetivos foram atingidos. Esta relevância que salientamos situa-se na forma como permitiu ampliar conhecimentos e adquirir habilidades neste domínio. Pois, aprendemos a valorizar e cumprimos uma premissa de que o exercício profissional da enfermagem exige uma procura constante de conhecimento científico com a finalidade da prestação de melhores cuidados de saúde. A PBE orienta os enfermeiros na tomada de decisão tendo em conta a evidência mais atual, na competência clínica como profissional, e nos valores e preferências da mulher, casal e família.

Pela vasta informação existente, tonou-se imperativo que, enquanto estudantes, tivéssemos reconhecido que as nossas competências para agir se basearam na escolha criteriosa da literatura científica. Os artigos analisados convergem e complementam-se. Todos eles evidenciam que os exercícios aquáticos são bons para o corpo e para a mente. A água permite um ambiente sensorial, e imersos nela, parece desafiar-se a gravidade. A maioria das gestantes que praticam os exercícios na água apreciam a sensação de suspensão, especialmente no final da gravidez (Stan, 2014).

Encorajar as mulheres grávidas a estar ativas e partilhar informações sobre o exercício adequado e seguro durante a gravidez, é uma das competências importantes do EESMO. Pois, fornecer informação e orientação oportuna, tem o potencial de providenciar benefícios a curto e longo prazo para a mãe e o bebé. Com o aumento do sedentarismo e consequente obesidade, é essencial incentivar as mulheres a serem ativas. Os exercícios aquáticos são adequados à maioria das mulheres a vivenciar uma gravidez saudável. O incentivar as mulheres para o exercício na água é uma forma dos EESMO poderem apoiar as mulheres na sua saúde (Lohmeyer, 2017).

Além disso, pelos resultados obtidos, pode-se afirmar que esta nova metodologia de preparação para o parto assume uma importância crucial, pois traduz-se em inúmeros benefícios no momento do TP e parto. De facto, este tipo de exercícios trabalham a

adaptação natural do corpo, melhoram a flexibilidade das articulações e preparam o corpo e a grávida para o parto (Stan, 2014).

Efetivamente, a preparação para o parto, em meio aquático, deve continuar a fazer parte dos cuidados, já que neste tipo de sessões as oportunidades de aprendizagem são imensas, em que o EESMO assume um papel fundamental de educador e promotor de saúde. Promove e oferece um excelente ambiente para facilitar a educação integral e significativa dos pais (Baines & Murphy, 2010).

Diríamos que este estudo não só foi importante porque nos permitiu desocultar os benefícios da preparação para o parto em meio aquático, de acordo com o objetivo definido, como também reforçar a pertinência destes resultados para a prática dos EESMOS, em relação à preparação para o parto, em meio aquático.

Em jeito de sugestão esperamos contribuir para que estes resultados permitam ao EESMO sustentar a necessidade de inovar as práticas, utilizando estratégias que promovam o empoderamento da mulher/casal, rumo à obtenção de ganhos em saúde e, obviamente, que estes se traduzam na maior satisfação com o parto e nascimento.

2.2. Cuidar a mulher/casal no primeiro estadio do trabalho de parto

As parturientes/casais, que tivemos a oportunidade de cuidar, na sua maioria, provinham do serviço de urgência e também da unidade de grávidas de risco, em caso de TP espontâneo, ou de indução do TP. Estas, na sua maioria, encontravam - se no 1º estadio do TP.

Apesar da definição de trabalho de parto não reunir o consenso entre os autores, sobretudo no que concerne aos critérios de diagnóstico, o ICN (2019) centraliza a sua perspetiva no parto como um evento ou episódio com processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta. Estamos de acordo com a perspetiva de Dodou et al. (2014, p. 263) ao afirmarem que “o parto e o nascimento são momentos marcados por sentimentos profundos, com um grande potencial para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais.”

Uma das nossas preocupações foi reconhecer a importância de fazer um diagnóstico correto, já que a literatura revela que as admissões mais tardias têm menor intervenções obstétricas, menor cansaço por parte da mulher e, por esse facto, deve ser realizado na fase ativa de TP. No primeiro estadio de TP consideramos duas fases: a fase latente e a fase ativa. A fase latente define-se como o período de tempo em que ocorrem contrações uterinas irregulares e alterações variáveis do colo uterino, incluindo extinção e dilatação até aos 5 cm. Por sua vez, a fase ativa caracteriza-se pela presença de contração uterina rítmicas e

alterações variáveis do colo uterino, terminando quando a extinção e a dilatação estão completas (OMS, 2018).

Atualmente considera-se que a duração e progressão do TP estão diretamente relacionados com inúmeros fatores como a paridade, por exemplo. De acordo com a OMS (2018) não existe uma duração específica para a fase latente, no entanto sabe-se que é uma fase demorada e que varia de mulher para mulher. Para Graça (2017), esta fase pode durar até 20 horas. Já a fase ativa, geralmente, não se estende para além das 12 horas nas nulíparas e até 10 horas nas múltiparas (OMS, 2018). Isto porque, nas nulíparas a extinção se dá primeiro que a dilatação e nas múltiparas estes fenómenos dão-se em simultâneo (Graça, 2017).

O acolhimento do casal assumiu um papel preponderante nas nossas intervenções, pelo facto de reconhecermos o quanto este primeiro impacto podia significar. Efetivamente, este serviu como um fator de estabilidade para a minimização dos níveis de *stress* e ansiedade, possibilitou uma melhor integração no meio ambiente e tornou-se um fator da promoção de uma relação empática. A apresentação pessoal e profissional enquanto enfermeira e estudante do MESMO fez parte do primeiro contacto. De seguida, acompanhávamos a parturiente e a pessoa significativa ao local onde iriam ficar, procedíamos à apresentação e explicação da dinâmica e organização do serviço, nomeadamente, as rotinas e atividades de vigilância comuns no decorrer do TP e, ainda, a possibilidade do acompanhamento da pessoa significativa durante todo o tempo de internamento. Verificamos, portanto, que neste ambiente em específico, o acolhimento permitia que a mulher se sentisse mais confiante e segura. De acordo com Marques (2014) um ambiente acolhedor faz com que os níveis de satisfação materna aumentem e, consequentemente, se vejam diminuídos os níveis de *stress* e ansiedade, promovendo uma menor ocorrência de complicações.

Neste sentido, realizávamos a colheita de dados mais relevantes, para o diagnóstico, de acordo com a situação em que a parturiente se encontrava. Além dos dados iniciais descritos, anteriormente, também se englobava a avaliação das características do colo uterino (dilatação e extinção) observadas na admissão; a idade gestacional (IG) e historial obstétrico; a presença de infeção por *Streptococcus* β hemolítico do grupo B (SGB) e a integridade da bolsa amniótica, com respetivo registo da data, hora e características do líquido amniótico (LA) caso se verifique rotura.

A importância de nos referirmos à colheita de determinados dados, nomeadamente a IG, paridade, infeção por SGB, integridade da bolsa amniótica e características do LA, entre outras, deve-se ao facto da enorme relevância que estes dados assumem, não só para o

diagnóstico, mas também para delinear as intervenções, ainda que fossem intervenções inter dependentes, pois algumas delas foram atividades resultantes de prescrição. Relativamente à IG, esta revela-se um dado essencial na medida em que podemos estar perante um TP pré-termo pelo que, se tal se verificasse, era necessário preparar todo o material para uma adequada assistência ao RN prematuro após o nascimento. Por sua vez, a paridade orientava os nossos cuidados e acautelava-nos para a possibilidade de um TP mais rápido, visto que nas múltiparas, o TP tende a desenvolver-se num período de tempo mais curto.

Também, o facto de a mulher ter infeção por SGB ou um SGB desconhecido; ou rotura de membranas igual ou superior a 12 horas definiram as nossas intervenções, pois o *Risco de Infeção* pode estar presente. Com este diagnóstico, encontra-se protocolada a administração de antibioterapia profilática. O SGB é comumente encontrada no aparelho digestivo, mais propriamente no reto, e acomete cerca de 15% das grávidas (Chaves, 2011). A colonização por este microrganismo está na origem de coriamnionite, RPM, PPT, endometrite pós-parto, morte fetal, baixo peso ao nascer, sépsis bacteriana neonatal precoce (até aos seis dias), pode também provocar pneumonia e meningites em RN. A transmissão do SGB é vertical e acontece *in útero* durante o TP ou no período expulsivo. Uma das atividades resultantes de prescrição foi administrar, pelo menos, duas tomas de penicilina EV. A primeira dose continha 5 milhões de unidades e as restantes 2,5 milhões de unidades a cada 4 horas, até ao nascimento (National Center for Disease Control and Prevention, 2010).

Quanto à integridade da bolsa amniótica, tínhamos em conta a hora de rotura, pois sabemos que roturas prolongadas contribuem para o desenvolvimento de infeções neonatais (NICE, 2017). Neste contexto, também procedemos à administração de antibioterapia, de acordo com a prescrição e pudemos constatar que no HPH, as grávidas faziam ampicilina EV de 6/6 horas, como preconiza a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2013).

Ao longo de todo o processo, a informação recolhida era registada no sistema informático (SCLínico) e no partograma. Este último continha o registo da dilatação e extinção do colo uterino, descida da apresentação, FCF, integridade das membranas e contratilidade uterina, como preconizam as recomendações da OMS (2018). O registo destes dados foi imprescindível, pois permitiu-nos um acompanhamento da mulher, mais eficaz e uma adequada vigilância da evolução do TP, bem como a identificação precoce de complicações e a tomada de decisão autónoma evitando, assim, intervenções desnecessárias e rotineiras (OMS, 2015).

Assim, a recolha de dados permitiu-nos identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem: *Potencialidade de Início de Trabalho de Parto* ou, quando na sua presença,

Potencialidade para Processo de Trabalho de Parto ou Processo de Trabalho de Parto. Para estes últimos diagnósticos, os dados que assumiam maior relevância era a extinção e dilatação do colo uterino e com o aumento da intensidade e diminuição da frequência entre as contrações uterinas (NICE, 2017). Assim, foram identificados os nossos focos de atenção e desenvolvemos intervenções de forma a dar resposta às necessidades da parturiente /casal e RN de acordo com a sua singularidade como pessoa, nomeadamente: apoiar a mulher/ casal; promover o empoderamento da mulher/casal durante o TP e parto; promover a participação ativa do acompanhante; promover a ligação mãe/ pai-filho; e incentivar a amamentação. As restantes vamos apresentar ao longo da descrição das atividades e competências desenvolvidas, de acordo com os objetivos delineados para este módulo estágio.

Nesta perspetiva, procuramos adequar as intervenções às necessidades de conhecimento, fomentar a habilidade para gerir as estratégias de *coping* de forma ativa e potenciar a tomada de decisão. Este tipo de intervenções permitiu-nos “empoderar” a mulher para o decorrer do TP e parto (Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn, & Ekström, 2013; Toohill et al., 2014). Sabemos que este apoio por parte dos profissionais de saúde parece contribuir para a aquisição de poder e sensação de controlo na experiência do parto (Sousa, 2015). Esta intervenção revelou-se de extrema importância, já que o *empowerment* da mulher, promove uma participação ativa, advindo daí maior satisfação e uma experiência positiva de todo este processo de parto. De acordo com Toohill et al. (2014), quando as mulheres se sentem “empoderadas”, a sua capacidade de controlo aumenta, bem como a sua confiança e satisfação, traduzindo-se em melhores resultados ao nível do controlo da dor.

Nesta linha de entendimento, orientamos e aconselhamos as parturientes quanto às estratégias que facilitam a progressão do TP natural, de forma a potenciar a sua tomada de decisão para que em momento algum, se sentissem obrigadas a cumprir uma prescrição, mas dando-lhe a oportunidade de ser a própria a fazer as suas escolhas (OE, 2015).

Apesar de nem todas as mulheres trazerem consigo um plano de parto, reconhecemos que este assumia grande relevância para a mulher e o casal. Procuramos sempre, respeitar a sua vontade, pois este espelha as ideologias da grávida/ casal relativas ao parto e as intervenções passíveis de ser implementadas. Permite, ainda desenvolver cuidados centrados na mulher de acordo com as suas expectativas. Acreditamos que a elaboração de um plano de parto vai potenciar o pensamento crítico e uma reflexão interna sobre os desejos, necessidades e limites, fazendo com que a mulher sinta o controlo por todo o processo. No entanto, quando a mulher não apresentava plano de parto, incentivamos a pronunciar-se sobre as suas preferências de forma a sentir que estas seriam respeitadas,

sobretudo em relação à escolha do acompanhante, monitorização fetal, estratégias de gestão da dor, posições para o TP e parto, corte do cordão umbilical, contacto pele-a-pele e aleitamento materno. Ao longo dos nossos cuidados, priorizamos este tipo de assistência, estabelecendo-se uma relação de confiança com a grávida/ casal que, por sua vez, se sentem valorizados e envolvidos na tomada de decisão (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013). Foi perceptível que a maioria das grávidas/casais desejavam fazer contacto pele-a-pele com o RN, logo após o nascimento e também que queriam ser eles a realizar o corte do cordão umbilical, usufruir da escolha das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, adiar ao máximo a colocação do cateter epidural e evitar também a realização de episiotomia. Sempre que o estado clínico o permitisse, era proporcionado à parturiente/casal a possibilidade de escolha, em relação às estratégias para ajudar no processo de TP.

A forma como comunicávamos com a mulher e casal foi, também, feita de uma forma cuidadosa, pois estamos conscientes que as palavras escolhidas podiam condicionar ou facilitar todo o processo (OE, 2015). Na verdade, o nosso comportamento e atitudes, como profissionais, vão influenciar a prestação de cuidados. Tivemos sempre o cuidado de preservar a individualidade de cada um, ao respeitar as suas crenças e valores ao longo do TP e parto para alcançar os cuidados centrados na pessoa e garantir a qualidade dos cuidados baseados nesta abordagem, independentemente do tipo de intervenções, fossem elas independentes ou atividades resultantes de prescrição. Face ao exposto, procuramos suporte no modelo de cuidados centrado na pessoa de McCormack & McCance (2011), para fundamentar as nossas decisões em relação a centralizar a parturiente, como pessoa, nos cuidados. Elegemos este modelo pelo facto de este integrar como resultados esperados a satisfação, o envolvimento, o bem-estar resultante dos cuidados de enfermagem. Por sua vez, estes implicam sistemas que facilitam a tomada de decisão partilhada; relacionamento interprofissional eficaz; sistemas organizacionais que apoiam os profissionais; a partilha do poder; o potencial de inovação e correr riscos; e o ambiente físico. Tal como afirma McCormack et al. (2015), os processos centrados na pessoa englobam um conjunto de atividades que incluem a prestação de cuidados que tenham em conta os valores e crenças da pessoa, a provisão de cuidados holísticos, a presença empática, a decisão partilhada e o compromisso com a pessoa.

O acompanhamento que proporcionamos à grávida/casal durante o período de TP demonstrou-se essencial, havendo inclusivé evidência que demonstra que este acompanhamento contínuo se encontra associada a uma maior satisfação das grávidas (Marshall & Raynor, 2014). Desta forma, a mulher sente-se mais confiante e capaz de utilizar estratégias de *coping* apreendidas só pela presença e apoio da parteira (Kennedy, Grant,

Walton, Shaw-Battista, & Sandall, 2010). Este acompanhamento contribui ainda para TP mais curtos, o recurso a analgesia epidural e outros fármacos mais tardiamente e uma menor intervenção durante o TP e parto (Hodnett et al., 2013). Efetivamente, existem estudos que demonstram que a maioria das mulheres, especialmente aquelas que dão à luz pela primeira vez, estão apreensivas quanto ao TP e parto, resultados adversos do mesmo e certas intervenções médicas. No entanto, rapidamente percebemos que estas valorizam o apoio e a confiança dos profissionais de saúde que são sensíveis às suas necessidades (OE, 2015).

Concluimos, portanto, que os profissionais de saúde devem apoiar as grávidas com início espontâneo de TP para que lhes seja proporcionado um parto de acordo com o processo reprodutivo natural, sem intervenções para encurtar a duração do TP, desde que a condição da mãe e do bebé seja tranquilizadora, haja dilatação uterina progressiva e a duração esteja dentro dos limites recomendados (OMS, 2018).

Vários são os estudos que nos demonstram que durante todo o TP a mulher necessita de suporte contínuo de alguém significativo, para que a sua experiência se torne mais positiva e gratificante. Além disso, a presença do acompanhante proporciona apoio e bem-estar físico e emocional da mulher; promove conforto, encorajamento e segurança contribuindo, assim, para a diminuição de sentimentos de solidão e ansiedade e dos níveis de *stress* inerentes ao nascimento (Santos, Tambellini, & Oliveira, 2011a). O apoio contínuo permite, ainda, aumentar a autoestima da mulher durante esta fase (Santos et al., 2011a). Por outro lado, as parturientes que não são acompanhadas durante o TP e parto por alguém significativo apresentam maior propensão para sentimentos de solidão e vulnerabilidade, mesmo na presença de profissionais de saúde. Nesta perspetiva, a presença de uma pessoa significativa é incorporada com o intuito de humanizar o processo inerente ao nascimento (Palinski, Souza, Silveira, Rejane, & Gualda, 2012). Também Dodou et al. (2014) descrevem que as parturientes que têm a possibilidade de escolher o acompanhante e estar acompanhadas durante o TP e parto vivem essa experiência de uma forma diferente quando comparadas com parturientes que passam pelo TP e parto sozinhas, somente com o apoio dos profissionais de saúde.

A OMS (2018) descreve os efeitos do suporte durante o TP, dos quais salientamos a diminuição da anestesia/analgesia regional, do parto vaginal instrumentado e cesariana e insatisfação ou experiência negativa do parto. No ciclo gravídico-puerperal, a família assume especial relevância, principalmente durante o TP, pois favorece a autonomia da mulher e direciona os cuidados a serem prestados, de acordo com as suas necessidades e expectativas (Moreira et al., 2009). Efetivamente, este envolvimento emocional por parte do acompanhante mereceu a nossa atenção pois, de acordo com as suas características e limites,

conseguimos incentivá-lo e envolvê-lo nos cuidados. Como revela a literatura, sabemos que não é só a parturiente que passa pelo processo de adaptação e ajuste emocional, também o futuro pai vivencia este processo. Este tipo de intervenções visam não só o desenvolvimento de competências no apoio à mulher enquanto parturiente, mas também fomentam a ligação pai-filho e a sua transição para a parentalidade (Coutinho et al., 2016). As mesmas autoras defendem, ainda, que quanto mais o acompanhante estiver envolvido nos cuidados e com o apoio emocional adequado, a sua experiência de TP será muito mais positiva e gratificante (Coutinho et al., 2016).

Passamos agora a fazer uma descrição mais pormenorizada do percurso das experiências do quotidiano. Já na sua box de parto, a parturiente vestia uma roupa confortável e, após estar numa posição cómoda, colocávamos-lhe um catéter de acesso venoso com uma agulha 18G ou 20G. Esta prática é comumente utilizada, uma vez que é essencial para a realização de fluidoterapia, antibioterapia ou alguma outra necessária. A fluidoterapia, intervenção resultante de prescrição, era efetuada regularmente. Porém, sempre que o TP estava numa fase muito precoce e se a parturiente não se encontrasse queixosa, protelávamos a sua administração, para assim, favorecer a possibilidade de a parturiente se movimentar e deambular livremente. Há autores que defendem que a fluidoterapia só deve ser utilizada a partir da fase ativa do TP (Ayres de Campos, Amaral, Mateus, & Faria, 2014). Efetivamente, as perspetivas tem vindo a mudar ao longo dos tempos. O jejum era justificado pela necessidade de numa situação emergente ser possível a realização de uma cesariana ou no decorrer da mesma, efetuar anestesia geral, prevenindo-se a ocorrência de bronco-aspiração (Porto et al., 2010). Ora, como a sua finalidade é hidratar pelo facto de a parturiente na maioria dos casos se encontrar em jejum, a OMS (2015) recomenda que o início de administração de fluidoterapia deve ser ponderada por potenciar sobrecarga de fluidos, diminuir a mobilidade materna e pelos custos inerentes. Todavia, como já foi referido, atualmente, esta necessidade de restrição de ingestão alimentar tem vindo a ser posta em causa, uma vez que com a administração profilática de antiácidos, antagonistas recetores de H₂ e/ou metoclopramida, o risco de bronco-aspiração é extremamente reduzido (Singata, Tranmer, & Gyte, 2013). Além disso, estes autores consideram ainda que a interrupção da ingestão de alimentos se constitui desagradável e pode influenciar negativamente a experiência de parto. O estudo de Dekker (2017) demonstra os benefícios da ingestão de uma refeição ligeira durante o TP, com o intuito de evitar a cetoacidose comum do jejum prolongado. Também a OMS (2018) recomenda a ingestão de líquidos e alimentos durante o TP. Já a ACOG (2017a) defende a ingestão de líquidos claros, evitando-se os alimentos sólidos. Concluimos, portanto, com base na

evidência científica mais atual, que a ingestão nutricional é um direito fundamental da mulher durante o TP. Ao longo do estágio, em algumas situações, foi dada uma refeição ligeira à grávida na fase latente e, quando na fase ativa, havia a possibilidade de ingestão de líquidos claros.

Durante a nossa prática e, tendo em conta o diagnóstico de enfermagem *Potencialidade para Processo de Trabalho de Parto*, foi imperativo a realização de determinadas atividades de vigilância materno-fetal, com vista à deteção precoce de alterações no bem-estar materno e fetal e acompanhar toda a evolução do TP.

A vigilância do bem-estar materno e fetal foi complementada através de CTG, de uma forma contínua ou intermitente. A monitorização contínua pode restringir intervenções benéficas durante o TP, como a mobilidade e alternância de posição (OMS, 2018). Ainda está associada a um aumento significativo de partos instrumentados e cesarianas (Alfirevic, Devane, Gyte, & Cuthbert, 2017). Aliás, os mesmos autores não encontraram benefício quanto à diminuição das taxas de mortalidade perinatal, *scores* diminuídos no índice de APGAR e acidose metabólica ou paralisia cerebral no RN quando utilizado CTG contínuo.

Apesar de não existirem benefícios na sua utilização, numa parturiente de baixo risco, existiam determinadas situações em que o CTG contínuo se justificava, nomeadamente em casos de pré-eclâmpsia, DG, indução do TP, hemorragia, anomalias genéticas, RCIU e LA tingido de mecónio. Atualmente, a alternativa mais aceite e considerada a mais segura é a monitorização intermitente (ACOG, 2017a). Esta, por sua vez, foi realizada durante 30 minutos aquando a admissão da parturiente no SU e de 2/2 horas no decorrer da fase latente, sempre que não se tratasse de uma indução do TP e na ausência de analgesia epidural, de acordo com o protocolo instituído no serviço, que vai de encontro às recomendações da NICE (2017). Assim, sempre que a tomada de decisão estivesse ao nosso alcance, a nossa atuação foi sempre agir de forma a que a mulher tivesse total liberdade de movimentos, possibilitando a deambulação e, sempre que necessário, o recurso a método não farmacológicos para alívio da dor. Esta forma de agir nem sempre foi fácil de gerir, pois, sempre que uma mulher era internada no BP, mesmo que ainda se encontrasse numa fase latente do TP, era preconizada a monitorização contínua. Percebemos as razões da preferência por esta prática, sendo esta para o recurso à ocitocina para acelerar o TP, o uso de analgesia epidural para alívio da dor e a fatores de risco associados ao TP (NICE, 2017).

A interpretação do traçado cardiotocográfico, ao longo do TP, constituiu uma intervenção de enfermagem autónoma e, como explicado no capítulo anterior, o traçado cardiotocográfico pode ser classificado como normal, suspeito ou patológico. Como estes conhecimentos técnico-científicos, fazem parte integrante das nossas competências, como

futura EESMO, procuramos fazer uma correta interpretação do CTG. Para esta interpretação tivemos em conta alguns dados clínicos, como por exemplo, a existência de hipertermia materna e presença ou não de RCIU (NICE, 2017). Perante um traçado suspeito ou patológico, que demonstrassem estar para além das nossas competências, era comunicada a situação à equipa médica para reavaliação da parturiente.

Perceber a progressão do TP, através do exame vaginal, foi outra intervenção desenvolvida. O exame vaginal permite-nos a colheita de inúmeros dados que possibilitam o reconhecimento da progressão do TP e a previsão do nascimento através das características da bacia materna e da compatibilidade feto-pélvica, integridade da bolsa amniótica, características da secreção vaginal e a estática fetal. Esta última confere informação quanto à atitude, postura assumida pelo feto no final da gravidez caracterizada pela flexão generalizada de todo o corpo, assumindo forma ovoide; situação, que se estabelece pela relação entre os maiores eixos materno e fetal – longitudinal, transversa e oblíqua; apresentação, determinada pela parte fetal identificável pelo toque e que tende a exteriorizar-se primeiro através do canal de parto – cefálica, pélvica e espádua; posição, que se estabelece pela relação entre o ponto de referência da apresentação com os lados direito ou esquerdo do canal de parto; e, por fim, a variedade, definida pela relação entre o ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, transversa ou posterior do canal de parto (Graça, 2017). A posição e variedade fetal nem sempre foram fáceis de avaliar, por um lado pela nossa inexperiência e, por outro, pela existência de uma bossa acentuada. Como em qualquer procedimento, foi com a prática, a repetição e apoio constante dos EESMO que vimos a nossa dificuldade inicial ultrapassada.

Como supracitado e para um real prognóstico do parto, foi de extrema importância o conhecimento das características da bacia, quanto aos diâmetros, de acordo com os estreitos superior, médio e inferior, e morfologia pélvica. De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2013) a forma da bacia importa mais que os seus diâmetros. O elemento dominante na determinação do tipo de bacia é fornecido pela porção posterior do estreito superior, limitada pelo diâmetro transversal máximo. Deste modo, a bacia pode ser ginecoide, antropoide, androide e platipeloide. De ressaltar que a bacia ginecoide, bacia normal feminina, apresenta melhor prognóstico para o parto vaginal (Montenegro & Rezende Filho, 2013). A raça, hábitos alimentares e de exercício físico e condições socioeconómicas são exemplo de fatores que influenciam a formação e desenvolvimento da pelve. A bacia apresenta uma fantástica capacidade móvel, capaz de acomodar o feto. No entanto, apesar das suas funcionalidades, fetos mal orientados no canal de parto potenciam TP mais demorados ou estacionários, partos instrumentados e cesarianas (Graça, 2017).

Para além disso, o exame vaginal possibilitou-nos, ainda, a determinação da dilatação e extinção do colo uterino no decorrer do TP. De facto, a progressão do TP estabelece-se pelo índice de *Bishop*, que avalia as características do colo uterino, e pelos planos de *Hodge*. Efetivamente, os planos de *Hodge*, planos da bacia, dão-nos informação relativa à descida da apresentação fetal. O primeiro plano refere-se à passagem entre bordo superior da sínfise púbica até ao promontório sagrado. Já o segundo plano compreende a passagem desde o bordo inferior da sínfise púbica até à 2ª/3ª vértebra sagrada. Por sua vez, o terceiro plano é traçado nas espinhas isquiáticas e o quarto plano termina na ponta do cóccix, fundindo-se com o assoalho pélvico (Graça, 2017).

Quanto à frequência da realização do toque vaginal, ainda não há consenso definido, contudo respeitamos a evidência que defende que durante a fase latente se deva realizar de 2 em 2 horas e na fase ativa de hora a hora (Ayres de Campos et al., 2014). Em contrapartida, a OMS (2018) propõe a realização de toque vaginal com intervalos de 4 horas, salvaguardando que, sempre que se justifique, se deva fazer no imediato. Advoga ainda, que a frequência dos exames vaginais depende do contexto de cuidados e progressão do TP, fundamentando que se deva encurtar o intervalo sempre que a condição materna ou fetal o exigirem. Recomenda, também, que devam ser evitados exames vaginais por vários profissionais na mesma altura e que haja uma restrição no número de toques executados, principalmente em situações que já existam outros fatores de risco de infeção, como por exemplo, rotura prolongada de membranas ou longa duração do TP (OMS, 2018). Face ao exposto, de acordo com o protocolo existente no serviço, realizávamos o exame vaginal sempre que necessário, em caso de rotura espontânea de membranas, amniotomia, presença de alteração no traçado cardiotocográfico, alteração da perceção da dor ou outro sinal mencionado, e de acordo também com evolução do TP.

Previamente ao toque vaginal, era essencial observarmos o partograma, com o intuito de perceber quando foi realizado o último exame vaginal e avaliar a necessidade de o fazer nesse momento. Antes de proceder à sua realização, explicávamos à parturiente em que consistia o procedimento e solicitávamos o seu consentimento. Em seguida, pedíamos à parturiente para se posicionar em decúbito dorsal e efetuávamos o exame vaginal. No final do procedimento, informávamos a parturiente/casal sobre a progressão do TP.

Este tipo de intervenção exige treino e sendo uma intervenção que requer alguma perícia e experiência, tornou-se ainda mais assustadora e no início a insegurança dominava. Porém, ao longo do estágio esta intervenção foi assumindo menos preocupação e devido à prática foi-se tornando cada vez mais fácil e rapidamente ultrapassamos essa dificuldade. Claro que a orientação e apoio da tutora e de todos os EESMO's foi fundamental. Foi

perceptível que, na sua maioria, os fetos se encontravam em apresentação cefálica, diferindo a posição e variedade entre eles. Com a progressão do TP é expectável que a cabeça do feto rode em direção à sínfise púbica até se atingir o menor diâmetro e, assim, favorecer a passagem ao longo do canal de parto. Também foi notório que quando o feto apresentava variedade anterior, a sua progressão ao longo do canal de parto é facilitada em contrapartida, em variedade posterior ou transversa o TP era mais demorado.

Antes e depois de cada toque, procedíamos aos cuidados de higiene perineais, com a finalidade de proporcionar conforto à mulher, que se encontrava no leito e que, pelo efeito da analgesia epidural que provocava entorpecimento dos membros inferiores (MI) que na maioria das vezes, a impossibilitava a ida à casa de banho. No entanto, sempre que a mulher ainda não tinha analgesia epidural incentivávamo-la a tomar um duche e a ir à casa de banho. É de referir que o conforto proporcionado não se refere somente ao alívio da dor, mas a todos os cuidados que respeitam a mulher e a sua singularidade.

Com o decorrer do TP, a mulher vai experienciando diferentes sensações “de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contracções do útero e à dilatação cervical” (ICN, 2019). Sabemos que esta difere de acordo com os diferentes períodos e, por este motivo, tornou-se necessário identificar o diagnóstico de *Dor de Trabalho de Parto*. Este foi um dos nossos grandes focos de atenção, uma vez que, e de acordo com Graça (2017), a dor não é benéfica para a grávida e para o feto; e a normal evolução do parto chega mesmo a ser afetada na presença de dor.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013), o bem-estar físico e emocional da parturiente durante o TP é conseguido através do alívio da dor, pelo que este deve ser um dos cuidados prioritários do EESMO, no sentido de proporcionar uma boa experiência de parto. De entre os benefícios destacamos o reforço da autonomia da parturiente, permitindo tanto à parturiente como ao seu acompanhante uma participação ativa durante o parto e nascimento (Hodnett et al., 2013). Uma situação agradável foi constatar que as sessões de preparação para o parto em meio aquático se mostraram benéficas, tal como se verifica no estudo de Rodriguez-Blanke et al. (2019a). Pudémos concluir que as mulheres que participaram num programa de exercícios em meio aquático apresentavam um melhor controlo da dor e um menor recurso a analgesia durante o TP.

Assim, perante um diagnóstico positivo de dor, tornou-se essencial promovermos estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, informando a mulher das várias opções disponíveis para que esta, atendendo às suas próprias características, pudesse escolher o método que mais se adequava a si (OE, 2015). Cada vez se defende mais o TP e parto menos medicalizados, desenvolvendo-se opções seguras e menos intervencionistas

para o alívio da dor (Barbieri, Henrique, Chors, Maia, & Gabrielloni, 2013). Assim, para dar resposta a esta necessidade de alívio da dor, existem os métodos não farmacológicos.

Efetivamente, muitos são os estudos que nos demonstram que o recurso a estes métodos traz inúmeros benefícios, no sentido em que promovem a diminuição dos níveis de ansiedade materna e atuam como coadjuvantes da fisiologia da posição vertical em relação à posição supina (Benfield et al., 2010; Silva, Oliveira, Silva, & Alvarenga, 2011). Também a OMS (2018), defende o recurso a este tipo de métodos durante o TP, salientando a utilização de técnicas de relaxamento, incluindo a massagem, exercícios respiratórios, musicoterapia, entre outras.

Sempre que possível, sobretudo na fase latente, priorizamos a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, destacando-se a verticalização e a deambulação. A aplicação desta última foi facilitada pela existência de um corredor no serviço destinado a este tipo de intervenção. Sabemos que a verticalização, pela força da gravidade, favorece o equilíbrio corporal, possibilita o encravamento e descida fetal e faz com que a cabeça fetal exerça pressão sobre a parte inferior do útero, despoletando o reflexo a nível do hipotálamo-hipófise. Por sua vez, este reflexo potencia a produção e libertação de ocitocina e a irrigação uterina e, consequente, aparecimento de contrações uterinas mais eficazes, com encurtamento no 1º estadio do TP (Ferrão & Zangão, 2017). Além disso, defendem que com o efeito da gravidade se verifica uma menor ocorrência de hipotensão materna pela não compressão da aorta abdominal e veia cava inferior, promovendo uma melhor oxigenação materna e fetal. Asseguradas estas condições, existe menor probabilidade de sofrimento fetal, melhores resultados ao nível de ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base do RN (Ferrão & Zangão, 2017). Também Lawrence et al. (2013), estudaram os efeitos da utilização de posições verticalizadas e a posição supina durante o 1º estadio de TP. Estes concluíram que com a verticalização e a deambulação, o TP era mais curto, havia um maior controlo da dor e, por conseguinte, um menor recurso a analgesia epidural, e uma menor possibilidade de parto instrumentado ou cesariana, bem como uma menor necessidade de cuidados neonatais. Já o mesmo não se verificou na utilização da posição de supina. De igual modo, a OMS (2018) recomenda a utilização de posições verticalizadas e a deambulação, pois estas permitem liberdade de movimentos, os quais contribuem para o encurtamento do TP nas nulíparas e a diminuição da taxa de partos distócicos. O aumento do risco de mortalidade perinatal não se verifica com o recurso a esta intervenção, pelo que a incentivamos, por se constituir uma estratégia acessível, económica e fácil de implementar. Pois, esta facilita o TP e potencia a sua fluidez, como referem Marques e Reynolds (2011). Estes autores defendem, ainda, que é essencial que a parturiente

apresente uma correta mobilidade pélvica para o encaixe apropriado do feto e tenha uma boa capacidade de resposta às contrações uterinas. Quando isto não se verifica, o TP e o nascimento poderão estar comprometidos. Nesta linha de pensamento, a imobilidade materna contribui para o aumento do número de distocias e risco de partos instrumentados, uma vez que prejudica a progressão ou descida fetal (Silva et al., 2011).

A evidência atual mostra-nos que a posição que a mulher assume durante o TP pode afetar as adaptações anatômicas e fisiológicas, contribuindo ou dificultando todo o processo, consoante a postura adotada. A posição vertical promove a diminuição da duração do TP e parto, o alívio da dor, uma melhor contratilidade uterina e ventilação pulmonar e facilita as trocas materno-fetal, diminuindo o risco de sofrimento fetal (RCM, 2012b). Além disso, o uso de qualquer posição vertical ou lateral, quando comparado com o uso de posições supina ou de litotomia, parece contribuir para a diminuição da primeira fase do TP, redução da necessidade de intervenção, diminuição da percepção do nível da dor e um menor padrão de anomalia dos batimentos cardíacos fetais (OMS, 2015). Ainda há estudos que nos indicam que, em posição vertical, a gravidade faz com que útero penda para frente, favorecendo o alinhamento do eixo axial fetal com o materno e, com isso, verifica-se o aumento do ângulo da passagem pélvica (Silva et al., 2011).

A deambulação constitui um excelente recurso terapêutico utilizado, com o intuito de reduzir a duração do TP, aproveitando o efeito da gravidade e da mobilidade pélvica que juntas, potenciam a coordenação miometrial e fazem aumentar a velocidade da dilatação cervical e descida fetal (Gallo et al., 2011). Pelo descrito na literatura, percebemos que mulheres que deambulam durante o período de TP apresentam melhoria na contratilidade uterina, diminuição da necessidade de uso de ocitocina e analgesia, menor frequência de parto vaginal instrumentado. Verificamos ainda que a duração do TP está intimamente relacionada com a deambulação feita na primeira, segunda e terceira hora de início da fase ativa do TP, isto porque, quanto mais as mulheres deambularem nestas primeiras três horas, maiores os benefícios percebidos na redução da duração do TP. Também a *The Royal College Of Midwives* (RCM, 2012b), revela que a deambulação durante o TP aumenta a tolerância à dor. A nossa abordagem passou pelo incentivo, sempre que possível, da adoção de posições mais verticais possíveis e, mesmo, à deambulação.

A bola *pilates*, também conhecida como bola suíça ou bola do nascimento também foi um ótimo recurso, uma vez que para além de potenciar a adoção da posição vertical, vai também permitir uma maior liberdade de movimento, com alternância de posições e mobilização pélvica (Silva et al., 2011). Zwelling (2010) e Gallo et al. (2011) descreveram o efeito do posicionamento materno durante o processo de TP e concluíram que o recurso à

bola de *Pilates* traz inúmeros benefícios, dos quais destacamos: o alívio da dor; a melhoria da circulação materno-fetal; o aumento da intensidade das contrações uterinas; a diminuição da duração do TP; o potenciar a descida e insinuação da apresentação fetal; e a diminuição de taxas de trauma perineal e episiotomia. Também verificamos que a realização de exercícios na bola durante o TP favorecem a correção da postura, o relaxamento e alongamento e a realização de exercícios ativos de anteversão e retroversão pélvica. Permitem, ainda, mudanças de posição, contribuindo para a participação ativa da mulher no momento do nascimento (Gallo et al., 2011; Silva et al., 2011). Foi, ainda possível constatar que a movimentação suave da pelve associada à ampliação da mesma, auxilia na descida da apresentação fetal no canal de parto (Silva et al., 2011). Podemos afirmar que esta estratégia se constituiu uma ótima intervenção, tendo sido implementada e incentivada durante o TP, dado os seus inúmeros benefícios no alívio da pressão perineal e descida e acomodação do pólo cefálico às estruturas maternas. Foi notório que o recurso a este método foi, sobretudo, por mulheres que desejavam um parto natural, com o mínimo de intervenção possível. No entanto, também mulheres com analgesia epidural, que mesmo com a mobilidade limitada pela monitorização CTG contínua, podiam levantar-se e utilizar a bola de *pilates* junto à cama.

O recurso à massagem foi outro método não farmacológico de alívio da dor encorajado. Esta pode ser definida pela estimulação sensorial através do toque e pela manipulação dos tecidos. Durante o TP, a massagem assume especial relevância, uma vez que para além de proporcionar alívio da dor e relaxamento, promove ainda a diminuição do *stress* emocional e ansiedade e o fluxo sanguíneo e oxigenação dos tecidos (Gallo et al., 2011; Simkin & Ancheta, 2011). Esta pode ser aplicada numa parte específica do corpo, onde a parturiente manifeste maior desconforto (Gallo et al., 2011). Podem utilizar-se óleos para promover o relaxamento, o conforto e bem-estar, pela libertação dos seus aromas e evitar um contacto rude (Balaskas, 2017). Um estudo realizado em 2018 por Smith et al. vem confirmar que a massagem favorece a diminuição da intensidade da dor durante o 1º estadio de TP e promove uma maior perceção de autocontrolo e maior satisfação com a experiência do parto

Efetivamente, a massagem foi concebida para ser feita com movimentos suaves, sem dor, estimulando a libertação de endorfinas, hormonas associadas à sensação de bem-estar (Balaskas, 2017). São inúmeras as técnicas de massagem existentes, desde um deslizamento superficial a um amassamento mais profundo, englobando movimentos circulares de fricção e pressão de forma rítmica (Gallo et al., 2011).

Por fim, os exercícios respiratórios são também considerados um método de alívio da dor. No entanto, apresentam outros benefícios, como a melhoria dos níveis de oxigenação

materna e fetal, o relaxamento, a diminuição da ansiedade e a diminuição da sensação dolorosa das contrações (Gallo et al., 2011). Ainda de acordo com os mesmos autores, a respiração contribui para o alívio da sensação dolorosa, uma vez que, durante a contração uterina, a mulher se encontra focada no controlo da respiração abstraindo-se, assim, da dor. As técnicas respiratórias potenciam o relaxamento muscular abdominal e, consequente, aumento do espaço livre, bem como a diminuição da fricção exercida entre o útero e a parede abdominal. Após a implementação de uma respiração diafragmática lenta e profunda, ocorre uma diminuição da intensidade da dor e aumento nos níveis de saturação de oxigénio durante e no intervalo das contrações uterinas (Gallo et al., 2011). Foi nesta perspetiva e tendo como referência a evidência científica, que na presença de uma contração uterina, incentivávamos a mulher a fazer este tipo de exercícios, ou seja, uma respiração torácica lenta, com inspiração e expiração profundas e longas. Assim, podemos afirmar que esta intervenção se tornou fulcral durante o TP.

Concluimos que o recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor podem ser uma mais valia, uma vez que permitem, como o próprio nome indica, o alívio da dor e potenciam o encravamento do pólo cefálico fetal, benéfico para o TP e parto. Estas estratégias devem ser sempre disponibilizadas a todas as mulheres em TP. Porém, verificamos que a maioria das mulheres em TP, no HPH, optava pela analgesia epidural mesmo que ainda não se encontrasse em fase ativa do TP. Sabemos que a escolha da mulher é condicionada por fatores pessoais e culturais e, sobretudo, pelas suas expectativas relativas ao TP e a dor percebida, embora a sua decisão possa ser influenciada pela dinâmica dos profissionais de saúde.

De acordo com a *American College of Obstetrician and Gynecologists*, a analgesia epidural deve ser administrada a partir do momento que a mulher manifeste vontade de o fazer, independentemente do estadio do TP em que se encontra (Olsen & Karjane, 2017). Embora sejam conhecidos os benefícios do parto não medicalizado, nem sempre se consegue uma correta gestão da dor e a aplicação de métodos não farmacológicos emergindo, assim, a necessidade do recurso à analgesia (Graça, 2017). A analgesia epidural constitui o método farmacológico mais eficaz no alívio da dor comparativamente à analgesia opióide (Anim-Somuah, Smyth, Cyna, & Cuthbert, 2018; OMS, 2018). Apesar dos benefícios, há estudos que nos demonstram que a analgesia epidural desencadeia complicações como a hipotensão, bloqueio motor, febre peri-parto e a retenção urinária. Também parece haver aumento da duração do 1º e 2º estadio do TP e maior necessidade de indução (Anim-Somuah et al., 2018; OMS, 2018). A analgesia epidural potencia ainda para um maior número de partos instrumentados (OMS, 2018).

Apesar da decisão e escolha sobre o tipo de estratégia para minimizar a dor não ser da nossa competência e defendermos que esta decisão e escolha deve ser da mulher/casal, sempre que a parturiente solicitava a analgesia epidural, contactávamos o anestesista para decidir se era o momento oportuno para proceder à colocação do cateter epidural. No sentido de prevenir a hipotensão materna, associada ao procedimento, colocávamos em perfusão um lactato de ringer. Seguidamente, procedíamos à respetiva preparação do material, ao posicionamento da mulher e, ainda, desenvolvidas intervenções com o intuito de capacitar a parturiente para o autocontrolo das contrações uterinas durante o procedimento. A maioria das parturientes ficavam com medicação, ropivacaína em bólus administrados sempre que o desejassem e com um intervalo de segurança. Somente em situações em que o TP estava ainda numa fase muito inicial era colocada analgesia epidural contínua. Nesse momento, o repouso no leito tornava-se necessário pelo bloqueio motor próprio deste tipo de medicação, bem como a monitorização do bem-estar materno e fetal através de CTG contínuo e avaliação da TA. Esta última, nos primeiros 15 minutos, era avaliada de 5 em 5 minutos e após este período espaçada a sua avaliação (NICE, 2017).

A eliminação urinária também constituiu um foco da nossa atenção, pois a retenção urinária é uma das consequências associada à medicação administrada por via epidural. Assim, ao fim de 2 horas, após a colocação do cateter epidural, se a grávida ainda não tivesse urinado, procedíamos à colocação de um cateter vesical que era mantido até ao período expulsivo. De referir que todas estas intervenções interferiam com a mobilidade da parturiente, tornando-se crucial a adequação das intervenções relativas ao alívio da dor e progressão do TP.

Durante a fase ativa, o desconforto percecionado e mencionado estava direcionado para a região suprapúbica, sagrada e perineal, pelo que a alternância de posições facilitadoras foram incentivadas pelos inúmeros benefícios que apresenta (Balaskas, 2017). Efetivamente, sempre que a sensibilidade dos MI se encontrava preservada e fosse o desejo da mulher, incentivávamos a adoção da posição de cócoras e sentada, uma vez que a abdução dos MI's potencia a abertura dos diâmetros pélvicos e favorece a descida da apresentação fetal. Por sua vez, a progressão do TP também era melhorada, dado que as contrações uterinas são mais eficazes e encontram-se aliadas à força da gravidade (Balaskas, 2017).

Também, nesta fase, incentivávamos a utilização da bola de pilates, com movimentos circulares da bacia de modo a favorecer o encaixe da apresentação fetal. Realizamos massagem e contrapressão lombar. A posição de quatro apoios foi outra posição realizada, uma vez que esta possibilita uma maior oxigenação fetal, através da distribuição do peso do

feto na região púbica, aliviando a pressão sobre a aorta e a veia cava. Para além disso, os movimentos rítmicos e giratórios da bacia potenciados por esta posição, contribuem para o posicionamento da apresentação fetal, favorecem a rotação da mesma, mesmo em casos de variedade posterior, e facilitam a sua progressão no canal de parto (Balaskas, 2017). Quando não se encontravam reunidas as condições para o levante, pelo bloqueio motor proporcionado pela analgesia epidural, a parturiente era colocada em posição lateral com os MI's fletidos com uma das pernas apoiada na perneira. Esta posição promove a assimetria dos estreitos da pelve e facilita a descida da apresentação fetal pelo aumento da amplitude no estreito inferior. Também na cama era possível adotar a posição de sentada com a elevação da cabeceira, de modo a potenciar a verticalização, aproveitando todos os benefícios que daí advém.

Os exercícios de relaxamento que conseguimos realizar foram imprescindíveis nesta fase, uma vez que vieram facilitar às parturientes uma melhor perceção do seu corpo, ajudando a reconhecer a diferença entre o relaxamento e a contração e, desta forma, contribuir para a evolução do TP (Gallo et al., 2011). O incentivo à promoção do relaxamento foi conseguida pelo encorajar da parturiente a adotar posições confortáveis e pela promoção de um ambiente acolhedor e tranquilo, com uma adequada temperatura e com uma iluminação ténue. O recurso à música também foi incentivado, visto ser uma forma de relaxamento e apresentar efeitos benéficos ao nível da ansiedade e perceção da dor (Smith et al., 2018).

O parto encontra-se envolto em sentimentos e emoções contraditórias; por um lado a alegria e a iminência de conhecer o filho, por outro a ansiedade, o medo e a preocupação com o vir a tornar-se mãe. A ansiedade e o medo, caraterísticos desta fase, potenciam uma maior secreção de catecolaminas, levando a um aumento da tensão muscular e, consequente, maior sensação de dor e menor eficácia das contrações uterinas, perturbando, assim, a evolução do TP (Graça, 2017).

Efetivamente, este tipo de sentimentos negativos estão, em regra geral, associados ao contexto hospitalar, uma vez que a mulher está num meio envolvente diferente do seu ambiente familiar e social. A nossa ação para promover a harmonia é preponderante para a experiência de parto, na medida em que podemos proporcionar à parturiente/casal o apoio emocional necessário durante todo o TP (ACOG, 2017a). De acordo com o mesmo autor, este apoio proporcionado pelo EESMO, contribui para o encurtamento do TP, menores taxas de analgesia epidural e cesarianas e para experiências mais positivas. A presença contínua e a escuta ativa foram duas intervenções potenciadoras do bem-estar emocional e de uma relação terapêutica, partindo do pressuposto que cada mulher é única e como tal,

procuramos sempre que as nossas intervenções fossem congruentes com as necessidades reais, de acordo com as manifestações da parturiente.

Apesar de termos reunido todos os esforços para criar e garantir as condições de modo a facilitar a progressão do TP, nem sempre se verificou a sua eficácia, havendo casos em que as alterações nos mecanismos e a dinâmica do TP contribuíram para a não progressão do TP para a fase seguinte. Quando isto acontece, estamos perante um caso de TP prolongado, sendo necessário o uso de intervenções facilitadoras da maturação e dilatação cervical. Neste momento, identificávamos o diagnóstico de *Processo de Trabalho de Parto Atrasado*.

Trabalho de Parto prolongado define-se como uma progressão lenta e anormal do TP resultante de contrações uterinas ineficazes, incompatibilidade feto-pélvica ou anomalias da apresentação fetal ou das estruturas ósseas. Esta situação acontece, maioritariamente, em nulíparas e encontra-se associada a maiores taxas de mortalidade e morbilidade materna e fetal, decorrente de infeções, rotura uterina ou intervenções cirúrgicas (OMS, 2018). Neste estágio, foi possível, ainda, observar os métodos utilizados para a maturação cervical, uso de prostaglandinas ou dilatação mecânica do colo uterino, através de uma sonda de *folley*. Este último foi observado somente numa parturiente, que queria muito um parto vaginal e tinha uma cesariana anterior. Os estudos demonstram que as mulheres com cesariana anterior apresentam maior risco de rotura uterina, em caso de indução do TP com métodos farmacológicos. Daí, o recurso a métodos mecânicos, como a sonda de *folley*, estar indicado nestes casos (Souza, Costa, Coutinho, Neto, & Amorim, 2010). O seu mecanismo de ação dá-se por ação mecânica e pela libertação de prostaglandinas decorrente da separação do córion da decídua (Vaan et al., 2019). Efetivamente, o uso da sonda de *folley* parece ter um efeito satisfatório na indução do TP, com uma menor ocorrência de hiperestimulação uterina, taquissístolia e rotura uterina, quando comparado ao uso de prostaglandinas (Souza et al., 2010; Vaan et al., 2019). Contudo, estão associadas a uma maior risco de infeção materna e fetal (Heinemann, Gillen, Sanchez-Ramos, & Kaunitz, 2008).

A indução do TP com recurso a ocitocina sintética, em perfusão, era realizada por decisão e prescrição médica, se o índice de *Bishop* fosse superior a 7, o que está de acordo com a perspetiva de Coutinho (2014b). Segundo a OMS (2018), não é recomendado o uso de ocitocina unicamente para prevenção do TP prolongado, pelo facto de ter efeitos adversos descritos, como a hiperestimulação uterina, cuja manifestação se traduz em taquissístolia, rotura uterina e hipóxia, defendendo a sua administração somente mediante diagnóstico de TP prolongado e na existência de uma dilatação cervical de 5cm.

A hiperestimulação uterina surge, maioritariamente, em casos de aceleração do TP, no entanto, pode também surgir em TP espontâneo. Esta complicação consiste na hipertonia uterina e/ou taquissistolia - ocorrência de mais de 5 contrações em 10 minutos num período superior a 20 minutos - com repercussões no bem-estar fetal. Ou seja, com a contratilidade excessiva, as trocas gasosas encontram-se comprometidas, uma vez que o intervalo entre contrações é reduzido não dando tempo suficiente para se efetuarem as trocas necessárias, pelo que se dá o aparecimento da hipoxia fetal (Ayres de Campos et al., 2014). Além disso, dada a necessidade de monitorização continua que esta intervenção implica, a limitação da mobilidade materna, assim como a sua autonomia e *empowerment* alteram-se.

A administração de ocitocina EV foi uma intervenção resultante de prescrição realizada, independentemente de se tratar ou não de um TP prolongado. Sempre que estivéssemos perante uma situação de hiperestimulação uterina ou verificássemos alterações no registo do CTG, suspendíamos a perfusão de ocitocina, a parturiente era posicionada em decúbito lateral esquerdo, mas era mantida a perfusão de fluidoterapia EV.

Caso não se verifica-se resposta positiva a estas intervenções e se mantivessem as alterações cardiotocográficas, era administrada, imediatamente, a tocolise aguda. A perfusão de salbutamol era comumente utilizada, dada a sua ação miometrial através da diminuição dos níveis de cálcio intracelular, permitindo um relaxamento efetivo do músculo uterino e, consequente, redução da frequência das contrações uterinas. Simultaneamente à administração deste fármaco, a monitorização da frequência cardíaca materna torna-se fundamental pelo risco de taquicardia. Importa ressaltar que em todos os casos em que foi necessário utilizar esta terapêutica, verificaram-se resultados positivos tanto na FCF, como na contratilidade uterina.

Outra intervenção resultante de prescrição foi a amniotomia, com vista a encurtar o tempo de TP. Apesar de ser uma prática utilizada, parece ainda não haver consenso quanto à sua aplicabilidade na progressão do TP. Alguns autores advogam que a amniotomia produz efeito benéfico na duração do TP, reduzindo-o. Afirmam, também, não haver qualquer impacto ao nível das taxas de cesariana, nem na morbilidade infantil (Majeed & Tariq, 2013). A sua etiologia mantém-se desconhecida, no entanto supõe-se que a amniotomia leva à produção de prostaglandinas e ocitocina que, juntamente, com o encurtamento das fibras miometriais provocado pela diminuição de LA, propiciam a eficácia das contrações uterinas e a dilatação cervical (Souza et al., 2010). Já Smyth *et al.* (2013) referem não haver qualquer relação entre a realização de amniotomia e o abreviar do TP e enfatizam a relação existente com o aumento do número de cesarianas. Por este motivo, tal como preconizado pela OMS (2018), os autores advertem que, por rotina, a amiotomia não deve ser realizada. Nesta

perspetiva, a amniotomia não é considerada um procedimento inócuo, já que à sua execução, estão associadas complicações, das quais se destacam: o prolapso do cordão umbilical, a compressão do pólo cefálico com repercussões na FCF, aumento do risco de infeção, embolia amniótica, perda sanguínea placentar e o desconforto materno (Souza et al., 2010). Porém, realizamos este procedimento, como uma intervenção resultante de prescrição, como já foi referido.

Antes da realização deste procedimento, há condições que têm de estar asseguradas como: a presença de TP em fase ativa, dilatação cervical superior a 5 cm, encravamento da apresentação fetal, no III plano de Hodge, de modo a minimizar o risco de prolapso do cordão, CTG tranquilizador e em caso de SBG positivo, devido ao risco de infeção, a necessidade de 4 tomas de ATB prévias (Souza et al., 2010; Smyth et al., 2013). Também há que ter em conta as contraindicações que impedem a realização da amniotomia, nomeadamente, num PPT, gravidez múltipla, HTA, DG ou HIV positivo (OMS, 2015).

Após a confirmação da não existência de condições que pudesse causar problemas, como em qualquer procedimento a realizar, antes da sua execução explicávamos, previamente, em que consistia e qual o intuito para a realização deste procedimento. Posteriormente, depois de ter dado toda a informação esclarecedora, pedíamos, de imediato, o consentimento à parturiente. Após a rotura de membranas, mantínhamos o toque e apoiávamos a apresentação fetal acompanhando a sua descida para garantirmos uma descida controlada e evitar o prolapso do cordão umbilical. Durante todo o procedimento, era mantida a monitorização CTG, com o intuito de detetar qualquer alteração resultante. Findo o procedimento, tivemos presente a intervenção Avaliar Líquido Amniótico e procedíamos aos registos. Nestes constavam a data e hora da rotura e as características do LA, quanto ao cheiro, cor e quantidade. Podemos afirmar que na maioria dos casos, o LA apresentava características normais. Porém, houveram casos em que o LA era esverdeado, indicador de presença de mecónio. Este dado, por si só, não é preditor de mal-estar fetal, no entanto, carece de atenção. Sempre que verificávamos LA tingido de mecónio, o médico era informado e a monitorização CTG mantinha-se.

As variadas intervenções capazes de acelerar o TP nem sempre se mostram eficazes, por não produzirem efeitos na dilatação cervical, na descida da apresentação fetal ou na progressão do TP. Nestes casos, e de acordo com a bibliografia existente, estamos perante um TP estacionário. O diagnóstico faz-se quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante, no mínimo, 4 horas com uma dilatação inferior 6 cm ou 2 horas numa dilatação superior 6 cm (DGS, 2015b). No entanto, a OMS (2018) vem refutar estas indicações, considerando que uma evolução de 1 cm/h durante o 1º estadio de TP é inadequada e não

pode ser norma para todas as mulheres. Como causas do TP estacionário destacamos as causas de natureza mecânica em que, tanto as condições fetais, como as estruturas maternas, impedem a descida da apresentação ao longo do canal de parto; e as causas de natureza dinâmica relativas à disfunção contrátil uterina (DGS, 2015b). Deste modo, após a avaliação, na presença de TP estacionário, de acordo com a decisão médica, a parturiente era preparada para uma cesariana emergente.

A febre intraparto foi outro foco da nossa atenção. Tivemos a oportunidade de verificar esta situação em várias mulheres que cuidamos ao longo do estágio.

Sabemos que esta é uma condição que afeta 6,9% a 33,2% das parturientes e caracteriza-se pelo aumento da temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ durante o TP. Frequentemente, a sua etiologia não é infecciosa e encontra-se associada a alguns fatores de risco como a nuliparidade, TP prolongado (> 12 horas), recurso à analgesia epidural, estado de hidratação, feto macrossômico e produção de calor endógeno, resultante das contrações uterinas e dos esforços expulsivos. A vigilância da temperatura corporal materna é fulcral durante o TP, uma vez que constituiu um valor preditivo dos *outcomes* materno-fetais (Diz, 2014). Efetivamente, a febre intraparto traduz-se em repercussões diretas na dinâmica das contrações uterinas, prolongamento do TP e concorre para o aumento de partos instrumentados e cesarianas. A nível neonatal, a febre intraparto influencia os índices de *Apgar* ao 1º e 5º minuto que se demonstram mais baixos, hipotonia, convulsões e encefalopatia.

2.3. Cuidar a mulher/casal no segundo estadio do trabalho de parto

Podemos afirmar, desde já, que ao longo deste processo de aprendizagem, este foi o período mais fascinante, mas ao mesmo tempo o que nos colocou maior desafio. Alguns sentimentos de ansiedade e preocupação acompanharam esta etapa, face à responsabilidade que íamos assumir, o risco e a incerteza que o momento inerente ao parto poderia implicar.

Quando a parturiente apresentava extinção e dilatação cervical completas, estávamos perante o 2º estadio do TP, período expulsivo, que termina com a expulsão do feto (Néné, Batista, & Marques, 2016). Relativamente a este estadio do TP, consideram-se duas fases, a fase latente onde, apesar da dilatação cervical estar completa, não se verifica contratilidade expulsiva involuntária; e a fase ativa, caracterizada pelo início dos esforços expulsivos, sucedendo-se a coroação da apresentação fetal e a expulsão do feto. É ainda na fase latente que se dá a acomodação progressiva da apresentação fetal às estruturas maternas (RCM, 2012a). A passagem do feto pelo canal de parto encontra-se envolto em seis movimentos essenciais: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a

extensão da cabeça, a rotação externa e a expulsão fetal (Graça, 2017). Esta progressão fetal revela-se essencial, uma vez que permite identificar a variedade e posição do pólo cefálico referente à bacia materna. Para isso, aquando do exame vaginal, pesquisávamos a fontanela posterior que serve de ponto de referência fetal.

Em todas as mulheres que tivemos oportunidade de vigiar e realizar o parto, a apresentação fetal era cefálica, com posições e variedades variáveis. Sabemos que existem várias formas de apresentação fetal cefálica, tais como: apresentação de vértice e occipito-posterior (bregmática) sendo que, também, podem surgir de frente ou de face. Verificamos que em variedades anteriores, a rotação era mais favorável enquanto que em variedades posteriores, os partos eram mais demorados.

Também a posição materna demonstra grande influência na acomodação fetal e encurtamento do 2º estadio do TP. As posições verticais ou laterais praticadas nesta fase demonstram um encurtamento significativo deste período, maior controlo da dor, menor taxa de partos instrumentados e episiotomias e, ainda, maior satisfação materna (RCM, 2012a). Apesar dos benefícios, estão descritas taxas superiores de lacerações de 2º grau e maior risco de hemorragia. Igualmente, a ACOG (2018a) defende a adoção deste tipo de posições em vez da posição de litotomia, pois estão associadas a menor ocorrência de partos instrumentados e episiotomias, no entanto, há um maior risco de lacerações de 2º grau.

A posição de litotomia é a mais comumente utilizada pelos profissionais de saúde. Contudo sabemos que esta apresenta efeitos adversos na evolução do TP, nomeadamente: compressão da artéria aorta e veia cava que pode conduzir a hipotensão e bradicardia materna; alteração de fluxos uteroplacentários e, consequente, diminuição da oxigenação fetal visível no traçado CTG; menor eficácia das contrações uterinas e, por conseguinte, esforços expulsivos menos efetivos; descida fetal dificultada, pela necessidade de vencer a curvatura pélvica; pressão insuficiente da cabeça fetal sobre o períneo, dificultando a sua distensão gradual; perda de autonomia no momento do parto; e ser considerada uma posição mais desconfortável e dolorosa para a parturiente (Mineiro, Rito, Cardoso, & Sousa, 2016). No entanto, o recurso a esta posição deve estar reservada somente a situações em que seja necessário realizar partos vaginais instrumentados (Graça, 2017).

No HPH, a adoção de posição verticais durante o período expulsivo é incentivada e utilizada, mesmo estando a mulher com CTG contínuo e fluidoterapia em curso, nomeadamente, a posição de cócoras, quatro apoios e sentada na cama com elevação da cabeceira. Somente quando a apresentação fetal se encontrava no III plano de *Hodge* é que a parturiente era colocada em posição de litotomia, posição esta preconizada pela instituição para a expulsão fetal. No entanto, durante o período de estágio, foi possível a realização de

um parto numa posição vertical, em que a mulher estava de joelhos na cama, com os braços apoiados à cabeceira da cama previamente elevada. Foi um momento gratificante, tanto para o casal como para nós, profissionais.

Perante a dilatação completa e a descida da apresentação fetal, dá-se início ao momento do parto. Nesta altura, procedíamos ao posicionamento da parturiente e à preparação de todo o material necessário. Em seguida, eram realizados os cuidados de higiene perineal e vulvar à parturiente. Posteriormente, efetuávamos a higienização das mãos e vestíamos o equipamento de proteção individual – touca, máscara, bata e luvas. Seguindo as normas asséticas, colocávamos as perneiras, o campo de parto por baixo das nádegas (bolsa nadegueira com saco coletor) e o campo esterilizado sobre o abdómen da parturiente para receber o RN. Na mesa de apoio ordenávamos todo o material cirúrgico necessário e, também, outro material como o *clamp* do cordão umbilical e compressas esterilizadas.

Este estadio do TP caracteriza-se, muitas vezes, por sensações de vulnerabilidade, ansiedade e medo. Deste modo, o nosso acompanhamento constante e o acompanhamento proporcionado pelo acompanhante são cruciais. Efetivamente, o EESMO assume um papel extremamente relevante no que se refere à promoção do conforto, comunicação, autocontrolo e empoderamento. Como complemento a estes cuidados e atendendo ao papel preponderante que o acompanhante assume durante esta fase, procurámos sempre garantir o seu envolvimento em todo o processo. Isto porque a pessoa significativa é capaz de promover a calma e segurança indispensáveis, apoiando a parturiente e proporcionando-lhe apoio físico e emocional (Souza & Gualda, 2016). Isto foi conseguido através do toque, segurar a mão, por exemplo, e o encorajamento verbal. É ainda neste momento que a parturiente se encontra mais suscetível ao tom de voz, à comunicação verbal e não-verbal, pelo que a realização das nossas intervenções foi ponderada.

Com a progressão da apresentação fetal pelo canal de parto, vai surgindo o estímulo involuntário do puxo, designado reflexo de *Ferguson*. Neste momento, surge a intervenção: assistir nos esforços expulsivos. O reflexo de *Ferguson* manifesta-se pela pressão exercida pela apresentação sobre os recetores da face posterior da vagina, promovendo a libertação de ocitocina (Graça, 2017). Ao sentir o seu corpo, a mulher é capaz de fazer um puxo mais eficaz. Todavia, esta perceção encontra-se diminuída pelo bloqueio neuronal promovido pela analgesia epidural, pelo que se torna necessário o recurso ao puxo dirigido. Este é conseguido através da manobra de *Valsalva* e origina compromisso na oxigenação fetal, diminui a funcionalidade dos músculos pélvicos, alonga a duração do 2º estadio de TP e diminui a satisfação materna com a experiência de parto. Ademais se acresce a não orientação do

puxo, pela falta de evidência existente neste âmbito e o facto de se defender que a mulher deve seguir as orientações do seu próprio corpo (RCM, 2012a). Efetivamente, a OMS (2018) defende que, no caso de parturientes sob analgesia epidural, o puxo deve ser protelado por 2 horas após a dilatação cervical completa para que a mulher apresente sensibilidade na zona perineal e, assim, seja capaz de efetuar um puxo espontâneo. Também há estudos que nos demonstram que o puxo espontâneo ou livre deve ser incentivado, pois contribui para a redução da fadiga materna, promove o autocontrolo e esforços expulsivos mais eficazes que, por sua vez, favorecem a diminuição das taxas de cesarianas e partos instrumentados (Kelly et al., 2010). Ainda que o puxo espontâneo esteja associado à diminuição do período expulsivo, a verdade é que ainda existem lacunas relativas aos *outcomes* maternos e fetais (Lemos et al., 2017). Por este motivo, a ACOG (2017a) sugere que o puxo deva ser feito de acordo com as preferências da parturiente e adaptado a cada contexto. Ao longo do estágio, encorajámos as parturientes a “ouvir” o seu próprio corpo e as sensações que dele advêm. Porém, tornou-se necessário ensinar-lhes sobre os diferentes tipos de puxo para que sejam elas a decidir o que é melhor para si.

Ao longo destes meses de estágio, houveram partos que decorreram sem recurso a analgesia epidural e em que o puxo espontâneo se demonstrou eficaz. Por outro lado, nos partos cujo as parturientes se encontravam sob analgesia epidural constatámos que os esforços expulsivos eram ineficazes, emergindo a necessidade de executar o puxo dirigido através da coordenação da respiração com os esforços expulsivos. Ainda neste estadió do TP era frequente a prescrição e administração de ocitocina EV, com o intuito de favorecer a contratilidade uterina.

À medida que a apresentação sofre o processo de modelagem ao longo do canal de parto, o períneo abaula-se e adquire uma forma ovóide, dando-se a coroação da cabeça fetal. É neste momento que a integridade do períneo se constitui essencial (Gráfico 3).

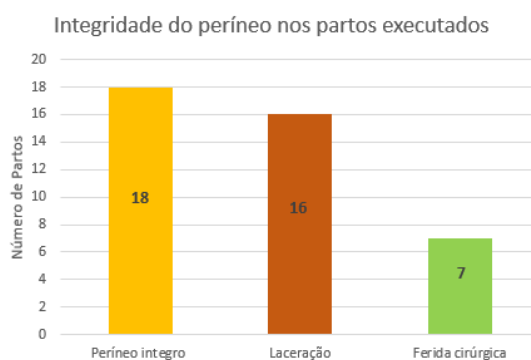


Gráfico 3: Integridade do períneo nos partos executados

As taxas de lacerações perineais parecem estar relacionadas com as características individuais de cada mulher e o local do parto. Quanto à sua classificação, as lacerações podem ser de quatro graus. Uma laceração de 1º grau corresponde à lesão superficial da pele vaginal ou perineal, enquanto de 2º grau abrange parte da musculatura pélvica (Elharmeel et al., 2011). Já numa laceração de 3º grau há atingimento parcial ou total das fibras do esfíncter anal externo e/ou interno e numa de 4º grau verifica-se, ainda, envolvimento da mucosa retal (Póvoas & Lisboa, 2014). Promover a integridade perineal foi conseguida pela redução da manipulação dos tecidos durante o 2º estadio de TP, pela adoção de posições verticais, por esforços expulsivos espontâneos e episiotomia seletiva (Fatia et al., 2016). Apesar de tentarmos proteger o assoalho pélvico, surgiram lacerações de 1º e 2º grau, não se tendo verificado lacerações de 3º e 4º grau.

Por outro lado, a episiotomia compreende a realização de uma incisão no períneo, com vista a facilitar a expulsão para benefício materno e fetal. De entre os benefícios maternos destacamos a diminuição do risco de trauma perineal, disfunção do assoalho pélvico e prolapsos, incontinência urinária e fetal e disfunção sexual (Montenegro & Rezende Filho, 2013). Contudo, há autores que contrapõem estes benefícios, afirmando não haver evidência que justifique a utilização da episiotomia para diminuir a frequência de lacerações perineais, incontinência urinária ou futuros prolapsos vaginais (Fatia & Tinoco, 2016). O momento adequado para executar a episiotomia será quando se verificar a distensão do períneo pela presença da apresentação fetal aquando da contração uterina. Se realizada precocemente, a perda hemática poderá ser considerável até ao momento da expulsão; caso realizada muito tardiamente, as lacerações mais graves não serão prevenidas (Cunningham, Leveno, Spong, Hauth, & Bloom, 2012). A episiotomia não se constitui um procedimento inócuo, pois contribui para o aparecimento de consequências a curto, médio e longo prazo para a mulher. A hemorragia, dor no pós-parto, infeção e deiscência da ferida cirúrgica, incontinência urinária, implicações na mobilidade e recuperação pós-parto são alguns dos exemplos. Para além disso, ainda há a possibilidade de ocorrência de dispareunia e a disfunção sexual até 18 meses após o parto, dificuldades na amamentação e vinculação com o RN e, ainda, possível aumento do risco de trauma perineal em partos subsequentes (Elharmeel et al., 2011). Apesar do descrito, há determinadas condições que justificam a realização de uma episiotomia como é o caso de partos vaginais distócicos, macrossomia fetal, distocia de ombros, apresentação pélvica, cicatrizes prévias que possam resultar em lacerações graves, sofrimento agudo fetal, rigidez perineal e/ou altura do períneo <3 cm (Fatia & Tinoco, 2016). As *guidelines* mais atuais propõem que a realização da episiotomia

deve ser ponderada, seletiva e individual, uma vez que a sua utilização rotineira é prejudicial para a mulher (OMS, 2018; ACOG, 2018a).

Deste modo, a observação do períneo durante o período expulsivo possibilita o controlo da velocidade de desprendimento do pólo fetal e dos acrómios, com vista a prevenir o trauma perineal, sem recurso a episiotomia (Fatia & Tinoco, 2016). Enquanto estudante e refletindo sobre a prática, podemos afirmar que, dos quarenta e um partos realizados, somente foram realizadas sete episiotomias. Diríamos que este procedimento se revestiu de dificuldade. No entanto, este constrangimento foi ultrapassado com a orientação da tutora, pelo incentivo à autoconfiança e autonomia e, rapidamente, conseguimos realizá-lo com êxito.

Quando realizada, a episiotomia foi, maioritariamente, no sentido mediolateral esquerdo, por apresentar menor risco de atingimento da mucosa anal, comparativamente à episiotomia mediana. Embora esteja associada a menor lesão das estruturas perineais, este tipo de episiotomia contribui para uma maior incidência de dor no pós-parto e maior perda sanguínea. Esta técnica reveste-se de cuidados necessários à sua execução, nomeadamente: administrar anestésico local na inexistência de analgesia epidural; inserir o dedo indicador e médio entre a apresentação e a parede vaginal, colocando a tesoura entre os mesmos; e efetuar o corte capaz de aliviar a resistência perineal, no momento de distensão do períneo, aquando da coroação, durante uma contração uterina partindo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática (Fatia & Tinoco, 2016).

Como vimos, no parto podem ocorrer lesões e traumatismos pélvicos e perineais, daí se tornar fundamental a realização de exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, com vista à sua diminuição durante o parto (Leon-Larios et al., 2017). Estes mesmos autores verificaram, no seu estudo, que após se completar um programa de exercícios em meio aquático, houve um aumento significativo da integridade do períneo após o parto (Leon-Larios et al., 2017). Também Rodriguez-Blanke *et al.* (2019a) chegaram às mesmas conclusões após a aplicação de um programa de exercício físico aquático especificamente desenvolvido para gestantes. Os autores confirmaram que as participantes do grupo experimental apresentaram uma taxa estatisticamente maior de períneo íntegro após o parto, cerca de 26,15%, enquanto as participantes do grupo de controlo obtiveram uma taxa de 3,12% (Rodríguez-Blanke et al., 2019a). Neste contexto, conseguimos perceber que as sessões de preparação para o parto em meio aquático disponibilizadas tiveram um grande impacto, pela forma como as parturientes verbalizavam um maior autocontrolo e, consequentemente, uma experiência de parto mais positiva.

Também as manobras facilitadoras da expulsão fetal apresentam efeito sobre a integridade do períneo. Existem várias técnicas e intervenções capazes de evitar a lesão perineal. Neste sentido, e apesar de não haver concordância de abordagens, pode optar-se por duas abordagens, *hands-off* ou *hands-on*. A primeira está relacionada com uma atitude expectante por parte do EESMO, sem qualquer contacto com o períneo ou cabeça fetal, somente após a expulsão espontânea dos ombros. Por outro lado, na segunda abordagem é feito suporte da cabeça fetal com uma mão, estando a outra mão a proteger o períneo. Para Aasheim et al. (2017), após comparação das duas abordagens, não verificaram diferenças significativas relativas à integridade do períneo. Já Antonakou (2017) defende que a utilização de manobras de *hands-on* atenuam a incidência de lacerações perineais, reduzindo em cerca de 23% as lacerações de 3º grau e em 71% as lacerações de 4º grau. Também a OMS (2018) recomenda que uma abordagem *hands-on* para proteção do períneo, pois o outro tipo de abordagem (*hands-off*) encontra-se associada a uma maior ocorrência de lacerações de 1º grau. Em todos os partos eutócicos realizados optamos pela abordagem *hands-on*, com tração controlada da cabeça fetal através da manobra de *Ritgen*. No momento do coroamento e expulsão fetal, colocávamos a mão direita sobre o períneo, com o intuito de o proteger; e a mão esquerda ajudava a desencravar as bossas parietais do feto e a controlar a saída da cabeça. Pretende-se, portanto, com o seu uso, a diminuição do diâmetro biparietal e evitar a deflexão súbita da cabeça fetal para uma maior proteção do períneo (MSSSI, 2014). Atendendo à literatura existente, sabemos também que esta manobra se encontra associada a uma menor incidência de trauma perineal (RCM, 2012b).

Após este momento, solicitávamos à parturiente que deixasse de puxar e, simultaneamente, verificávamos a existência de alguma circular do cordão umbilical em torno do pescoço do bebé. Em caso de existência de circular larga, o cordão era desenrolado à volta da cabeça ou para trás dos ombros e dávamos continuidade ao parto. Já na presença de uma circular apertada, dado o risco de asfixia, optamos por uma conduta interventiva com a laqueação do cordão à vulva. Seguidamente, aguardávamos pela restituição espontânea da cabeça fetal ou apoiávamos a sua rotação externa com as duas mãos assentes nos parietais. Imediatamente a seguir a esta rotação, procedíamos à exteriorização o ombro anterior, fazendo ligeira tração no sentido descendente. Para libertar o ombro posterior, colocávamos a mão direita no períneo, protegendo-o, e com a mão esquerda fazíamos tração no sentido ascendente, seguindo-se a exteriorização total do feto. Durante todo este processo, era mantida a monitorização, através do CTG, da FCF e das contrações uterinas para descartar possíveis sinais de sofrimento fetal (NICE, 2017). A constante preocupação em preservar a intimidade da parturiente e casal acompanhou os nossos cuidados, procurando-se sempre

tornar a experiência de parto o mais favorável possível e deixando que cada casal fosse protagonista do seu TP e parto. Imediatamente após a expulsão fetal, verificávamos a hora de nascimento para posterior registo e felicitávamos o casal.

A distocia de ombros constitui-se uma emergência obstétrica dadas as possíveis complicações maternas e neonatais, porém não tivemos nenhum caso ao longo do estágio.

A nossa atuação foi no sentido de facilitar a transição e promover o bem-estar da mulher/casal e família, neste acontecimento de vida, de acordo com a realidade sociocultural. Durante o período em que cuidamos, pudemos vigiar o desenvolvimento do TP, ajudar até ao culminar no parto e nascimento, um momento irreversível e marcante, já que muitos dos casais nos verbalizavam a concretização das suas expectativas, relacionadas com uma experiência positiva. Prosseguimos, também, ao longo deste percurso formativo, no sentido de promover a saúde da mulher, durante o TP, e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, de acordo os objetivos deste módulo de estágio.

2.4. Cuidar a mulher/casal no terceiro e quarto estadios do trabalho de parto

Após a expulsão do feto, sucede-se o terceiro estadio do TP. Nesse momento, colocávamos o RN sobre o abdómen da mãe para prestar os cuidados imediatos. As intervenções desenvolvidas passaram pela permeabilização da via aérea e estimulação tátil do dorso do RN, para permitir a mobilização das secreções e favorecer os primeiros movimentos respiratórios. Ainda, de forma a evitar a perda de calor, realizávamos uma secagem rápida do RN.

Com o RN ainda no abdómen da mãe, efetuávamos a clampagem do cordão umbilical. A laqueação poderia ser feita pelo acompanhante ou pela própria mulher, de acordo com as preferências manifestadas. O momento ideal ainda suscita alguma controvérsia, dada a maior incidência de icterícia neonatal e aparecimento da policitemia. No entanto, cada vez mais se defende a clampagem tardia do cordão, pois os benefícios sobrepõem-se aos potenciais riscos.

Neste sentido, a clampagem tardia é feita para permitir a transfusão placentária de sangue para o RN, promover uma melhor circulação transicional e volume de hemácias, aumento do peso e maiores reservas de ferro em lactentes aos 6 meses de idade (ACNM, 2014). Simultaneamente, diminui a necessidade de transfusões de sangue neonatais e diminui o risco de enterocolite necrosante, anemia por deficiência de ferro e hemorragia intraventricular. O seu atraso não se encontra associado a um risco aumentado de hemorragia materna pós-parto ou perda de sangue após o nascimento (ACOG, 2017b).

Atualmente, embora não exista um período de tempo padronizado, a OMS (2014) recomenda a clampagem do cordão 1 a 3 minutos após o nascimento, uma vez que é o tempo necessário para que o cordão pare de pulsar. Por sua vez, o *American College of Nurse-Midwives* (2014) sugere que se espere pelo menos 5 minutos para o RN de termo ou pelo menos 2 minutos para os RN de termo posicionados abaixo do nível da placenta e 30 a 60 segundos para RN pré-termo. No HPH, de acordo com o protocolo instituído clampávamos o cordão ao fim do 1º minuto de vida.

Após a clampagem do cordão, o RN era colocado no peito da mãe, em contacto pele-a-pele, durante alguns minutos, possibilitando o primeiro contacto físico e visual com o RN, no sentido de promover a *Ligação mãe/pai-filho*. Muitos são os autores que defendem que os primeiros 60 minutos após o nascimento são fundamentais para a mulher e o RN, designando-a de *Golden Hour* (“Hora de Ouro”) (Sharma, Sharma, & Shastri, 2017). Este é um momento de transição para o RN, que passa do meio intrauterino para o meio extrauterino. A primeira hora de vida requer, por parte do RN, uma rápida adaptação de múltiplos sistemas orgânicos, incluindo alterações pulmonares, circulatórias, metabólicas e hemodinâmicas (Morton & Brodsky, 2016). A Hora de Ouro assenta em três princípios: contacto pele-a-pele entre a mãe e RN; clampagem tardia do cordão umbilical; e aleitamento materno; os quais promovem o vínculo e a adaptação neonatal (King & Pinger, 2014; Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016). Quando aplicadas em simultâneo, estas intervenções promovem a termorregulação neonatal, previnem a hipoglicemia, diminuem os níveis de *stress* do RN, potenciam a vinculação mãe-RN e estimulam a amamentação (Phillips, 2013; Sharma et al., 2017). Quer a OMS, quer a *UNICEF’s Baby-Friendly Hospital Initiative* recomendam que todos os recém-nascidos saudáveis, incluindo aqueles nascidos por cesariana, devem ter contacto pele-a-pele imediato com as mães por pelo menos uma hora após o nascimento. Esta recomendação coincide também com as da *Healthy People 2020*, que visa o aumento do bem-estar das mulheres e RN através de um amplo conjunto de estratégias destinadas a melhorar os comportamentos de saúde pós-parto (U. S. Department of Health and Human Services, 2017).

De acordo com Lowson et al. (2015), a maioria das mães prefere realizar contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e aquelas que o fazem demonstram menores níveis de ansiedade no período pós-parto, sentindo-se mais confiantes nas competências parentais, quando comparadas com mulheres que não realizam contacto pele-a-pele. No entanto, sabemos que existem condições maternas específicas que podem tornar necessário adiar, modificar ou renunciar à Hora de Ouro, das quais se destacam: a extrema exaustão materna, administração recente de opióides provocando sonolência materna ou alteração do nível de

consciência, lacerações perineais extensas, hemorragia pós-parto e outras emergências maternas (Ferrarello & Hatfield, 2014; Redshaw, Hennegan, & Kruske, 2014). Sempre que a mãe estava temporariamente impossibilitada de participar na Hora de Ouro devido às condições acima referidas, incentivamos o pai a experienciar esta técnica do contacto pele-a-pele para promover a relação entre pai e RN. Efetivamente, um estudo realizado por Huang, Chen e Zhang (2019) indica as vantagens associadas a este contacto pele-a-pele realizado com o pai. Neste contexto, os RN que estiveram em contacto pele-a-pele com o pai apresentaram valores de frequência cardíaca e temperatura estáveis, aumento significativo da glicemia capilar e mostraram-se mais disponíveis para a amamentação (Huang et al., 2019). Concluímos, então, que o contacto pele-a-pele entre mãe/pai e RN é a melhor forma de adaptação do RN à vida extrauterina (Carvalho & Zangão, 2014).

Este terceiro estadio de TP é também designado de dequitação e caracteriza-se pela expulsão da placenta. Após o nascimento verifica-se uma diminuição súbita das dimensões uterinas que, juntamente com a contratilidade uterina, leva a uma redução significativa da área de implantação da placenta, sofrendo um espessamento. Esta tensão origina a rotura das vilosidades com formação de hematoma retroplacentar, levando ao deslocamento do revestimento basal e expulsão placentar (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com os mesmos autores, o súbito fluxo de sangue pela vulva, a elevação do útero no abdómen, a mudança da forma uterina de discoide para ovoide e a progressão do cordão umbilical para o exterior são indicativos da separação da placenta da parede uterina.

Para verificar a existência de descolamento da placenta, realizávamos a manobra de *Kustner*, colocando o bordo externo da mão no bordo superior da sínfise púbica, exercendo pressão na vertical em direção à coluna vertebral. A partir do momento que deixava de haver retração do cordão, efetuávamos tração controlada do mesmo, sem forçar para não originar inversão uterina ou rotura do cordão e, simultaneamente, incentivávamos os esforços expulsivos para facilitar a saída da placenta. Quando esta alcançava o intróito vaginal, realizávamos a manobra de *Dublin*, que consiste na execução de movimentos rotativos até à exteriorização completa da placenta e membranas. Importa ressaltar que, durante estágio, não existiram casos de retenção placentar ou de membranas fragmentadas.

À saída observávamos o tipo de mecanismo de expulsão placentar. Existem dois tipos de mecanismos, sendo o mais comumente observado, o mecanismo de *Schultze*. Este representa 75% dos casos e ocorre pela separação da zona mais central da placenta, formando-se um hematoma, somente expulso após saída completa da placenta. Primeiramente, observa-se a saída da face fetal e só depois se verifica alguma perda sanguínea. Por sua vez, o mecanismo de *Duncan* caracteriza-se pelo descolamento periférico

da placenta, destacando as membranas da parede uterina e descida lateral da placenta. Neste, é a superfície materna que surge em primeiro lugar acompanhada de direto e contínuo sangramento (Fatia & Tinoco, 2016).

De acordo com o protocolo instituído no HPH, após a dequitação, iniciávamos a perfusão de ocitocina EV, a 250ml/h, que se mantinha até ao final do período de hemostase. Posteriormente, procedíamos à palpação uterina para verificar a formação do globo de segurança de *Pinard* e avaliar a perda sanguínea. Esta intervenção reveste-se de enorme importância, uma vez que nesta fase podem surgir complicações como a atonia uterina (Fatia & Tinoco, 2016). Ao longo do estágio, foi possível identificar três casos de atonia uterina. A nossa intervenção, para além do vigiar, passou pela administração de terapêutica (misoprostol rectal) resultante de prescrição.

A dequitação apresenta alguns riscos associados, como o *Risco de Hemorragia Pós-Parto*. A hemorragia pós-parto (HPP) corresponde a uma perda sanguínea igual ou superior a 1000 ml ou perda sanguínea acompanhada de sinais e sintomas de hipovolémia nas 24 horas seguintes ao parto. Vários são os fatores que despoletam a HPP, dos quais se destacam a atonia uterina, traumas perineais, retenção placentar ou de produtos de concepção, placenta acreta, distúrbios da coagulação, inversão uterina e infeção. A HPP é referida como a principal causa de mortalidade materna a nível mundial (ACOG, 2017c). Este foi um período que exigiu uma vigilância constante, com vista à prevenção de complicações para a mulher. Uma vez presente o *Risco de Hemorragia Pós-Parto*, as nossas intervenções passaram pela gestão ativa deste terceiro estadio. Esta abordagem consiste na clampagem do cordão umbilical antes de este deixar de pulsar, administração de uterotónicos e tração controlada do cordão. De acordo com a evidência científica, uma atitude expectante acarreta maior risco de HPP, enquanto que na gestão ativa se verifica um menor risco de HPP e anemia no pós-parto (Begley et al., 2019). Também a OMS (2018) defende a administração de uterotónicos e a tração controlada do cordão, por se encontrar associada a uma menor perda sanguínea e encurtamento da duração do 3º estadio do TP. Quanto à massagem uterina, esta parece não prevenir a HPP, contribuindo somente para a gestão da HPP quando confirmado o diagnóstico (OMS, 2018). Intervindo ativamente, a dequitação deve acontecer num período de 30 minutos (Fatia & Tinoco, 2016).

Por fim, observávamos criteriosamente a placenta, membranas e cordão umbilical. Esta avaliação é fundamental, pois permite-nos detetar possível retenção de fragmentos placentares, os quais se encontram associados a quadros hemorrágicos e, mais tardiamente, desenvolvimento de infeção puerperal (ACOG, 2017c). Na placenta, observávamos o seu tamanho e forma, regularidade dos bordos, inserção e a integridade dos cotilédones, bem a

existência de cotilédones aberrantes. Ainda fazíamos a reconstrução da câmara amniótica e verificação dos dois folhetos constituintes – córion e amnião. O cordão umbilical também era observado quanto à sua inserção e comprimento, número de vasos existentes – 2 artérias e 1 veia –, presença de nós verdadeiros ou falsos e geleia de *Wharton* (Graça, 2017).

A inspeção do canal de parto também era realizada, avaliando-se as estruturas. Quando o períneo se encontrava íntegro, prestávamos cuidados de higiene perineal, deixando a puérpera confortável. No caso de se verificarem lacerações ou quando havia sido feita episiotomia, procedíamos à sua correção. O tipo de correção a efetuar está intimamente relacionado com o fio de sutura a selecionar. O fio de sutura utilizado era o *Vicryl Rapid 2.0* ou 3.0. Durante o estágio não ocorreram lacerações de 3º ou 4º grau, tendo sido corrigidas dezassete lacerações de 1º e 2º grau e realizadas sete episiorrafias. Antes de se iniciar o procedimento, inspecionávamos novamente o canal de parto e colocávamos um tamponamento para impedir a saída de sangue e facilitar a visualização dos tecidos. Além disso, ainda avaliávamos a necessidade de infiltração de analgesia. Iniciávamos, então, a sutura pela aproximação cuidadosa das diferentes camadas anatómicas, assegurando-nos que não ficavam espaços por suturar. Iniciada a sutura 1 cm acima do ápex da ferida, o primeiro plano a ser suturado era a mucosa vaginal realizando-se sutura contínua não cruzada até às carúnculas himeniais com aplicação de um nó corrido triplo a este nível. O encerramento da região muscular era feito com sutura contínua não cruzada no sentido descendente ou, por vezes, utilizados pontos separados e nó triplo. Por fim, o encerramento do tecido subcutâneo do períneo com a aplicação de pontos separados de *Donati* e nó triplo, em direção à vagina (sentido ascendente). De facto, Steen et al. (2016) defendem que para a correção da mucosa vaginal e camada muscular seja usada a sutura contínua não cruzada e a sutura intradérmica para a sutura da pele. Apesar de não termos tido a experiência de realizar qualquer sutura intradérmica, em contexto de estágio, o encerramento da pele com recurso a este tipo de sutura encontra-se recomendada por estar relacionada com uma menor intensidade de dor nos primeiros dias de puerpério, menor incidência de deiscência da ferida, menor necessidade de remoção de pontos, contribuindo para uma melhor satisfação da mulher. Pelos benefícios enumerados, é considerado por Ayres de Campos e Calado (2014) um método primordial para correção de lacerações do 2º grau e episiorrafias.

O período de hemostase, último período do TP, corresponde à primeira hora após a expulsão da placenta. Neste momento, a musculatura uterina mantém-se fortemente contraída, potenciando o tamponamento dos vasos sanguíneos que irrigavam a placenta e impedido uma hemorragia excessiva. Simultaneamente, dá-se a formação de um hematoma na região da ferida placentar. É expectável que a partir deste instante, o útero se encontre

bem contraído, completando assim o mecanismo de homeostasia (Fatia & Tinoco, 2016). Mais uma vez, fazíamos a palpação uterina para se verificar a presença do globo de segurança de *Pinard* e vigiar a perda sanguínea.

A adaptação do RN à vida extra-uterina constitui um foco da nossa atenção, pelo que a sua avaliação se torna relevante. Surge assim, o foco *Desenvolvimento Infantil* e foi ele que orientou as nossas intervenções de enfermagem. A avaliação da adaptação do RN à vida extra-uterina foi realizada após o nascimento e mediante o índice de *Apgar*. Este índice avalia cinco itens: frequência cardíaca; respiração; tônus muscular; coloração da pele; e irritabilidade reflexa, ao 1º, 5º e 10º minuto pós-parto. O *score* final é obtido pelo somatório da pontuação atribuída a cada item. O índice de *Apgar* é um bom preditor da necessidade de uma vigilância mais apertada, no entanto não deve ser utilizado para determinar a necessidade de reanimação nem mesmo prever problemas futuros (ACOG, 2015a). Também procedíamos à monitorização e registo do peso do RN, medição do perímetro cefálico e comprimento e à administração de vitamina K e aplicação da pomada oftálmica, conforme o protocolo institucional. Ainda desenvolvemos intervenções de acordo com os diagnósticos: *Risco de Infecção*, *Risco de Hipotermia* e *Risco de Aspiração*.

Como forma de prevenir o *Risco de Infecção*, os nossos cuidados passaram pela norma assética durante o TP e parto através da utilização de lençóis esterilizados e previamente aquecidos para limpar e envolver o RN. Também a aplicação da pomada oftálmica que visa a prevenção de infeções oculares (NICE, 2017).

O *Risco de Hipotermia* reveste-se de enorme importância principalmente nas primeiras horas de vida do RN. Assim, uma das nossas intervenções consistiu em manter os níveis de calor, uma vez que este é um elemento fundamental no bem-estar do RN. Por este motivo, após o contacto pele-a-pele e incluindo o pai nos cuidados, vestíamos o RN sob uma fonte de calor com roupas previamente aquecidas prevenindo-se, assim, a perda de calor. Em caso de hipotermia, sabemos que o RN recorre às suas reservas de glicose para se aquecer, pelo que se verifica a ocorrência de hipoglicemia e possíveis danos neurológicos. Fomentar o envolvimento do pai nos cuidados, contribui para uma maior proximidade e ligação pai-filho (NICE, 2017).

Pormover o aleitamento materno foi outra intervenção que consideramos fulcral. A *American Academy of Pediatrics* e *American College of Obstetricians and Gynecologists*, preconizam o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. Neste contexto, as mães foram incentivadas e motivadas para o aleitamento materno ainda na sala de partos, tendo sempre em conta a sua cultura, crenças, convicções e diversidade sociocultural. A primeira mamada foi realizada durante a primeira hora de vida

tal como é recomendado. Este desejo e incentivo à amamentação precoce deve ser incutido no período pré-natal pelo EESMO durante a realização da preparação para o parto, de modo a dar a conhecer à parturiente todos os benefícios implícitos ao aleitamento materno, permitindo que esta analise e tome as suas próprias decisões. Sabemos que esta abordagem confere autonomia e responsabilidade à mãe e, consequentemente, empoderamento no processo de amamentação (Boccolini, Carvalho, Oliveira, & Vasconcellos, 2011).

No decorrer de todo este processo, o contacto pele-a-pele entre o RN e a mãe, bem como a amamentação foram mantidos e incentivados. Posteriormente e depois de assegurados todos os cuidados essenciais, realizávamos todos os registos relativos ao TP e parto e respetivas intervenções de enfermagem. Duas horas decorrentes do parto e mantendo-se as condições de normalidade, a puérpera e o RN eram transferidos para o serviço de puerpério.

Ao longo deste módulo de estágio, pudemos ver e sentir como acontece o milagre da vida. Atingimos competências no âmbito do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a adaptação do RN à vida extra-uterina e tornar a experiência de parto mais positiva e gratificante.

3. TORNAR-SE MÃE E PAI: UM OLHAR SOBRE O PÓS-PARTO

O período pós-parto, também designado como puerpério, é um período em que a mulher vivencia mudanças e adaptações, caracterizado por múltiplas e complexas alterações que se sucedem rapidamente, tornando a mulher vulnerável não só pelos ajustamentos fisiológicos, alterações hormonais bruscas, fadiga, desconforto físico, como também, pela nova responsabilidade e inexperiência em cuidar do filho, consolidação da relação mãe/filho, relação conjugal e relacionamento familiar (Souza & Fernandes, 2014).

Tal, implica fazer face a um emaranhado de ajustamentos psicossociais que, neste confronto com novos desafios, faz emergir sentimentos de ansiedade e medo que podem influenciar negativamente o binómio mãe-filho (Gomes & Santos, 2017). Foi neste contexto que procurámos ser um agente facilitador destes ajustamentos, através da prestação de cuidados sensíveis ao período transacional que o casal está a vivenciar (Felgueiras & Graça, 2013).

O pós-parto, embora seja definido como um intervalo de seis semanas, vai desde o nascimento do RN até à normalização fisiológica, considerado, portanto, um período de tempo variável (Souza & Fernandes, 2014). O puerpério pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato referente às primeiras 24 horas pós-parto quando, normalmente, podem surgir algumas complicações; o puerpério precoce corresponde à primeira semana pós-parto; e o puerpério tardio até à sexta semana pós-parto, período em que se verifica uma completa involução uterina e regresso do ciclo menstrual (Graça, 2017).

A admissão da puérpera e RN no serviço de puerpério ocorria ao fim de duas horas pós-parto, após concluído o quarto estadio do TP. Habitualmente, após um parto vaginal, antes da chegada da parturiente e do RN ao serviço, recebíamos uma chamada telefónica do BP a transmitir informações sobre a puérpera e RN. Em caso de cesariana, quer feita no BP, quer no bloco central, o procedimento era um pouco diferente. Nestes casos, o serviço era contactado para que fossemos buscar a puérpera e, somente, aí é que éramos informados sobre o estado clínico da mulher e RN. Dados como a hora e tipo de parto, paridade, grupo sanguíneo, IG, ocorrência de RPM ou amniotomia (hora, líquido e necessidade ou não de fazer antibiótico), presença de ferida cirúrgica ou laceração, administração de antibioterapia em caso de SGB positivo ou desconhecido e alguma intercorrência decorrente do parto, eram transmitidos. Relativamente ao RN, era referido o género, índice de APGAR, peso, comprimento, presença de trânsitos e hora da primeira mamada.

Este é um serviço que, independentemente do tipo de parto, recebe todas as puérperas e RN de baixo risco. Relativamente ao tempo de permanência, este era influenciado pelo tipo de parto e estado de saúde materno e neonatal.

O HPH é um Hospital Amigo dos Bebés, que respeita as medidas definidas pela OMS e UNICEF. Pratica o alojamento conjunto, no qual se permite que mãe e RN permaneçam juntos 24 horas por dia. Esta medida permite que a puérpera se sinta mais confiante e competente nos cuidados ao RN, uma vez que este contacto constante faz com que seja a própria puérpera a satisfazer as necessidades manifestadas pelo RN. Por sua vez, na amamentação, verificam-se inúmeros benefícios como a frequência das mamadas e duração da amamentação exclusiva (Jaafar, Ho, & Lee, 2016). Paralelamente, “a ligação emocional entre pai e filho é determinante na transição para a paternidade e no desenvolvimento do bebé” (Nogueira & Ferreira, 2012, p.57). Neste contexto, o HPH permite que o pai/pessoa significativa possa permanecer durante 24 horas junto da puérpera e RN.

Apesar de este período envolver alterações fisiológicas e psicológicas na mulher, o companheiro pode e deve estar envolvido em todo o processo, para que a interiorização do papel de pai seja facilitada. Pretende-se que o papel parental deixe de estar exclusivamente relacionada com a mulher e o universo feminino e passe a abranger o “casal grávido” (Nogueira & Ferreira, 2012). Pois, a presença e envolvimento do pai em todo o processo de integração do novo membro da família e nos cuidados ao RN são essenciais, uma vez que facilita a interiorização do papel parental. Todos os estudos analisados são perentórios ao afirmar que a participação ativa e o envolvimento do pai são essenciais no estabelecimento da ligação emocional entre pai e filho. Representa, para este, a oportunidade de partilhar a experiência de nascimento com a sua companheira, como parte da sua vida conjugal, gerando sentimentos de maior intimidade e proximidade entre pai/mãe-filho.

Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, foi a finalidade que sustentou o desenvolvimento de competências, neste estágio, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido e apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade. Partimos do pressuposto que, somos responsáveis pela prevenção e deteção precoce de complicações, ao desenvolver atividades de vigilância. Somos também responsáveis pelo apoio ao casal no seu processo de transição para a parentalidade. Este período de estágio permitiu-nos o contacto com variadas realidades e vivenciar inúmeras experiências na prestação de cuidados especializados e culturalmente congruentes, ao cuidar a mulher/casal e RN no período pós-parto (Gráfico 4).

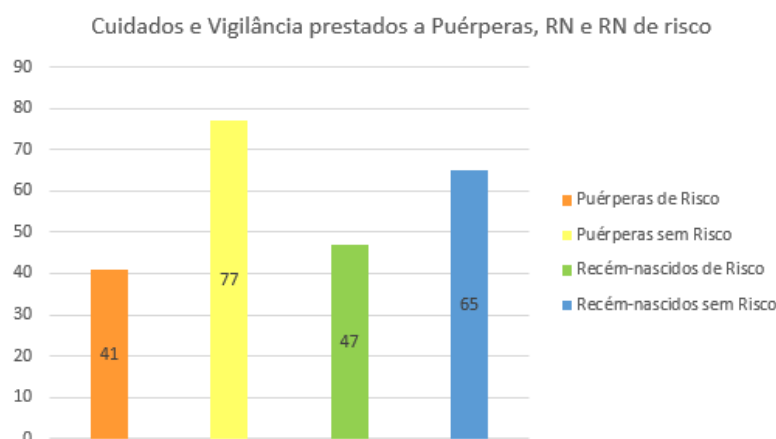


Gráfico 4: Cuidados e Vigilância prestados a Puérperas e Recém-nascidos

3.1. Acolhimento e avaliação inicial da puérpera e RN

Aquando da sua chegada ao internamento, a puérpera/casal eram recebidos de forma afetuosa, princípio imprescindível da prática de enfermagem. Tal como descrito anteriormente, o acolhimento parece influenciar a experiência de internamento da mulher/casal. Assim, primeiramente, procedíamos à nossa apresentação enquanto enfermeira e estudante do MESMO, seguindo-se a apresentação do serviço e respetivas dinâmicas, ou seja, rotinas, horário de visitas e a possibilidade de permanência do acompanhante/pessoa significativa ao longo de todo o internamento.

Findo este acolhimento, iniciávamos a colheita de dados e respetivo exame físico à puérpera. Quer à chegada, quer ao longo do internamento, procedíamos a uma avaliação cefalocaudal. Neste sentido e de acordo com o descrito na literatura, o exame físico feito à chegada incluía a monitorização dos cinco sinais vitais, com vista à avaliação do estado hemodinâmico. Adicionalmente, a verificação da coloração da pele e mucosas, isto porque a descoloração pode ser indicador de anemia ou possível hemorragia. Seguidamente, a observação das mamas quanto à sua consistência, formato e integridade dos mamilos, sensibilidade e presença de colostro. Passando para o abdómen, procedíamos à avaliação da contração e involução uterina e presença de globo vesical. Nesta fase, é expectável que o globo de segurança de *Pinard* permaneça formado, pela constante contração das fibras musculares uterinas e o fundo uterino palpado 2cm abaixo do umbigo. Além disso, em caso de cesariana, observávamos o penso da ferida cirúrgica. Já na região perineal avaliávamos a ferida perineal e as características dos lóquios (quantidade, cor e cheiro). Por fim, a avaliação dos MI's quanto à presença de edema (sinal de *Godet*) ou sinais de tromboembolismo (sinal de *Homan*). Simultaneamente, a puérpera tinha a oportunidade de falar sobre a sua experiência de parto e expressar as suas dúvidas/receios/desconfortos. Por fim, a avaliação

ao RN, em que também ela era realizada no sentido cefalocaudal. Iniciávamos pela observação da coloração da pele, sendo esperado uma coloração rosada com acrocianose nas extremidades, pela lenta circulação periférica. Na cabeça verificávamos a presença escoriações no couro cabeludo, cefalohematoma e/ou *caput succedaneum*, de modo a ser possível vigiar a sua regressão. No torác pretendíamos despistar sinais de dificuldade respiratória, como a retração do apêndice xifóide e tiragem intercostal. O coto umbilical também era observado quanto às suas características, bem como a região genital. Verificávamos, ainda, a presença da pulseira de identificação e pulseira anti rapto, explicando ao casal o seu significado e a sua importância.

Também consultávamos o processo clínico para confirmação de todos os dados. Isto permitia um vislumbre de toda história clínica e obstétrica da mesma. Dados referentes ao RN, como os seus dados antropométricos e a avaliação feita ao nascimento - presença de anomalias e/ou malformações, *vernix* caseoso, lanugo ou mancha mongólica, características das fontanelas e avaliação dos reflexos - eram igualmente verificados.

Neste serviço, para além da admissão de puérpera e RN, também admite grávidas com cesariana eletiva programada. Nestes casos, a grávida era internada na véspera da cesariana e, neste momento, procedíamos à sua avaliação inicial, apresentação do serviço e suas dinâmicas e à explicação do protocolo pré-operatório, prosseguindo com a avaliação inicial de acordo com os parâmetros já descritos em capítulos anteriores. Importa referir que quando a cesariana é realizada no bloco operatório, o RN não fica a acompanhar a mãe no recobro, pelo que éramos nós que o íamos buscar com o berço aquecido. Já no serviço, prestávamos todos os cuidados imediatos ao RN e colhíamos os dados para definir os diagnósticos de enfermagem e delinear as respetivas intervenções.

Tal como já referenciado a colheita de dados, bem como as atividades de vigilância do RN seguiam os mesmos trâmites que para os RN de parto normal como: o índice de APGAR, peso, comprimento e perímetro cefálico e características do RN. De acordo com o protocolo, administrávamos a vitamina K, aplicávamos a pomada oftalmológica e efetuávamos pesquisa de glicemia que era realizada novamente ao final da 1ª hora de vida. Enquanto esperava pela mãe, o RN fazia contacto pele-a-pele com o pai ou pessoa significativa que acompanhava a puérpera. Posteriormente, todos estes dados eram transcritos para o sistema informático.

3.2. Atividades de vigilância e promoção do autocuidado

Neste seguimento, o diagnóstico de *Risco de Complicações no Pós-Parto* formulado centrou-se na compreensão de sinais e sintomas de alerta e no desenvolvimento de

atividades de vigilância e intervenções preventivas. O *Bem-estar Materno* apresentou-se como um dos focos major do período do puerpério. Assim, as intervenções por nós adotadas foram direcionadas no sentido de identificar precocemente possíveis complicações, facilitar a recuperação do processo de parto e estimular a autocuidado, bem como promover o vínculo entre a mãe/pai e RN. Foram inúmeras as atividades de vigilância e de diagnóstico desenvolvidas, face aos focos de atenção identificados. Também as intervenções específicas às puérperas com patologia associada se encontram mencionadas ao longo do capítulo. É de referir que, atualmente, nos deparamos com internamentos cada vez mais curtos. O período de internamento da puérpera e do RN, foi habitualmente de 48 horas em partos eutócicos e distócicos por ventosa e de 72 horas em partos distócicos por cesariana, pelo que foi importante compreender as suas particularidades, de modo, a delinear estratégias facilitadoras e eficazes a cada caso para garantir a qualidade dos cuidados de forma a que, como EESMO, pudessemos ser o elo facilitador do processo de transição para a parentalidade.

Imediatamente após o parto, verificam-se alterações no sistema cardiovascular da puérpera. Com a súbita diminuição da pressão intra-abdominal, os vasos sanguíneos que irrigam o intestino sofrem dilatação, levando a estase venosa nas vísceras e, consequente, hipotensão ortostática no pós-parto. Efetivamente, os valores tensionais tendem a estabilizar ao fim de 24 horas pós-parto, no entanto, pode observar-se um ligeiro aumento na TA. Já durante a gravidez, a FC se encontra elevada, pelo aumento do débito cardíaco e o volume de ejeção, o que também se verifica nas primeiras 48 horas após o parto (Graça, 2017).

Após o parto, nas primeiras 72 horas subsequentes ocorre um ligeiro aumento da hemoglobina e do hematócrito causado pela perda aumentada de volume plasmático. Também se verifica o aumento do fibrinogénio e dos fatores de coagulação. Esta elevação da coagulabilidade juntamente com lesão vascular e imobilidade materna aumentam o *Risco de Tromboembolismo*. A sua incidência neste período é cinco vezes maior do que na gravidez (Graça, 2017). A literatura revela que a principal causa de morte materna em países desenvolvidos são os eventos tromboembólicos, como a trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Apesar do risco, ao longo do estágio, não foi presenciado qualquer evento crítico.

Face ao foco *Processo Vascular* identificado realizámos intervenções centradas em medidas preventivas, tais como: executar levante e mobilizar ativamente os MI. Assim, no exame físico que efetuámos nas primeiras horas após o parto, consideramos fundamental a avaliação do sinal de *Hoffman* através da dorsiflexão forçada do pé, bem como outros sinais

sugestivos de trombose venosa profunda. Como forma de prevenir o seu aparecimento, incentivávamos a puérpera a realizar mobilização ativa dos MI's e a deambular, visto ser apontada como uma medida preventiva face ao risco de tromboembolismo (Castán Mateo, Homs, Colás, & Colás, 2013; NICE, 2014).

O primeiro levante reveste-se de enorme importância, pois há maior risco de hipotensão ortostática provocada pela repentina diminuição da pressão intra-abdominal. Por este motivo, é um procedimento que requer o nosso acompanhamento e vigilância. Antes da sua execução, era fundamental a avaliação da sensibilidade dos MI's, já que em mulheres sujeitas a raqui anestesia ou anestesia epidural é mandatório que a sensibilidade esteja restabelecida e bloqueio motor desaparecido. Também a ingestão nutricional era tida em conta, isto porque permite que a puérpera recupere do esforço realizado durante o parto. Igualmente importante é a monitorização da TA, tanto antes do levante, como durante, permitindo estabelecer um padrão basal e compará-lo ao longo do procedimento.

O primeiro levante assistido fazia-se o mais precocemente possível e de forma gradual. Se parto vaginal, o levante era feito logo que a puérpera manifestasse vontade em fazê-lo, nas primeiras 6 horas; no caso de cesariana fazia-se ao final de 12 horas de acordo com o estado hemodinâmico e sintomatologia associada. Porém, apesar do repouso, são desde cedo incentivadas a realizar exercícios ativos dos MI's – hiperextensão dos joelhos, flexão e extensão das pernas e dorsiflexão e extensão dos pés, alternadamente - como forma de prevenção da tromboflebite. Este procedimento era iniciado pela elevação da cabeceira a 45 graus com respetiva avaliação da TA. De seguida, elevávamos mais um pouco a cabeceira, até aos 90 graus, com nova vigilância da TA. Na ausência de sintomatologia associada à hipotensão, incentivávamos a puérpera a sentar-se com as pernas pendentes na beira da cama havendo, mais uma vez a monitorização da TA. Caso não se verificasse nenhuma intercorrência e sob a nossa supervisão, incentivávamos a levantar e a deambular pois, para além da prevenção do risco vascular, usufruía de outros benefícios, como a promoção da involução uterina e expulsão dos lóquios, melhoria do funcionamento da bexiga, do intestino e circulação sanguínea (NICE, 2017).

Apesar da maioria das parturientes serem submetidas a analgesia epidural, a *Dor* foi um dos focos da nossa atenção que privilegiamos e monitorizamos ao longo do nosso processo formativo. Esta caracteriza-se por “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real” (OE, 2008, p.11). A presença de dor e desconforto pode ser percecionada em diferentes locais anatómicos, de acordo com o tipo de parto. Frequentemente, a dor perineal é a mais mencionada e, de facto, existe evidência que vêm corroborar este dado. Um estudo realizado por Francisco et al. (2011)

vem confirmar que cerca de 92% das mulheres evidenciam dor perineal no primeiro dia de pós-parto. Também afirmam que em casos de cesariana, a dor mais referida como sentida é a dor abdominal associada à presença de ferida cirúrgica nesse local. Acresce ainda, a dor músculo-esquelética, devido à posição durante o TP ou imobilidade prolongada; cefaleias, resultantes da redução dos níveis de estrogénio ou como reação adversa à analgesia epidural e, por fim, dor durante a amamentação, provocada pelo desconforto mamilar ou pelas próprias contrações uterinas.

A presença de dor acaba por interferir no exercício do papel parental, nomeadamente na prestação de cuidados ao RN e na amamentação. Também parece trazer repercussões nas atividades de autocuidado, afetando o padrão de sono/repouso, ingestão nutricional, mobilidade e eliminação vesical e intestinal (Francisco et al., 2011). A avaliação da dor tornou-se fulcral para o seu controlo, pelo que a encarámos como uma prioridade no âmbito das primeiras atividades de diagnóstico a realizar aquando da chegada da mulher ao serviço. Para a monitorização da dor era utilizada a escala numérica da dor, com vista à sua quantificação, para que assim pudéssemos ponderar o tipo de intervenção a realizar.

Na existência de dor perineal, o método farmacológico de alívio da dor passava pela administração de analgésicos e anti-inflamatórios por via oral ou EV. De acordo com o protocolado no serviço, o fármaco de eleição era o Paracetamol prescrito a horas fixas e, caso não se verificasse o alívio da dor, era dado o Ibuprofeno. Percebemos que a analgesia oral se constitui um método central no alívio da dor perineal, havendo mesmo evidência que nos mostra que a sua utilização reduz significativamente a dor (Peleckis, Francisco, & Oliveira, 2017).

Para além dos métodos farmacológicos de alívio da dor, existem ainda os métodos não farmacológicos. No puerpério, o método não farmacológico que mais utilizávamos era a crioterapia. De acordo com Peleckis et al. (2017), a aplicação de gelo nas 48 horas subsequentes ao parto veio comprovar que este método é bastante eficaz no alívio da dor. Percebemos também que a crioterapia produz efeitos ao nível do edema e do hematoma, diminuindo-os e com efeitos na regressão do processo inflamatório. Porém, de acordo com os mesmos autores, ainda não se pode afirmar com certeza a duração do efeito analgésico da aplicação de frio no períneo, o que dificulta o estabelecimento de um intervalo seguro entre aplicações. Apesar do descrito, aconselham que o intervalo entre aplicações seja duas vezes superior ao tempo de permanência do frio, isto porque intervalos pouco espaçados poderão originar efeitos adversos (Peleckis et al., 2017). Nunes e Vargens (2014) referem ainda que este método pode ser aplicado entre as primeiras 24 a 72 horas após o parto. Em

estágio, a aplicação de frio era feita durante 15 minutos e o intervalo entre aplicações definido com a mulher.

Outro desconforto comum e observado em algumas puérperas foi a presença de hemorroides. Numa fase subaguda e ao fim de 48 horas, é notório o alívio da dor e a regressão da trombose, pelo que o tratamento conservador é o eleito. Neste caso, a aplicação de crioterapia e pomada anti-hemorroidária; e, concomitantemente, a administração de analgesia e laxantes para amolecimento das fezes, como intervenção resultante de prescrição.

Também, em caso de cesariana, a dor abdominal perçecionada encontra-se associada à presença da ferida cirúrgica. Esta incisão da pele desencadeia a produção de substâncias nocetivas que atuam sobre os nociceptores periféricos que, por sua vez, conjugados com contração uterina, provocam a sensação dolorosa (Domke, Contreras-Domínguez, Contreras Chassin-Trubert, & Carbonell-Bellolio, 2018). No HPH, a puérpera permanecia com o cateter epidural até perfazer as quatro tomas de morfina protocoladas. Administrávamos a morfina de 12/12 horas, no entanto permanecia prescrita a ropivacaína em SOS. Paralelamente, era administrada analgesia oral protocolada, igual à ministrada após um parto vaginal.

A dor por contração uterina, comumente associada à amamentação, também foi muitas vezes mencionada. Efetivamente, com a estimulação da produção de ocitocina própria da amamentação, a contração uterina fica mais perceptível e, daí, haver maior desconforto associado. Surgiram ainda queixas como a sensibilidade mamilar, provocada pela presença de maceração ou fissura. A correção da pega efetuada pelo RN era uma prioridade, porém ainda instruíamos sobre a aplicação de colostro nos mamilos e aréola após as mamadas, as suas propriedades e a importância de deixar a mama ao ar, bem como a técnica de interrupção da sucção com o uso do dedo mindinho e a aplicação de lanolina. Posteriormente, serão abordadas as complicações da amamentação e respetiva prevenção.

Vigiar as mamas foi outra das intervenções que desenvolvemos e que consiste na avaliação da mama quanto à consistência e integridade. O leite é produzido nos lóbulos e, através de movimentos peristálticos, é transportado até ao mamilo pelos ductos. Quanto à sua forma, a mama pode apresentar-se como cónica, hemisférica, cilíndrica, discoide ou piriforme, não sendo o tamanho preditor da sua capacidade funcional (Órfão & Gouveia, 2009). Durante o internamento, foi perceptível a presença de mamilos macerados em algumas puérperas. A nossa intervenção foi no sentido de corrigir a pega que o RN fazia na mama e, ao mesmo tempo, explicar à mãe a importância de não fazer uma interrupção repentina da mamada, mas antes as vantagens de o fazer suavemente. A aplicação de umas gotas de

colostro na aréola e mamilo a seguir à mamada, já atrás mencionada, como forma de minimizar a dor pelos mamilos macerados, parece contribuir para a sua cicatrização e proteção, por este conter imunoglobulina secretora A que é responsável pela cicatrização e anticorpos que impedem a invasão vírica ou bacteriana. Dados estes benefícios, ensinamos à mãe que após a sua aplicação, deixasse secar ao ar e só posteriormente colocasse os arejadores de mamilo ou o *soutien* (Levy & Bértolo, 2012). Incentivamos, ainda, a aplicação de lanolina, por ser uma pomada com efeitos cicatrizantes. Apesar de muito utilizada, existe evidência que vem refutar esta prática, uma vez que não foi comprovada a eficácia da aplicação da lanolina e vitamina A na prevenção do trauma mamilar, mas antes que a utilização destas pomadas parece demonstrar maior eficácia no tratamento de fissura mamilar (Costa, Souza, Guimarães, & Vieira, 2013).

A higiene das mamas foi um tema que suscitou bastantes dúvidas às puérperas. Por este motivo, o ensinar sobre cuidados de higiene das mamas foi outra intervenção desenvolvida. A higiene das mamas deve ser feita uma vez por dia aquando da higiene corporal geral, não estando recomendado a lavagem das mesmas antes da cada mamada, pelo fato de serem eliminados os óleos protetores da pele e modificado o cheiro que o RN reconhece. Sabemos também que o uso de determinados produtos como sabão, álcool, loções, óleos e vaselina interferem com a lubrificação natural da pele, deixando-a mais predisposta ao aparecimento de fissuras (Costa et al., 2013).

Sempre que o internamento da puérpera ia para além dos três dias era, frequentemente, constatado desconforto e dificuldade inerentes à “subida” do leite. As mamas podem encontrar-se quentes, duras e pesadas, pelo aumento do aporte sanguíneo dos vasos nessa zona e pelo aumento do volume de leite produzido. Pode ainda verificar-se um ligeiro aumento de temperatura corporal, sem nunca se ultrapassar os 38°C. Apesar de não termos tido qualquer situação destas, geradora de desconforto, como medida preventiva, encorajávamos a puérpera a realizar um correto esvaziamento das mamas, para que não ficassem dolorosas, brilhantes e túrgidas, a fim de evitar o ingurgitamento mamário. A puérpera era incentivada a amamentar em regime de livre demanda e se necessário, antes da mamada aplicar compressas de água quente ou mesmo no chuveiro massajar a zona mais dolorosa. No final das mamadas era aconselhada a aplicar compressas frias ou gelo, repetindo-se este procedimentos nas mamadas seguintes.

Em síntese, o calor, quando aplicado na mama tensa ou ingurgitada favorece a vasodilatação, aumenta a circulação sanguínea, o que parece facilitar a libertação de leite. A aplicação de frio após cada mamada reveste-se de enorme importância, pois vai favorecer a vasoconstrição temporária e, conseqüentemente, menor fluxo sanguíneo, diminuição do

edema e drenagem linfática, levando assim a uma diminuição da produção de leite (Sousa, Haddad, Nakano, & Gomes, 2012). De acordo com estes autores, as mamadas em regime livre e a execução de uma boa pega e a extração manual de leite, podem ser outras das estratégias eficazes para o sucesso da amamentação.

O *Risco de Hemorragia* pode ser uma das complicações presentes no pós-parto e, como tal, tivemos como base atividades de vigilância que nos permitiram identificar a sua presença. A atonia uterina representa 90% das causas de HPP e, a nível mundial, é responsável por cerca de 25% das mortes maternas (OMS, 2014). Inicialmente, a contração uterina promove a hemóstase dos vasos presentes no local da ferida placentar e a involução uterina. Quando não ocorre esta contratilidade miometral, o sinus venoso e as arteríolas espiraladas não encerram e favorecem o aparecimento de hemorragia. Com vista à identificação precoce da atonia uterina após o parto, encontra-se recomendado a avaliação do tónus uterino através da palpação abdominal.

A palpação uterina constitui uma intervenção fundamental no que diz respeito à vigilância da contração uterina e determinação da altura uterina. Neste sentido, desenvolvemos intervenções como o vigiar a contração e involução uterina, avaliar a perda sanguínea e a ferida perineal. Importa ainda referir que existem alguns fatores que podem interferir com uma adequada involução uterina como é o caso da existência de retenção de fragmentos placentares, atonia uterina, infeção, traumatismo genital ou perineal e alterações de coagulação (Graça, 2017). Por este motivo, e por ser essencial para a identificação de possíveis alterações, realizávamos a palpação uterina uma vez por turno e antes do primeiro levante, como descrito no protocolo de serviço. Preferencialmente, realizava-se com a bexiga vazia, pois a dilatação vesical, pelo espaço abdominal que ocupa, empurra o útero para cima e desvia-o da linha média, interferindo com a sua contração. Posto isto, primeiramente, era fundamental verificar o esvaziamento da bexiga (Graça, 2017).

Por vezes, quando havia necessidade de estimular a contratilidade uterina, procedíamos à massagem do fundo uterino, isto porque esta permite a libertação de prostaglandinas, promotoras da contração uterina. Embora não exista muita evidência que dê suporte a esta prática na prevenção da HPP, a OMS (2014) defende que este tipo de massagem propicia a expulsão de coágulos e, quando conjugada com uma constante avaliação do tónus uterino, possibilita o diagnóstico precoce e a prevenção da atonia uterina.

No pós-parto imediato, sempre que se verifique a persistência de lóquios hemáticos em quantidade abundante pode ser indicador de retenção de restos placentares ou lacerações vaginais que necessitem de nova avaliação. Neste sentido, torna-se fulcral a

avaliação da perda sanguínea, podendo também ser feita através da avaliação da saturação do penso higiênico por um período de duas horas. Era considerada perda escassa quando a perda era inferior a 2,5 cm; moderada se inferior a 10 cm; e abundante se penso saturado ou perda superior a 10 cm (Lowdermilk et al., 2013).

No HPH, de modo a facilitar a contração uterina e a prevenir a HPP, procedíamos à administração de ocitocina EV, intervenção resultante de precisão. O que se encontra instituído é a administração de 20 UI, ministrando-se 10UI em cada soro de 1000ml. Todavia, a OMS (2018) com vista à prevenção da HPP, recomenda a administração somente de 10 UI de ocitocina EV ou IM, tanto após um parto vaginal, como após uma cesariana.

No momento da avaliação, procedíamos aos cuidados de higiene perineal e conforto, caso a puérpera por alguma razão permanecesse em repouso. Aproveitando este momento, também instruíamos sobre a higiene íntima diária e frequência da mudança do penso higiênico. Relativamente à frequência da higiene perineal, ainda não existe congruência na evidência existente, porém a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012) defende que, no puerpério imediato, os cuidados devem ser feitos com maior frequência, entre uma a três vezes/dia. Deve ser feita com água corrente e um agente de limpeza adequado, contendo propriedades como a dermo compatibilidade com a mucosa, não alterar o manto lípido da mesma, manter um pH ligeiramente ácido, capacidade espumante e ter ação desodorizante e refrescante. Para secar, evitar esfregar e secar com pressão (SPG, 2012). Já a OE (2011) refere que após o parto, os cuidados de higiene perineais devem incluir a limpeza com água e produtos específicos de higiene íntima, sempre após cada micção ou dejeção e no sentido ântero-posterior, a fim de se evitar a contaminação da região vulvar pela presença de bactérias próprias da flora intestinal. Quem também defende esta prática é a *South Australian Perinatal Practice Guideline* (Department for Health and Ageing of Australia, 2014). Na nossa prática, incentivávamos os cuidados perineais de manhã e à noite e depois de cada dejeção. Ainda, recomendávamos que a mudança do penso higiênico devia ser realizada frequentemente, sempre que o mesmo esteja húmido, para manter o períneo seco, de forma a impedir a infeção local, principalmente, na presença de ferida cirúrgica. Neste sentido, capacitamos a puérpera a trocar o penso regularmente.

A vigilância da ferida perineal e intervenções com vista à prevenção de complicações, como o ensino sobre autocuidado e incentivo à autovigilância, fizeram parte integrante do nosso quotidiano neste módulo de estágio. Algumas mulheres podem evidenciar algum tipo de trauma perineal, tanto sob a forma de lacerações e/ou ferida cirúrgica, como sob a forma de edema ou equimose. Daí a importância relevante que podem assumir as nossas intervenções, já que permitem a avaliação do processo cicatricial e a identificação de

possíveis sinais de infecção (Bick & Bassett, 2013). Durante o puerpério, a infecção perineal pode surgir, pelo que a sua deteção precoce constitui uma das nossas competências. À nossa intervenção, vigiar ferida perineal, que era feita 1x por turno, associamos a monitorização da temperatura corporal, o ensino sobre o autocuidado e incentivo à autovigilância de sinais de infecção local, nomeadamente: dor, rubor, calor e presença de secreção vaginal purulenta. Neste sentido, a consciencialização e o conhecimento das puérperas sobre estes sinais são importantes para que, após o regresso a casa, os saibam identificar e procurem assistência médica atempadamente.

A cesariana, por ser um procedimento cirúrgico invasivo, acarreta um maior número de complicações comparativamente ao parto vaginal (Zimmermann et al., 2009; Medeiros & Souza, 2010). Também entre as possíveis complicações maternas destacamos a infecção da ferida cirúrgica, cujo risco é três vezes superior ao verificado num parto vaginal (Mascarello, Horta, & Silveira, 2017). Face ao risco, as intervenções de enfermagem visam, essencialmente, a prevenção dessas mesmas complicações, incluindo-se a monitorização dos sinais vitais, tratamento adequado à ferida cirúrgica e, ainda, os sinais manifestados pela puérpera (Duarte et al., 2014). O penso da ferida cirúrgica era observado em todos os turnos. O tratamento à ferida cirúrgica era feito apenas no dia da alta, a não ser que a puérpera demonstrasse algum sinal de desconforto na zona da ferida cirúrgica ou o penso ficasse extremamente repassado, mais de 50%. Bullough et al. (2014) enaltecem a importância de a ferida cirúrgica estar protegida com penso, uma vez que no primeiro dia após a cesariana, ainda não se verifica restauração suficiente da função protetora da camada bacteriana da pele contra infeções. Este permite, ainda, a visualização da pele circundante à ferida e o restabelecimento da mobilidade, pela moldagem ao corpo proporcionada.

Em mulheres obesas, por apresentarem maior risco de infecção era utilizado o penso de pressão negativa com efeitos na diminuição deste risco (Wloch et al., 2012; Bullough et al., 2014). Devido aos seus benefícios, em mulheres submetidas a cesariana com um IMC superior a 30Kg/m² aplicava-se o penso PICO. Este penso é um dispositivo de utilização única ultraportátil e de fácil manuseamento, capaz de oferecer todas as vantagens de um sistema de terapia de pressão negativa. O dispositivo é composto por uma mini bomba que aplica uma pressão negativa de – 80mmHg, contendo uma estrutura que permite que a pressão negativa se distribua uniformemente em toda a superfície do penso. A absorção gerada pela bomba cria uma corrente de exsudado na direção da porta. O exsudado é, assim, absorvido e retido pelo material no interior do penso (SMITH & NEPHEW MEDICAL LIMITED, 2019).

Ao longo do internamento, para além da vigilância, fizemos ensinamentos relativos aos cuidados a ter, a contenção da ferida aquando do levante por exemplo, bem como sinais e sintomas passíveis de assistência médica.

No pós-parto, a *Retenção Urinária* encontra-se muitas vezes presente no puerpério imediato. Há estudos que demonstram uma incidência de 8,1%, correlacionando-a com fatores como a duração aumentada do 2º estágio do TP e macrosomia fetal (Cavkaytar et al., 2014). Para a Auckland District Health Board (2017), são fatores de risco, TP prolongados, analgesia epidural, trauma perineal, partos instrumentado e cesarianas, dor perineal, obstipação ou macrosomia fetal. Também pela exposição repetida a anestésicos, compressão uterina e desalgiação, as puérperas encontravam-se sob o *Risco de Retenção Urinária*. Pois, devido às alterações hormonais dos níveis de estrogénios que diminuem e com o aumento da progesterona, verifica-se o relaxamento da musculatura lisa e, consequentemente, o relaxamento e diminuição do tônus de contratilidade da bexiga. Esta hipotonia e o decréscimo da pressão intra-abdominal provocam o aumento da capacidade vesical da bexiga, sendo capaz de atingir os 1500ml. Simultaneamente, a existência de traumatismos pélvicos, como lacerações, edemas ou feridas cirúrgicas e os efeitos da analgesia parecem estar associadas à diminuição do reflexo de micção (Graça, 2017). Se, ao fim de quatro horas, não se verifica-se 1ª micção espontânea, eram desenvolvidas medidas promotoras de estimulação urinária: promover a deambulação; colocar as mãos em água fria; passar uma compressa com água quente na região suprapúbica ou deixar a água a correr enquanto urina. Caso nenhuma destas medidas resultasse, em último caso, procedíamos à cateterização para esvaziamento vesical.

Outra manifestação presente era a incontinência urinária. Esta acomete cerca de 34-38% das puérperas nos três primeiros meses após o parto (Assis et al., 2013). O seu aparecimento encontra-se associado às alterações hormonais existentes desde a gravidez, alterações anatómicas do ângulo uretrovesical, diminuição do tônus muscular do assoalho pélvico, traumatismos perineais e pressão exercida pelo útero gravídico nos tecidos musculares e conjuntivos (Graça, 2017). Também a multiparidade, IG elevada e a obstipação são outros fatores de risco (Leroy, Lúcio, & Lopes, 2016). Quanto maior a IG, maior a duração e a sobrecarga nas estruturas de suspensão e sustentação pélvica. Por outro lado, a obstipação origina tensão e sobrecarga sobre o períneo.

A incontinência urinária pode trazer implicações na vida da mulher ao nível da autoestima, sexualidade e nas atividades de vida diária. Instruir sobre os exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico foi uma das intervenções desenvolvidas. Alguns estudos comprovam a eficácia destes exercícios, tanto no tratamento, como na

prevenção da incontinência urinária (Moroni, Magnani, Haddad, Castro, & Brito, 2016). A importância do ensino sobre os exercícios de *Kegel* no internamento e na preparação para a alta são considerados essenciais, por atenderem às limitações inerentes próprias deste período.

Foi possível constatar que praticamente todas as mulheres haviam frequentado cursos de preparação para o parto e, como tal, reconheciam nestes exercícios a importância da sua realização. Ainda foi perceptível a sua vontade e disponibilidade para continuar a praticar os mesmos.

No puerpério imediato, a eliminação intestinal da mulher pode estar alterada, verificando-se que 41,8% sofrem de obstipação, podendo esta prolongar-se até aos três meses após o parto (Turawa, Musekiwa, & Rohwer, 2014). Face à possibilidade de *Risco de Obstipação* impõe-se a sua vigilância. O relaxamento do músculo liso intestinal, provocado pela diminuição do peristaltismo, dificulta a progressão das fezes e sua expulsão. A recuperação do tônus muscular é gradual e tem início após o parto, pelo que é expectável que ao fim de dois a três dias haja o restabelecimento do padrão intestinal (Graça, 2017). Além da progesterona, também a suplementação de ferro durante a gravidez, o jejum no TP, a analgesia intraparto, TP prolongado, partos instrumentados são alguns dos fatores que favorecem o aparecimento de obstipação (Turawa et al., 2014). Também a dor associada à ferida perineal parece contribuir para o comprometimento da expulsão do conteúdo fecal, dado o seu receio em evacuar (Cesar, Leite, Muniz, & Ortiz, 2011). Para minimizar os efeitos da obstipação, incentivamos a uma adequada hidratação oral, uma dieta rica em fibras e, de acordo com prescrição médica, a administração de analgesia oral e laxantes até ao restabelecimento do trânsito intestinal.

Quanto às disfunções do assoalho pélvico, está descrito que a manipulação do períneo durante o parto, episiotomia ou traumas que abrangem diretamente o esfíncter anal e neuropatias do nervo podendo se pode encontrar intimamente associados ao risco de incontinência fecal no pós-parto (Cesar et al., 2011). Apesar desta complicação ser possível em algumas situações, ao longo do estágio, não se verificou qualquer caso de incontinência fecal.

Após o nascimento de um filho, umas das grandes decisões a ser tomada pela mulher prende-se com a vontade ou não de amamentar. A mulher pode ter inúmeras razões (físicas, psicológicas ou culturais) que condicionem a sua decisão. Cabendo-lhe única e exclusivamente essa decisão e, como tal, deve ser respeitada. Deste modo, cabe-nos aqui, nesta área como nas restantes, continuar a desenvolver práticas emancipatórias no sentido

de disponibilizar toda a informação para que a mulher seja capaz de tomar uma decisão consciente e informada.

O puerpério é caracterizado por um período intenso de emoções e encontra-se associado a grande labilidade emocional, principalmente, nas primeiras 24-48 horas pós-parto. Por si só, a amamentação desperta sentimentos de insegurança, ansiedade, angústia, diminuição da autoconfiança e autoestima. Estes sentimentos parecem estar diretamente relacionados com a alteração da lactação pela ativação de mecanismos psicossomáticos específicos. Neste contexto, conscientes desta situação, os nossos cuidados assumiram um papel fulcral pois, para além de dotarmos a mulher de conhecimentos e capacidades, procuramos assegurar apoio emocional de acordo com as suas necessidades como pessoa, de forma a que vissem nos nossos cuidados um reforço positivo.

Quanto aos conhecimentos sobre a amamentação, foi notório que muitas mulheres apresentavam défice de conhecimento, nomeadamente associado às características do leite e critérios para decidir oferecer uma ou as duas mamas na mesma mamada, sinais de boa pega, sinais de ingestão nutricional suficiente, estratégias de estimulação do RN, manutenção da lactação e extração manual de leite materno. O mesmo é identificado nos estudos realizados por Cruz em 2012, e Cardoso et al. em 2017. Fatores como a multiparidade, elevado grau de escolaridade, experiência anterior na amamentação e a idade materna avançada parecem influenciar o grau de conhecimento (Cardoso et al., 2017).

Assim, nas primeiras 24 horas e sempre que necessário, efetuávamos a vigilância das mamadas até que a mulher demonstrasse segurança e autonomia na amamentação. Neste sentido e tendo em conta as lacunas de conhecimentos encontradas, as intervenções de enfermagem direcionavam-se para a promoção da amamentação através dos ensinamentos sobre: a lactação e os benefícios da amamentação; características do leite durante a mamada e as suas alterações ao longo do tempo; critérios para decidir oferecer uma ou as duas mamas na mesma mamada; estratégias de estimulação do RN antes da mamada; sinais de pega adequada e posicionamento do RN; sinais de fome, saciedade e ingestão nutricional suficiente; e extração manual de leite materno.

A UNICEF defende o aleitamento materno em regime de livre demanda, sempre que o RN apresente sinais de fome. Contudo, dado este período de adaptação e até que a amamentação se encontre bem estabelecida, incentivávamos o casal a não espaçar as mamadas para além das três horas. Ao longo do estágio, foi visível que a grande maioria das puérperas não sabiam identificar os sinais de pega adequada nem como estimular o RN. Assim, explicávamos ao casal como estimular o RN, mudando a fralda antes da mamada; e ao longo da mamada estimular com toques suaves a planta dos pés, as orelhas e/ou o nariz

do RN, por serem zonas sensíveis, permitem manter o RN desperto; e despir peças de roupa, pois a diminuição da temperatura nos MI's causa desconforto e facilita o estado de alerta (Cardoso, 2014).

Quanto à pega adequada, explicámos que era essencial que corpo e cabeça do RN estejam alinhados, sendo que a cabeça deve estar em ligeira extensão, a boca bem aberta, o queixo toca na mama, o lábio inferior voltado para fora e a língua encontrar-se entre o lábio inferior e a mama. Além disso, que o RN deve abocanhar o mamilo e a aréola, devendo ver-se uma porção maior acima do lábio superior, o RN sugar lentamente e os movimentos de sucção e deglutição visíveis e/ ou audíveis (Levy & Bértolo, 2012; Cardoso, 2014).

Relativamente aos ensinamentos sobre a extração manual de leite materno também foram efetuados, incentivando-se a sua realização para estimular o olfato e paladar do RN antes do início da mamada. Desta forma, instruíamos a puérpera a colocar a mão em forma de C na mama e, seguidamente, a fazer ligeira pressão com o polegar e indicador para dentro, contra as costelas. Assim, era facilitada a saída do leite até ao mamilo. Incentivávamos também a realizar este movimento repetidamente até à saída de leite. De reforçar que com a realização desta técnica não implica sentir dor e que nas primeiras vezes podia não conseguir extrair colostro (Levy & Bértolo, 2012).

Sendo o HPH um Hospital Amigo dos Bebés, a amamentação constituía um dos focos centrais dos nossos cuidados, incentivando-se as puérperas a amamentar exclusivamente, exceto em casos em que a puérpera não queria amamentar ou quando a situação clínica do RN não o permitia. Assim, a promoção da amamentação orientou todo o percurso ao longo do estágio, surgindo a necessidade em desenvolver competências de educação para a saúde, com vista a proporcionar uma melhor experiência para a mulher, contribuindo para a promoção do aleitamento materno a longo prazo.

3.2.1. Vigiar o estado emocional

“O nascimento de um filho, em especial do primogénito, é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores. Neste sentido, o internamento pós-parto é um período intenso nesta adaptação parental aos novos papéis.” (Sousa e Silva & Carneiro, 2014, p. 18). O puerpério caracteriza-se por uma grande adaptação psicossocial da mulher, envolvendo as alterações na imagem corporal, dinâmica familiar e adaptação ao papel parental. Efetivamente, este aglomerado de exigências juntamente com a recuperação física, as necessidades e exigências de cuidado ao RN, transformam este período num momento de grande vulnerabilidade para a puérpera. Pode, inclusivé, despoletar o aparecimento de fadiga, ansiedade e dificuldade em preservar o seu

autocuidado, o que pode levar ao desenvolvimento do síndrome depressivo no pós-parto (Fahey & Shenassa, 2013). Deste modo, todo este processo de adaptação pode ser facilitado pela euforia e alívio do nascimento do RN e autoconfiança com a experiência do parto, mas também pode ser dificultado pelo cansaço físico e desconforto, apreensão com a amamentação e o medo de não ser capaz de dar resposta às necessidades do RN (Airosa & Silva, 2013).

A puérpera depara-se, muitas vezes, com exigências físicas, psicossociais, familiares e sociais. Nas exigências físicas salientamos a fadiga, dor multifatorial, necessidade de autocuidado e alteração do padrão de sono/repouso. Já as exigências psicossociais incluem a adaptação ao papel parental, ligação mãe-filho e relação íntima com o companheiro. Por fim, as exigências familiares e sociais abrangem o cuidado ao RN, a atenção a outros filhos/familiares, tarefas domésticas e o regresso ao trabalho (Fahey & Shenassa, 2013). A ambivalência de sentimentos é uma característica desta fase pois, se por um lado predomina a felicidade própria do nascimento de um filho, por outro a insegurança associada às mudanças inerentes e a todas as exigências que se impõem.

De salientar que a avaliação do estado emocional da puérpera constituiu um foco da nossa atenção, pois é o seu acompanhamento constante que permite identificar alguma situação de risco. Durante o estágio, não se verificaram casos de *blues* pós-parto, nem risco de desenvolvimento de depressão pós-parto ainda assim, foi possível observar que algumas mulheres manifestavam insegurança no seu papel de mãe, nomeadamente na amamentação, evidenciando sinais de labilidade emocional e choro fácil. Neste sentido, tornou-se essencial proporcionarmos apoio emocional, impulsionando a partilha de sentimentos e emoções associadas e apoio nos cuidados ao RN, sempre que necessário.

Também nesta fase, pudemos constatar que a mulher pode ainda experienciar alterações no padrão de sono/repouso. Desta forma, a privação de sono encontra-se intimamente relacionada com as perturbações de humor e a aparecimento da fadiga tendo sido, por isso, necessário aconselhar a puérpera a gerir o seu tempo, aproveitando para descansar quando o RN também o faz e incluir o acompanhante nos cuidados ao RN.

O internamento de um RN na Neonatologia despoleta sentimentos negativos na puérpera, pelo que se constitui uma situação de risco. Foi possível acompanhar algumas puérperas a vivenciar esta situação, presenciando toda a sua tristeza e angústia e, ao mesmo tempo, a sua esperança e força. Face a esta situação, as nossas intervenções situaram-se ao nível do apoiar mas, sobretudo, promover a esperança, na medida em que as nossas práticas potenciaram uma maior proximidade entre os pais e RN e promoveram também a adaptação à parentalidade, proporcionando-lhes condições para que pudessem superar os

constrangimentos, pelo apoio mútuo e se tornassem, posteriormente, aptos na prestação de cuidados ao RN. Assim, durante o estágio, as intervenções de promoção da ligação mãe-filho foram implementadas, quer pelas visitas ao serviço de neonatologia, quer pela visualização de fotografias do RN. Também a promoção da lactação através da extração mecânica de leite materno e o suporte emocional proporcionado pela escuta ativa e comunicação terapêutica fizeram parte dessas mesmas intervenções.

3.2.2. Cuidados à puérpera com patologia associada

Puérperas com patologias decorrentes da gravidez como a DG e a pré-eclampsia também se encontravam internadas neste serviço, pelo que se acrescem atividades de vigilância na prestação de cuidados a estas mulheres.

No HPH, encontra-se instituído um protocolo para puérperas com DG controladas com dieta e outro para puérperas com diabetes *melitus* (DM) prévia e DG insulino-tratadas, diferenciando entre eles. Deste modo, o protocolo para puérperas com DG controladas com dieta consiste na avaliação pré-prandial da glicemia capilar até se obter valores normais (< 120 mg/dL) em três pesquisas consecutivas e, a partir deste momento, eram suspensas as pesquisas de glicemia capilar e não era necessário prosseguir com a mesma vigilância.

Salientamos que nas puérperas acompanhadas ao longo do internamento, não se verificaram complicações associadas à DG, havendo uma normalização dos valores de glicemia capilar sem necessidade de correção insulínica. Porém, tivemos sempre o cuidado de vigiar as situações, para atempadamente, podermos tomar medidas preventivas, para evitar complicações. Caso os valores fossem superiores aos definidos no protocolo, impunha-se a necessidade de administrar insulina.

Já nas puérperas com história prévia de DM e DG insulino-tratadas, a pesquisa de glicemia capilar era feita durante 48 horas, em dois momentos distintos, pré-prandial e duas horas após a refeição. Também, caso os valores fossem superiores a 140 mg/dL, era de igual modo, administrada insulina tendo em conta o protocolo instituído. Ao fim destas 48 horas, se os valores de glicemia capilar se encontrassem dentro dos valores normais, as pesquisas de glicemia capilar eram suspensas. Paralelamente, avaliavam-se os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.

Outra patologia presente foi a pré-eclâmpsia, cuja evolução e tratamento no pós-parto ainda não se encontram totalmente estudadas. Esta é uma patologia mais presente na gravidez e que acarreta muita vigilância para evitar alguns riscos. Também no período pós-parto implementámos intervenções, para despiste de possíveis complicações,

nomeadamente: monitorizar os valores tensionais em todos os turnos, avaliar a presença de edemas, cefaleias, epigastrias e/ou alterações de visão e o registo de diurese.

Durante este período não constatamos o registo de complicações, porém, sempre que se verificasse alguma alteração e fosse necessário intervir em situações que estivessem para além das nossas competências, era comunicado à equipa médica.

Ainda implementámos algumas intervenções resultantes de prescrição, pois ainda, houve a necessidade de administrar fármacos anti-hipertensores, a algumas puérperas, a quem foi diagnosticado a presença de hipertensão. Em casos de pré-eclampsia grave, as puérperas ficavam internadas na unidade de cuidados intermédios a fazer sulfato de magnésio e outros fármacos anti-hipertensores. Perante estas situações de mulheres que requeriam cuidados específicos, além das atividades de vigilância inerentes, também tivemos a oportunidade de implementar intervenções: capacitar as puérperas para a gestão do regime terapêutico, adoção de estilos de vida saudáveis e a ensinar e instruir sobre a identificação de sinais de alerta.

3.3. Necessidades do recém-nascido

O RN, elemento constituinte da díade mãe-filho, requer também ele a atenção por parte do EESMO. De facto, são estas primeiras 24 horas de vida que se traduzem em instabilidade e imaturidade orgânica, pelo que se constitui um período de grande vulnerabilidade própria da adaptação ao meio extrauterino. Por este motivo, implementámos atividades de vigilância do seu bem-estar, mas também prepararíamos os pais para o desenvolvimento de competências parentais.

Foram inúmeras as atividades de vigilância e diagnóstico que desenvolvemos ao longo do estágio, com vista à avaliação da adaptação do RN à vida extrauterina. As nossas intervenções tiveram início logo após a admissão do RN, com avaliação física do mesmo. Importa ainda referir que tanto as atividades de vigilância, como a promoção da parentalidade assumem dupla funcionalidade pois, se por um lado influenciam a condição de saúde desde o período neonatal até à vida adulta, por outro, concedem maior confiança e autonomia aos pais para o exercício do seu papel parental. Neste contexto, assumimos também o desafio de, perante as necessidades de aprendizagem dos pais, “procurar soluções inovadoras e efetivas, tanto no domínio do diagnóstico centrado nos processos de transição para a parentalidade, como no domínio da informoterapia com vista ao desenvolvimento das competências parentais” (Cardoso, 2014).

Tendo como foco o *Papel Parental*, as nossas atividades centraram-se no desenvolvimento das competências parentais. Tendo em conta o curto tempo de

internamento durante o puerpério e a dimensão das competências parentais, consideramos pertinente procedermos ao diagnóstico das reais necessidades. Assim, a tomada de decisão para implementar intervenções teve como base a identificação dos conhecimentos e habilidades que os pais já tinham adquirido. O puerpério é o período pós-parto caracterizado por modificações físicas e hormonais (Salim, Araújo, & Gualda, 2010). Percebemos que este se encontra associado ao decréscimo do bem-estar biológico, psicológico, conjugal e familiar. E, frequentemente, implica a reestruturação do casal que procura adaptar-se à nova situação (Ribeiro, Lunardi, Gomes, Xavier, & Chagas, 2014).

De acordo com Vieira e Reis (2017), o nascimento de um filho por si só constitui um momento de grande ajuste para os pais, mas também de elevada vulnerabilidade, uma vez que a eficácia dos cuidados ao RN é geradora de *stress* e incerteza. Esta fase exige a aquisição de novos papéis e, concomitantemente, a necessidade de adquirir novas competências, nomeadamente ao nível do papel parental e competências no cuidado ao recém-nascido.

A parentalidade assume-se pelas responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos facilitadores da integração do RN na unidade familiar; e comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento do mesmo (Vieira & Reis, 2017).

Atualmente, sabemos que a transição para a parentalidade “não é necessariamente marcada pelo nascimento do filho, mas pelas mudanças psicológicas internas e organizações do papel parental e dos seus relacionamentos mais importantes, designadamente do próprio relacionamento do casal, relacionamento com a família e, por último, o relacionamento com os amigos” (Vieira e Reis, 2017, p. 133). Os cuidados ao RN revestem-se de particular importância, uma vez que exigem aos pais um conjunto de conhecimentos e habilidades que facilitem e otimizem o seu desempenho com mestria parental, favorecendo-se o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento do mesmo (Cardoso, 2014). Neste sentido, a educação para a saúde revela-se crucial, isto porque o conforto e a confiança que se pretende alcançar na prestação de cuidados ao RN dependem do conhecimento, da aquisição de habilidades e da consciencialização dos mesmos (Potter & Perry, 2018).

O ICN (2019) considera que parentalidade requer a nossa atenção, considerando-a como foco central dos nossos cuidados. Meleis et al. (2000) defende que os enfermeiros possuem competências na identificação de mudanças individuais e familiares, e com isto preparam os indivíduos para as transições difíceis pelo desenvolvimento de novas capacidades. Deste modo, a nossa intervenção passou por facilitar as transições próprias desta fase do ciclo vital e apoiar a mulher/casal/família neste processo (Vieira & Reis, 2017). Efetivamente, devemos ser capazes de compreender de que forma os indivíduos estão a vivenciar a transição e quais os recursos pessoais, familiares e sociais que possuem. Ainda,

devemos proporcionar conhecimento e *empowerment* para um melhor desempenho do papel parental e potencializar respostas saudáveis às transições (Silva, 2012).

Dada a curta duração dos internamentos após o parto, as vivências das puérperas neste período revestem-se de maior intensidade. Por este motivo, evidenciam-se as inúmeras necessidades de aprendizagem, essenciais à aquisição e desenvolvimento das competências parentais (Cardoso, 2014).

Concluimos, portanto, que o período pós-parto é um período novo na vida das famílias, no qual pai e mãe sentem pela primeira vez as responsabilidades, quer na tomada de decisão, quer na prestação de cuidados ao novo membro (Vieira & Reis, 2017).

Após o nascimento, a pele do RN passa por um processo de adaptação ao meio extrauterino e, no primeiro ano de vida, a pele assume características específicas diferentes da do adulto, pelo que surge a necessidade de manter alguns cuidados. A manutenção e integridade das suas funções estão diretamente relacionados com os cuidados a que é exposta, incluindo-se o banho ao RN (Sousa e Silva & Sardo, 2014).

Vários são os estudos que indicam quais os cuidados a ter com a pele do RN para uma adequada manutenção das suas funções. Porém, ainda se verifica alguma divergência entre eles (Sousa e Silva & Sardo, 2014). Neste sentido, ao longo do estágio, intervenções como a higiene do RN e a manutenção da pele foram desenvolvidas.

O primeiro banho do RN reveste-se ainda de alguma controvérsia quanto à sua realização, no entanto, Sousa e Silva e Sardo (2014), defendem que deve ser realizado após estabilização hemodinâmica. Para a OMS (2018), o primeiro banho pode ser dado ao final de 6 horas após o parto mas, preferencialmente, deve ser dado após as primeiras 24 horas de vida, pelo *Risco de Hipotermia*. Também Monteagudo et al. (2011) corroboram esta recomendação, acrescentando os benefícios da não remoção precoce do *vernix* caseoso, como uma adequada termorregulação, diminuição do eritema tóxico do RN, hidratação da pele, cicatrização de feridas e colonização da pele por bactéria não patogênicas. O banho ao RN vai de encontro ao preconizado, pelo que somente ao fim de 24 horas de vida o fazíamos.

Por norma, neste serviço, o turno da manhã era o escolhido para os cuidados de higiene ao RN, visto ser um turno mais tranquilo já que a família só recebe visitas a partir das 14 horas. O momento do banho reveste-se de enorme importância, pois é um momento para a aquisição de conhecimentos e competências nos cuidados ao RN. O primeiro banho, geralmente, era dado por nós com o intuito de demonstrar a técnica do banho e avaliar os conhecimentos do casal. O segundo banho já era dado pela mãe ou pelo pai, e, nessa altura, avaliávamos os seus conhecimentos e a capacidade quanto ao material necessário e condições prévias para o banho, a frequência e o horário do banho, quais os produtos de

higiene, preparação do ambiente e roupa do RN, bem como a preparação da água, lavagem os olhos e o pavilhão auricular e sua habilidade para dar o banho.

Ainda procuramos perceber quais os conhecimentos relativos às medidas de prevenção de acidentes durante o banho e o corte das unhas e cuidados a ter com as mesmas. Associados aos cuidados de higiene ao RN, a principal dificuldade encontrada prendia-se com a escolha adequada de produtos de higiene, visto que a maioria dos casais achavam que se devia introduzir produtos de higiene logo após o nascimento. Caraterístico da sua inexperiência e nervosismo, também a aquisição de destreza na manipulação do RN se revelou uma dificuldade, passível de ser contornada com a nossa ajuda e explicação, na prática.

A pele é um órgão fundamental para o RN, uma vez que esta confere proteção mecânica, termorregulação, função de barreira e previne a perda de fluídos corporais. Difere da do adulto e carateriza-se por ser frágil, fina e sensível com um pH tendencialmente neutro, o que faz com que o seu efeito protetor contra microrganismos esteja diminuído. Esta barreira epidérmica é imatura e a permeabilidade cutânea elevada e, por este motivo, existe maior risco de toxicidade sistémica por absorção cutânea de agentes externos capaz de causar dano (Fernandes, Machado, & Oliveira, 2011). Neste sentido, tornou-se primordial a escolha e aplicação de produtos de higiene.

De acordo com Sousa e Silva e Sardo (2014), até ao primeiro mês de vida, o banho deve ser dado somente com água. Também Fernandes et al. (2011) o evidenciaram na sua revisão da literatura, onde fazem referência que a grande maioria dos sabonetes são alcalinos, aumentando o pH da pele e, conseqüentemente, contribuem para a destruição da camada lipídica da pele, estando, por isso, o seu uso contraindicado. Do mesmo modo, os sabonetes de glicerina devem ser evitados, pois levam à excessiva absorção de água da pele, fazendo com que esta fique seca e irritada. Contrariamente, os *syndets* (sabão sem sabão) podem ser uma ótima opção, uma vez que apresentam um pH neutro ou ligeiramente ácido, pouco irritáveis para a pele, pouca espuma e perfume e existem tanto na forma sólida como líquida (Fernandes et al., 2011). Ainda, Machado (2014) demonstrou que de facto o banho deve ser dado apenas com água porém, produtos líquidos pouco perfumados e os *syndets* não agridem a pele do RN nas primeiras semanas de vida. Até ao momento, parece não haver consenso quanto ao momento ideal para a introdução de produtos de higiene. No entanto, a grande maioria recomenda o seu uso a partir do primeiro mês de vida.

Durante o estágio, aconselhávamos os casais quanto aos critérios de escolha dos produtos de higiene e quando os introduzir. Foi possível verificar que sempre que explicávamos que o banho deveria ser dado somente com água, haviam casais que não

apreciavam esta recomendação. Nestes casos, sugeríamos o uso de *syndets* ou emolientes, reforçando as características ideais do produto a ter em conta e que a introdução dos produtos de higiene deve ocorrer, preferencialmente, entre os 15 dias de vida a um mês.

Aproveitando o momento do banho, também avaliávamos os conhecimentos relativos à muda da fralda, nomeadamente, sobre o material a usar, os produtos de higiene perineal, como lavar o períneo em caso de menino ou meninas, sinais de eritema da fralda e seus fatores de risco e medidas de prevenção. Desta forma, para a higiene perineal devem utilizar-se compressas embebidas em água ou toalhetas constituídas maioritariamente por água, a fim de se evitar os produtos químicos agressores para a pele do RN (Fernandes et al., 2011).

Muitos casais não apresentavam habilidades quanto à higiene perineal, mas reafirmamos que esta era imprescindível e que devia ser feita, adequadamente, para que se previnam infeções e lesões na pele. Também a mudança da fralda deve ser regular ao longo do dia, entre cinco a seis vezes, e sempre que se verifique presença de dejeção (Fernandes et al., 2011).

O momento do banho tornou-se oportuno para se abordarem os cuidados ao coto umbilical, não só instruímos sobre a técnica, como também ensinámos a identificar os sinais de alarme, material necessário, a técnica de limpeza e a sua frequência, o tempo de mumificação e queda do coto umbilical e os sinais de infeção. A capacidade de realizar o tratamento ao coto umbilical também ela foi avaliada e foi notória que esta se constituía a principal dificuldade dos pais. Muitos referiam receio em magoar o RN ou impressão à manipulação.

Apesar da dificuldade manifestada, explicávamos a importância dos cuidados ao coto umbilical e o seu contributo na prevenção de onfalites, já que a onfalite constitui uma das principais causas de mortalidade neonatal e, por este motivo, requer determinados cuidados quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos pais para que seja possível prevenir o seu aparecimento (Luís, Costa, & Casteleiro, 2014).

Após o nascimento do RN, o cordão umbilical é cortado e clampado e, a partir deste momento, passa a chamar-se de coto umbilical. Primeiramente, este tem um aspeto gelatinoso, dando-se, progressivamente, o processo de mumificação até à sua queda. Efetivamente, entre o segundo e o terceiro dia de vida do RN dá-se início à mumificação do coto umbilical que começa a secar e a escurecer. A queda do coto umbilical pode ocorrer entre o 4º e 15º dia de vida, podendo esta ser influenciada pelos cuidados prestados ao coto, o tipo de parto, entre outros (Cardoso, 2014).

Desde 1998 que a OMS preconiza a utilização da técnica *dry care* nos cuidados ao coto umbilical do RN. Esta consiste em manter o coto limpo e seco sem a aplicação de qualquer desinfetante ou antisséptico (Selores, Machado, & Godinho, 2014). Segundo Quattrin et al. (2016), a técnica *dry care* representa um método simples e seguro. A filosofia *dry care* defende que se deve manter o coto limpo, porém o uso de antissépticos como a clorexidina pode proporcionar benefícios relativos à diminuição do risco de infeção nos países em desenvolvimento ou em locais em elevada taxa de infeção ou morte neonatal (Correia & Pires, 2016; Barbosa, Moreira, & Ferreira, 2017). Já nos países desenvolvidos, dada a rede de cuidados de saúde e as ações de vigilância, a técnica *dry care* demonstrou-se ser a mais adequada. Desta forma, em Portugal de acordo com o estudo de Correia e Pires (2016, p.32-33) “sugere-se a implementação na prática clínica das intervenções de enfermagem o uso da técnica *dry care*, de forma a diminuir o tempo de queda e o risco de infeção nos cuidados ao coto umbilical do RN”.

Apesar dos benefícios, parece ainda não existir consenso quanto aos cuidados ao coto umbilical do RN. De facto, hoje em dia, ainda se verifica a aplicação de antissépticos para desinfeção do coto umbilical e o HPH não é exceção. Aqui, fazíamos os cuidados ao coto com álcool a 70% e compressas esterilizadas, com a justificação de que o álcool diminui a carga bacteriana. Os cuidados consistiam em limpar, primeiramente, o local de inserção do coto umbilical removendo todas as secreções presentes, pois a sua acumulação atrasa o processo de cicatrização. Seguidamente, limpávamos o coto da base até ao *clamp*, tendo-se em atenção que a mesma compressa não deve ser usada duas vezes. Ainda se recomendava a realização da desinfeção do coto umbilical uma vez por dia.

Também, o momento do banho se tornou, mais uma vez, o momento ideal para avaliar o conhecimento dos pais relativos ao normal padrão de crescimento e desenvolvimento do RN. Desta forma, avaliávamos os conhecimentos que dispunham sobre a aparência esperada e os achados fisiológicos da pele, os reflexos e respostas espontâneos, capacidade dos órgãos dos sentidos, medidas de prevenção da regurgitação e capacidade de interação e competências do RN.

A pele do RN desempenha uma função protetora na transição do meio intrauterino para o meio extrauterino. Maioritariamente, as alterações cutâneas que surgem no período pós-natal são fisiológicas e transitórias, não sendo necessário qualquer procedimento diagnóstico nem terapêutico. Apesar de fisiológicas, estas alterações constituem uma fonte de preocupação para os pais e, por este motivo, foi necessário o reconhecimento das mesmas para uma correta abordagem ao RN e seus pais por forma a tranquilizá-los. Tornou-se imperativo dotar o casal de conhecimentos sobre o que é esperado e quais os achados

normais na pele do RN, uma vez que foi notório que, mesmo com a preparação prévia para o parto e parentalidade, os pais não possuíam esses conhecimentos e qualquer alteração presente constituía um motivo de alarme por parte destes.

Para além da pele, também o formato da cabeça e presença de leões sequentes do parto (cefalohematoma e bossa serohemática) foram outra preocupação manifestada pelos pais. Por serem alterações visíveis e, apesar de fisiológicas, constituem um sinal de alarme para a puérpera/casal, pelo que nos vimos no dever de explicar todos estes achados sempre que presentes.

Outro assunto a abordar foi a regurgitação e respetivas medidas de prevenção. A regurgitação caracteriza-se pela saída de uma pequena quantidade de leite após as mamadas. Também o ar engolido pelo RN durante a mamada favorece a regurgitação pela excessiva dilatação do estômago. Neste sentido, medidas com o eructar, a pouca manipulação do RN após a refeição, a elevação da cabeceira do berço e a lateralização da cabeça mostram-se facilitadoras na prevenção da regurgitação, pelo que foram incentivadas (Cardoso, 2014).

Deste modo, tornou-se também uma atividade de diagnóstico após as mamadas, a avaliação dos conhecimentos e habilidade dos pais para colocar o RN a eructar. Para colocar o RN a eructar, os pais podem adotar duas posições. Uma delas consiste na colocação do RN na vertical encostado ao ombro, facilitando o alinhamento do esófago, aliando-se as palmadinhas suaves nas costas. Outra posição refere-se à posição de sentado, ou seja, colocar o RN sentado no colo, sendo que uma das mãos apoia a cabeça e inclina-a ligeiramente para a frente, enquanto a outra dá palmadinhas suaves nas costas (Cardoso, 2014). Importa referir que a grande maioria dos pais detinha conhecimentos relativos aos benefícios do eructar, porém demonstraram alguma dificuldade em posicionar o RN para eructar.

Outra das preocupações referidas pelos pais prendia-se com o número de micções e dejeções que o RN deveria apresentar e, mais uma vez, realizávamos ensinamentos relativos à normal eliminação urinária e intestinal e desmistificação de alguns mitos associados, de acordo com as dúvidas colocadas e os conhecimentos demonstrados.

Quanto à eliminação urinária, no primeiro dia de vida o esperado é que o RN apresente a sua primeira micção, verificando-se uma progressiva evolução do sistema ao longo dos dias. Isto é, no segundo dia é expectável que o RN tenha duas micções e no terceiro dia, três. Somente a partir do terceiro dia é que se verifica um aumento da produção de urina, pela ativação da fase diurética. Neste momento, o RN deverá apresentar seis a oito micções por dia de urina límpida. Um achado fisiológico que pode surgir nos primeiros dias e que, muitas vezes, alarmou os pais por acharem que a coloração da urina era indicativo de

presença de sangue. Porém, foi explicado aos pais que esta coloração alaranjada é normal e se deve à eliminação de cristais de urato e não apresenta qualquer significado patológico (Sulemanji & Vakili, 2013).

Nas primeiras 48 horas de vida, o RN elimina o mecônio, substância viscosa de cor verde escura. É a partir do terceiro de vida que as características das fezes começam a alterar-se quanto à cor, consistência e odor. Efetivamente, é nesta altura que surgem as fezes de transição com uma cor verde-acastanhada a amarelo-acastanhada, são mais líquidas e já se verifica a presença de restos alimentares. A sua coloração está diretamente relacionada com o tempo de permanência das fezes no intestino e consoante a sua alimentação (Amorim, 2012).

Nas primeiras 24 horas de vida, vacinávamos todos os RN contra a hepatite B (VHB 1), cumprindo-se o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2017). Neste momento, informávamos os pais sobre os cuidados com o local da punção e possíveis efeitos adversos da vacina. Muitos foram que nos questionavam sobre a administração da BCG contudo, esta somente é administrada a crianças pertencentes a grupos de risco para a tuberculose (DGS, 2018). Aproveitávamos ainda este momento para reforçar a importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e das consultas de vigilância da saúde infantil.

Sempre que o internamento era prolongado, realizávamos o diagnóstico precoce ao RN. Vulgarmente chamado de “teste do pezinho” consiste na colheita de sangue do calcanhar do RN entre o terceiro e o sexto dia de vida. O cumprimento deste *timing* torna-se fundamental, uma vez que, antes do terceiro dia, o sangue do RN pode ainda não conter os valores dos marcadores adequados para o diagnóstico; e depois do sexto dia há perda de sensibilidade desses marcadores, para além do risco de atrasar o início do tratamento. Este teste permite rastrear um total de 25 patologias entre as quais o hipotireoidismo congénito e um total de 24 doenças hereditárias metabólicas. Este rastreio neonatal encontra-se instituído nos países desenvolvidos e Portugal não é exceção. Já desde 1979 que se realiza o rastreio universal a todos os RN e a partir desta altura foi criado o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (Vilarinho, Pinho, & Costa, 2015). Dada a extrema importância deste rastreio, ensinamos aos pais a relevância de o realizar, quando e onde o fazer.

Também o choro se constituiu uma área de atenção, bem como as dúvidas manifestadas pelos pais. Biologicamente, toda a mãe está preparada para atender ao RN quando este chora, verificando-se inclusive alterações neuro-hormonais que a preparam, tanto física, como psicologicamente, para lidar com o *stress* e cansaço.

Visto como a primeira forma de comunicação social, o choro do RN é, portanto, uma manifestação natural ao longo dos primeiros meses de vida. O choro é um ato reflexo com

gradual evolução concordante com a maturação fisiológica e experiências sociais vivenciadas. Efetivamente, os RN são capazes de expressar diferentes tipos de choro de acordo com as suas necessidades. Destacamos as causas como a fome, fadiga, tédio, desconforto ou dor que podem justificar o choro, bem como as causas emocionais como o alívio de pressão e a solicitação da presença dos pais por insegurança (Cardoso, 2014).

Percebemos, ao longo do estágio, que para os pais, o choro do seu filho é sinónimo de mau estar, pelo que a sua presença desencadeia *stress* e ansiedade. Neste sentido, foi necessário dotar os pais de conhecimentos sobre os diferentes tipos de choro, suas causas e estratégias de consolo e, ainda, realçar que com o passar do tempo e com a constante interação com os seus filhos, eles irão ser capazes de identificar e dar resposta a essa mesma necessidade. A expressão corporal também diz muito sobre o tipo de choro, já que num choro de dor por cólica, o RN apresenta movimentos intensos dos membros superiores com encerramento dos punhos, costas arqueadas, abdómen distendido, flexão dos membros inferiores contra o abdómen conjugada com irritabilidade e agitação (Seabra, 2009).

Neste sentido, as estratégias de consolo assumem-se vitais para que se consiga controlar o choro do RN (Cardoso, 2014). Por falar em choro, tornou-se necessário a temática das cólicas. Logo percebemos os casais não demonstravam conhecimentos sobre os sinais e sintomas das cólicas, os fatores associados e estratégias promotoras de conforto. Por este motivo, tornou-se pertinente ensinar, instruir e treinar as estratégias capazes de aliviar a dor sentida. Como estratégia a usar existe a massagem abdominal que potencia a libertação de gases e estimula os movimentos intestinais. Este efeito também é conseguido através da massagem com os joelhos, movimentando-se suavemente as pernas e fazer ligeira pressão sobre o abdómen (Cardoso, 2014).

Outra estratégia útil em casos de choro excessivo é a utilização da técnica dos 5 S's desenvolvida pelo pediatra *Harvey Karp*. Esta técnica procura ativar o reflexo de calma, pois recria as sensações vivenciadas no útero materno durante a gravidez. Como o próprio nome indica, a técnica é composta por cinco estratégias sequenciais, devendo dar-se termo à técnica assim que o choro cesse. No útero, dada a sua dimensão, o RN encontrava-se em posição fetal sem espaço para se movimentar livremente. Envolvido pelas paredes uterinas, balançava para trás e para a frente consoante o movimento da mãe. Neste sentido, a primeira medida pretende imitar exatamente o descrito. Esta medida, *swaddling*, consiste em embrulhar o RN de modo a limitar os movimentos dos braços. Seguidamente, o RN era colocado de lado sobre a anca, *side position*, recriando-se a posição fetal. No útero, este também ouvia, ininterruptamente, o batimento cardíaco e os sons intestinais da mãe. Nesta terceira medida, *shushing*, pretende-se proporcionar um ruído monocórdico semelhante ao

barulho “Shhyyyy” junto ao ouvido do RN, cerca de 10-20 cm de distância. Posteriormente, embalava-se suavemente o RN, *Swinging*, tal qual o movimento constante dentro do útero. Por fim, o *Sucking* compreende a colocação de dedo ou chupeta, potenciando a sucção. De salientar que o reflexo de calma atua como um interruptor automático no choro do RN, provocando uma resposta neurológica profunda. Efetivamente, a melhor forma de ser conseguida é pela reprodução das condições do útero materno (Cardoso, 2014).

Como referido anteriormente, sempre que as puérperas eram submetidas a partos distócicos por cesariana no bloco central, o RN não permanecia junto da mãe durante as duas horas de permanência no recobro. Este era transferido para o serviço de puerpério e ficava a aguardar pela mãe na companhia do pai ou pessoa significativa escolhida pela mãe. Neste momento, e durante essas duas horas, incentivávamos o contacto pele-a-pele com essa pessoa e explicávamos todos os benefícios que esta prática traz. Durante as duas horas que o RN permaneceu em contacto pele-a-pele, foi possível observar o aumento significativo da glicemia capilar. De acordo com Moore et al. (2016), esta prática reduz o risco de hipoglicemia neonatal. Também verificamos que RN que faziam este contacto se mostravam mais disponíveis para a amamentação aquando da chegada da mãe do recobro.

A hipoglicemia neonatal pode ser causada por inúmeros fatores, incluindo-se: RN prematuro e em situações de RCIU; reservas de glicose inadequadas e diminuição da sua produção; na presença de doenças metabólicas; hiperinsulinismo, pelo tratamento materno intraparto com glicose; entre outras (SPN, 2013a).

Neste sentido, a monitorização de glicemia capilar fica reservada a casos de RN sintomáticos, assintomáticos mas com fatores de risco (mães diabéticas ou macrosomia fetal) ou em situações de recusa alimentar. Por outro lado, RN's saudáveis e a mamar regularmente, entre oito a dez mamadas por dia, não necessitam de monitorização de glicemia capilar (SPN, 2013a).

Durante este módulo do estágio presenciámos 12 casos de icterícia neonatal em RN com dois ou três dias de vida, com necessidade de realização de fototerapia. A icterícia neonatal caracteriza-se pela coloração amarela da pele e esclerótidas sempre que os níveis de bilirrubina total sérico ultrapassam os 5mg/dl. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013b), o seu aparecimento dá-se no sentido cefalo-caudal, com início na face, esclerótidas e mucosas, estendendo-se para o resto do corpo. Já a sua regressão dá-se no sentido inverso. De facto, é uma patologia que acomete cerca de 60% dos RN de termo e 80% nos RN pré-termo durante a primeira semana de vida (SPN, 2013b).

Como fatores de risco para o aparecimento da icterícia neonatal destacamos a incompatibilidade ABO, teste de Coombs positivo, presença de cefalohematoma, IG entre as

35-36 semanas, aleitamento materno exclusivo e história prévia de irmão com necessidade de realizar fototerapia. Para além destes fatores, existem outros que também podem estar associados ao seu aparecimento como o tipo de parto, instrumentado ou induzido com ocitocina, baixo índice de APGAR, e eliminação intestinal diminuída, dificultando a eliminação de bilirrubina (Silva, 2011). Todos estes fatores concorrem para o aumento do risco de hiperbilirrubinémia e, por este motivo, cabe ao EESMO a identificação precoce da icterícia no RN.

Para o diagnóstico da icterícia neonatal, era efetuado o doseamento sérico dos níveis de bilirrubina total (BT) pela colheita de sangue através da punção capilar no pé do RN. A fototerapia foi o tratamento de eleição e, consoante os níveis da BT era decidida a aplicação de fototerapia clássica ou intensiva. A decisão entre um ou outro depende do tempo de vida e dos valores séricos da BT. De salientar que a realização desta terapia era feita no quarto da puérpera, favorecendo-se a manutenção do alojamento conjunto.

A fototerapia não é completamente inócua e, como tal, pode provocar determinadas reações como a desidratação, *rash* maculopapular, diarreia, obstrução nasal, lesões na retina, trombocitopenia, síndrome do bebé bronzeado ou queimaduras pela exposição aumentada à luz ultravioleta (Silva, 2011). Neste sentido, ao prestar cuidados ao RN tivemos em conta todas as regras inerentes a este procedimento: colocar o RN despido para que haja uma maior exposição corporal, a fralda deve ser mantida para proteção das gónadas; acrescentando-se a aplicação de proteção ocular de algodão. A amada deve ser mantida a 10-15 cm de distância do RN e a alternância de decúbito de 2 em 2 horas deve acontecer. A vigilância da pele e mucosas do RN, bem como a sua temperatura corporal foram realizadas, dada a sua importância.

O risco de desidratação pode existir, sendo uma das medidas preventivas, o reforço hídrico. Este era conseguido pelo encurtamento do intervalo entre as mamadas, de duas em duas horas, e por mamadas eficazes. Foi necessário dotar a mãe da importância de reforçar as mamadas e, ainda, se possível iniciar extração de leite materno para reforço das mesmas. Também fazíamos ensinamentos relativos à icterícia neonatal, o tratamento a realizar, os cuidados a ter, bem como a vigilância da eliminação urinária e intestinal.

3.4. Preparação para a alta

Apesar da alta, o puerpério não termina neste momento, pelo que é necessário aproveitar o internamento para preparar a puérpera/casal para que o regresso a casa decorra o mais naturalmente possível. Neste sentido, procuramos preparar a mulher para os cuidados relacionados com a sua recuperação e manutenção do puerpério e preparar o casal

para os cuidados ao RN. De acordo com a OE (2018), um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados do EESMO consiste no planeamento da alta. O ensinar, instruir e treinar com vista à autonomia nos cuidados, vão de encontro às necessidades de cada casal. Deste modo, no dia da alta fazíamos uma revisão e consolidação de conhecimentos e capacidades proporcionados durante o internamento.

Nesta perspetiva, o nosso foco de atenção major foi o autocuidado e o incentivo à autovigilância da puérpera/casal. Relembramos os cuidados relacionados com a ferida cirúrgica, quer perineal quer abdominal, lóquios e involução uterina, prevenção da obstipação, alterações emocionais inerentes ao pós-parto, a amamentação e ingestão nutricional e o planeamento familiar. Também como medida preventiva incidiu sobre a autovigilância dos sinais e sintomas de alarme como: lóquios com cheiro fético, perda sanguínea aumentada, dor perineal ou deiscência da ferida e os sinais de infeção da ferida; reforçando a procura de assistência médica na presença dos mesmos.

A questão da sexualidade também foi abordada. A ACOG (2018b) recomenda que nos cuidados obstétricos do pós-parto se incluam os planos familiares e reprodutivos. Neste sentido, informamos a puérpera dos riscos materno-infantis associados a uma gravidez consecutiva, com um intervalo inferior a 18 meses. De acordo com o interesse do casal, foi feita uma abordagem à questão do início das relações sexuais, sendo aconselhado o seu começo somente a partir das quatro semanas pós-parto, mas salvaguardando que será sempre uma decisão do casal e quando ambos se sentirem preparados.

Nesta fase, explicávamos à puérpera que a menstruação pode reaparecer entre a quarta e a décima semana pós-parto, consoante a frequência das mamadas, pois são as hormonas da lactação que vão influenciar a ovulação. Relativamente ao planeamento familiar, a maioria dos casais referia ter frequentado os programas de preparação para o parto e também já terem feito a sua opção pelo método contraceptivo. Todavia, demonstramos sempre disponibilidade para orientar e empoderar para a tomada de decisão esclarecida.

Como já mencionado, o internamento era curto, pelo que algumas complicações relacionadas com a amamentação podiam ocorrer estando a mulher já no domicílio. Neste contexto, exploramos esta temática incluindo o tratamento e medidas de prevenção. Um problema que aparece e que pode levar a complicações e ao abandono da amamentação, é a “subida” do leite. Esta tem início, maioritariamente, entre o segundo e o terceiro dia após o parto e, para além do desconforto provocado, vai dificultar a amamentação. Isto porque, o RN vai ter mais dificuldade a abocanhar o mamilo, uma vez que estes não ficam tão bem formados, contribuindo para o aparecimento de mamilos sensibilizados ou gretados. Além

disso, se o RN não fizer uma boa pega, é provável que não consiga esvaziar convenientemente a mama. Isto significa que, se não for tratado, o ingurgitamento pode levar ao bloqueio dos canais de leite e, conseqüentemente, levar ao aparecimento de mastite e diminuição da produção de leite (Berens & Brodribb, 2016). Assim, foram lembrados os ensinamentos relativos às estratégias para prevenir o aparecimento destas complicações. Explicávamos à puérpera a importância de uma pega adequada, cumprimento das mamadas em regime de livre demanda e a alternância de posições durante as mamadas para que se esvaziasse a mama nos diferentes quadrantes. Dada a sua complexidade e para não sobrecarregar a puérpera/casal com excessiva informação, disponibilizávamos um panfleto com todas estas medidas e outro relativo à extração e conservação do leite materno.

Uma informação que pode tranquilizar as puérperas é que este hospital dispõe de uma ótima rede de articulação com os centros de saúde pertencentes a esta unidade e, por este motivo, o casal pode usufruir de apoio no regresso a casa. O enfermeiro de família em parceria com a EESMO das UCC's (Unidade de Cuidados Continuados) presta esse mesmo apoio. Os cantinhos da amamentação também eles constituem um recurso ao qual os casais podiam recorrer. Outro recurso contínuo ao seu dispor é o número da linha de apoio à amamentação existente no HPH.

Também eram entregues as prescrições da medicação a realizar no domicílio, certificando-nos de que a mulher dispunha de conhecimentos quanto à sua via de administração, frequência e dosagem da medicação. O boletim de saúde da grávida, o boletim infantil e o boletim de vacinas eram também entregues.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil definido pela DGS (2013) a proteção das crianças, bem como a promoção para a parentalidade são fundamentais, conseguindo-se através de cuidados antecipatórios e preventivos. Assim, pelo exposto, tornou-se fulcral aproveitar o momento da alta para reforçar os ensinamentos relativos aos cuidados ao RN, quanto à amamentação, padrão de eliminação e sinais de alarme no primeiro mês de vida. A questão da segurança e transporte do RN também foi abordada, referindo-se que o RN só poderia sair do serviço numa babycoque homologada (possuir a etiqueta "E") de acordo com o preconizado pela associação para a promoção da segurança infantil (APSI, 2014). Ainda, informamos os pais da importância do transporte das crianças no automóvel, ou seja, a cadeira deve ser colocada no banco traseiro contrário ao do condutor, permanecer voltada para trás até aos três-quatro anos de idade, pois confere maior proteção em caso de colisão frontal. Por fim, confirmávamos a correta colocação dos cintos de segurança da cadeira.

4. EM TORNO DE UM PERCURSO CRÍTICO E REFLEXIVO

O nosso percurso formativo termina agora tendo como eixos estruturantes, três grandes focos: o bem-estar materno, o bem-estar do recém-nascido e o processo de transição e adaptação à parentalidade da mulher/casal. Olhando para a estrutura e para os conteúdos que suportaram a nossa aprendizagem, rumo a estarmos aptas para prestar cuidados especializados de qualidade e congruentes com a cultura da tríade a cuidar, mulher/casal e RN, diríamos que as teorias de Enfermagem colocaram nas nossas mãos a possibilidade de fazer uma reflexão criativa e estruturada, fundamental sobre o percurso de desenvolvimento de competências.

Constatámos que, como futuras EESMOS, fomos dotadas de autonomia, profissionalismo e capacidade crítica nas nossas práticas. Tais características apenas são passíveis de serem desenvolvidas através da capacidade de analisar ações e experiências individuais (Caldwell & Grobbel, 2013). Assim, os contextos de estágio onde desenvolvemos as nossas práticas possibilitaram-nos o contacto com inúmeras realidades de cuidados, experiências clínicas e sociais, não só pela interação com uma equipa multidisciplinar, como também pelo confronto com situações adversas e respetiva resolução de problemas em que foi facilitado o recurso ao pensamento crítico-reflexivo, incentivada a tomada de decisão e o reconhecimento do valor da autonomia na prestação de cuidados especializados.

O recurso ao modelo centrado na pessoa foi a trave mestra para refletir as práticas, em torno da centralidade de cada mulher/casal e RN. Como indica o seu nome, o modelo centrado na pessoa, coloca o indivíduo/pessoa no centro da atividade, valorizando a sua singularidade. É sustentado por valores mútuos de respeito e compreensão pelas pessoas. É habilitado por culturas de empoderamento, isto é, em vez de serem os profissionais a decidirem o que é melhor para um indivíduo/pessoa, elaborando um plano e prestando cuidados, é o indivíduo que é empoderado e que está envolvido no centro da decisão. Foi, então, esse o motivo que nos levou a eleger esse modelo para nos guiar na prática e nos servir de linha orientadora nos cuidados à mulher/casal, respeitando a sua singularidade.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências e habilidades consideradas essenciais ao exercício profissional do EESMO e que estão preconizadas pela OE (2019), das quais queremos salientar o cuidado individualizado à mulher durante o ciclo reprodutivo. No decorrer do período formativo, tivemos ainda a oportunidade de acompanhar e cuidar a mulher durante a gravidez (saúdável ou de risco), na evolução do TP e parto e no puerpério.

Outro aspeto que importa salientar é que procuramos sempre basear todas as intervenções implementadas na evidência científica mais atual, fomentando o

desenvolvimento e o aprimorar dos cuidados em Enfermagem. Neste sentido, aliando-se a formação teórica e a experiência profissional, tornou-se possível aperfeiçoar o nível de conhecimentos e competências exigidas.

Importa ainda referir que conseguimos dar cumprimento aos requisitos preconizados pelo Decreto-Lei n.º 25/2014, de 2 de maio, para a atribuição do título de EESMO, no que concerne às competências adquiridas e ao nº de experiências que a mesma exige: 100 exames pré-natais e cuidados a mulheres com patologia no domínio da ginecologia e da obstetrícia; cuidados a 40 parturientes e realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos; participação ativa em, pelo menos, um parto de apresentação pélvica ou, quando impossível, uma simulação; práticas de episiotomia e episiorrafia; e cuidados a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos. Na tabela seguinte apresentamos o número de experiências obtidas ao longo do estágio nos diferentes módulos (gráfico 7).

Consultas de grávidas incluindo exames pré-natais (100)	Grávidas		Vigilância e cuidados a Parturientes		Partos Executados (40)		Partos Participados (20)		Prática Sutura	Parturientes* (100)		Recém-nascidos (100)	
	Risco (40)	Normais	Risco (40)	Normais (40)	Com episiotomia	Sem episiotomia	Participação partos pélvicos ou simulação	Cefálicos		Risco (40)	Normais	Risco	Normais
100	46	93	45	58	7	34	1	10	23	41	77	47	65

Tabela 7: Registo de Experiências

As expectativas dos primeiros momentos foram ultrapassadas. Logo no início do estágio foi perceptível que este percurso formativo iria ser enriquecedor, pois senti grande motivação para prosseguir à descoberta do que poderia ainda aprender e experienciar mais. Todavia, era impossível vislumbrar o trabalho que iríamos desenvolver ao longo deste tempo. Neste período, todas as experiências contribuíram para a aquisição de novas competências, permitindo o nosso crescimento pessoal e profissional e muitos momentos de reflexão que, por vezes, trouxeram algum desânimo, mas que também fizeram parte deste percurso.

O módulo da Gravidez com Complicações foi o que nos exigiu maior pesquisa e preparação, pois dar suporte e acompanhamento a estas grávidas/casais nem sempre foi uma tarefa fácil. Nesta situação de gravidez comprometida, a mulher/casal sentia o seu projeto de vida ameaçado e todo este processo de incerteza era gerador de *stress* e ansiedade acompanhados por sentimentos negativos. Neste sentido, o nosso papel assumiu a responsabilidade, quase como que uma obrigatoriedade, de tornar este período “menos bom” da gravidez em algo mais positivo e promotor de esperança. Assim, desenvolvemos intervenções no âmbito do suporte emocional, escuta ativa, apoio da grávida e sua família

na adaptação a esta nova condição, tal como a promoção da esperança, com vista a minimizar esses sentimentos que os acompanham, próprios de uma gravidez de alto risco.

Para além destas atividades desenvolvidas ao longo do estágio, também realizamos e incentivamos atividades lúdicas promotoras de bem-estar e prazer, sempre que o estado clínico o permitisse, com o intuito de minorar os efeitos negativos associados ao internamento. Foi ainda possível executar sessões de educação para a saúde e preparação para o parto e parentalidade em grupo e com envolvimento da família. Este tipo de atividade revelou-se gratificante, pois proporcionou maior segurança à mulher, tornando-a um elemento ativo no parto, auxiliou na transição para a parentalidade e tornou o internamento um pouco mais dinâmico, com vista à diminuição do *stress* e ansiedade.

No âmbito do módulo TP e parto, podemos afirmar que foi um módulo exigente, mas ao mesmo tempo muito gratificante, promotor de uma realização profissional. Ao longo do estágio, procurámos sempre incluir a mulher no processo do parto, dando-lhe autonomia e a oportunidade de tomar as suas próprias decisões. O cumprimento do plano de parto também foi uma constante. Dos 41 partos eutócicos realizados, muitos foram os conhecimentos e competências que adquirimos, em que os pequenos erros por ventura cometidos foram os que mais nos fizeram crescer e aperfeiçoar de dia para dia.

Atualmente, temos assistido a um discurso sobre o aumento da humanização do parto e centralização dos cuidados na mulher e nas suas escolhas. Porém, apesar dos avanços, de todas as práticas que nos foi possível observar, ainda há um longo caminho a percorrer.

Os partos assistidos, apesar da nossa atitude expectante, serviram para uma introspeção e reflexão das práticas efetuadas. De referir, que durante o estágio não tivemos a oportunidade de realizar nenhum parto pélvico, pelo que esta experiência somente foi conseguida através de simulação. Importa ainda frisar que o apoio dado pela nossa tutora, como EESMO, serviu de alicerce para conseguirmos desenvolver e fomentar as práticas necessárias no TP e parto. Permitiu sempre que acompanhássemos a parturiente desde a sua admissão até ao momento da transferência para o serviço de obstetrícia, mesmo quando isso implicava permanecer no serviço após a mudança de turno, com justificação de que a continuidade dos cuidados constitui uma mais-valia e se encontra associada a inúmeros benefícios. A relação de confiança que conseguimos estabelecer logo desde o início, quer com a parturiente, quer com a sua família, foi vital e promotora de empoderamento e autonomia como condição para o decorrer do TP e parto.

O estágio permitiu-nos ainda o acompanhamento de mulheres em TP com e sem analgesia epidural. Foi possível verificar que os partos são distintos, uma vez que a mulher

sem analgesia epidural sente o seu corpo e deixa-se levar pelas sensações, agindo em consonância com o que o seu corpo lhe transmite. Enquanto que em mulheres com analgesia epidural esta sensibilidade estava diminuída, sendo necessário o nosso apoio.

Como mencionado anteriormente, há práticas instituídas como, o CTG contínuo, a administração de soroterapia e a posição de litotomia no momento do período expulsivo que vão contra as indicações recomendadas pela evidência científica. Pois o CTG contínuo e a administração de soroterapia vão condicionar a deambulação da parturiente, no entanto, sempre que possível, contrariamos essa prática e como estratégias de superação incentivamos o uso da bola de *pilates*, a mobilização da bacia e a aquisição de diferentes posições ao longo do TP, visto terem inúmeros benefícios para o encaixe e progressão do mesmo. Esta sensibilidade deve acompanhar-nos em toda a nossa prestação de cuidados, uma vez que o repouso e a imobilidade da mulher no leito contribuem para o aumento da duração do primeiro estadio do TP e uma inadequada adaptação do feto às estruturas da bacia materna.

Tivemos, no entanto, a oportunidade de realizar um parto eutócico numa posição vertical, tendo-se observado as vantagens inerentes à adoção de posições verticais durante o mesmo. Verificamos que o período expulsivo foi muito mais rápido quando comparado com o período expulsivo de uma mulher em posição de litotomia.

Por fim, os cuidados após o parto. O RN e a mãe iniciavam logo após o nascimento contacto pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida. Aqui estavam também incluídos os cuidados à mulher, como os cuidados de higiene perineal, alívio da dor e a sua hidratação oral. Importante refletir sobre a prática, visto que nem sempre se têm em conta as necessidades primordiais da mulher, em promover o conforto, e se está mais direcionado e preocupado em se iniciar o mais precocemente a amamentação. Por vezes, é preciso, primeiro, cuidar da mulher para que esta esteja disponível para amamentar o seu filho.

Uma das competências específicas do EESMO passa pela promoção da saúde da mulher durante todas as fases do ciclo de vida, nomeadamente no período pós-parto (OE, 2019). Nesta linha de pensamento, prestamos cuidados à mulher com vista à promoção da sua saúde e do recém-nascido e apoiamos o processo de transição e adaptação à parentalidade. Ainda, durante este período, promovemos o conhecimento e capacitamos para o autocuidado, autovigilância e cuidados ao RN.

Este era um período exigente para a mulher, em que o cansaço e a privação de sono predominam e afetam diretamente a estabilidade emocional. Esta característica do pós-parto, vai interferir com o seu papel de mãe e esposa e comprometer o seu autocuidado. É nesta fase que a mulher se depara com uma nova realidade e aquisição de novos papéis. Deste

modo, podemos perceber que a mulher se torna mais dependente da nossa ajuda, tanto no apoio ao autocuidado, como nos cuidados ao RN. Estes últimos são os que suscitam maiores dúvidas e dificuldades, destacando-se os cuidados de higiene e conforto ao RN e a amamentação. Neste sentido, apoiamos as puérperas/casal e proporcionamo-lhes conhecimentos e capacidades para o desempenho do seu papel parental.

Paralelamente, as dificuldades que as puérperas demonstraram na amamentação, sendo mais notório em primigestas. Aqui, o nosso papel direcionava-se para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades fomentando-se a sua autonomia e, assim, as mulheres sentiam-se mais confiantes e capazes para desempenhar o seu papel de mãe, atenuam-se os sentimentos de insegurança e favorece-se a sua transição para a parentalidade. Podemos afirmar que este se constituiu um grande desafio ao longo do estágio, pois foi necessário arranjar estratégias adequadas ao contexto em que a mulher se encontra.

Outra competência desenvolvida relaciona-se com a interação pai-filho, ou seja, promover o contacto pele-a-pele entre pai e RN sempre que o contacto com a mãe não era possível, por exemplo, em casos de cesariana no bloco central, dados os inúmeros benefícios inerentes a este contacto. Vários foram os pais que referiram sentir-se mais “ligados” ao seu filho, sendo, portanto, muito gratificante este tipo de intervenção.

Concluimos assim que todo este percurso formativo foi bastante enriquecedor e permitiu-nos a aquisição de conhecimentos e competências essenciais para o exercício do EESMO. Permitiu-nos ainda um crescimento pessoal e profissional e uma sensação de dever cumprido. Nem sempre foi fácil superar os constrangimentos que se colocaram, sendo o mais penoso conciliar a vida académica com a vida pessoal e profissional, mas com motivação e persistência foi possível chegar ao final deste percurso. Findo este estágio, podemos afirmar que esta foi uma experiência positiva e fascinante.

CONCLUSÃO

Chegados agora ao término de um percurso formativo, de que este relatório é parte integrante, como relatório final do estágio de natureza profissional, pretendemos demonstrar como o processo se desenrolou e prosseguiu, sob um caminho percorrido que teve tanto de desafiador, como de fascinante.

Da reflexão e análise às atividades desenvolvidas para atingir as competências exigidas, podemos afirmar que nesta encruzilhada de que partimos - desde o módulo da gravidez com complicações, passando pelo módulo de TP e parto, que de certa forma ficou bem vinculada na nossa aprendizagem, até ao módulo do Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade, onde a capacitação para o autocuidado e autovigilância da mulher e a preparação para a parentalidade culminou o término deste percurso - os objetivos propostos foram atingidos.

Assim, estamos conscientes de que o termo de uma etapa é sempre o início de outro desafio enquanto profissionais de saúde, pois temos a certeza de que acabamos de ultrapassar uma etapa que implicou muito esforço. Foi necessário muito investimento pessoal e, foi ainda, imprescindível o autoconhecimento, para ter a capacidade crítica de identificar as fragilidades, de modo a conseguirmos colmatá-las, prosseguir em frente e para fazer delas a nossa fortaleza.

Também por momentos lembrar que já era enfermeira profissional, mas que havia a necessidade de (re)aprender a aprender, a observar, a adquirir e a interiorizar conhecimentos e práticas de profissionais mais experientes e, por fim, treinar moldando e aperfeiçoando a nossa própria prática. Todas as etapas foram desenvolvidas sob a recontextualização dos conhecimentos baseados na evidência científica mais atual, no sentido de evitar procedimentos rotineiros, assentes apenas em tarefas.

Diríamos que este percurso formativo desenvolvido para aquisição das competências do EESMO vai de encontro à premissa do cuidado centrado na mulher, atendendo às suas dimensões, bio-psico-social, cultural e espiritual. Ou seja, a mulher era vista como um todo, onde incluímos as suas expectativas, sentimentos e emoções e em que promovemos o seu bem-estar e fomentamos uma consciência em saúde, bem como a saúde do feto no decorrer da gravidez, tal como preconiza a OE (2015).

Neste sentido, procuramos que este relatório traduza todo o percurso trilhado, onde foi possível transcrever as atividades que permitiram o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como as necessidades formativas e expectativas inerentes. Podemos, inclusivé, afirmar que este se revestiu de enorme importância pois, como estudantes,

permitiu uma autoavaliação de todo o trabalho desenvolvido e uma melhoria constante. Todavia, difícil será transcrever todas as atividades desenvolvidas, as experiências vividas, os constrangimentos que se colocaram, as dúvidas e incertezas, os riscos que corremos, face a uma prática de prestação de cuidados de qualidade e que nos fez sentir tanta responsabilidade, a de dar vida a uma nova vida.

Assim, mais do que uma descrição e fundamentação dos cuidados desenvolvidos ao longo dos três módulos de estágio, evidenciamos o esforço que acompanhou todo o processo de aquisição de conhecimentos e competências. Apesar disso, podemos afirmar que valeu a pena cada momento. Foram realmente dois anos intensos, mas que levamos na nossa bagagem as ferramentas necessárias para assegurar os cuidados de qualidade e ganhos em saúde, como é o apanágio no âmbito dos cuidados à mulher/ família. A passagem pelos diferentes serviços munuiu-nos de bases para que o acompanhamento à mulher/casal/família seja o mais adequado possível e de encontro ao idealizado.

Deste modo, no módulo da Gravidez com complicações tornou-se imperativo a prestação de cuidados personalizados e compatíveis com a patologia que cada grávida apresentava. Aqui, de todas as competências desenvolvidas, urge a necessidade de salientar as relações humanas e a escuta ativa, pois neste momento as intervenções foram essenciais para que este tempo de internamento possa ser o menos angustiante e stressante possível. Já no módulo, Trabalho de parto e parto, foram desenvolvidas competências específicas para cada estadió do TP, dando espaço para que a mulher possa ter um papel ativo durante todo o processo. Por fim, no módulo Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade, em que pretendemos dar resposta a todas as necessidades manifestadas pela puérpera/casal, quer sobre o seu próprio autocuidado, quer sobre os cuidados ao RN. Neste módulo, as intervenções realizadas permitiram o aprimorar dos cuidados específicos a puérperas/casais e RN em contexto de internamento, bem como o apoio à família.

Também, as competências na área da PBE foram aperfeiçoadas, uma vez que a prática deve sempre acompanhar a evolução do conhecimento. Como em qualquer área, o conhecimento deve ancorar todas as intervenções, para que estas sejam as mais seguras, eficazes e significativas para os clientes. Ora, o mesmo se aplica na investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma vez que um dos objetivos do estágio é demonstrar e desenvolver competências no domínio da investigação científica.

Ora, estando as EESMO responsáveis pela preparação para o parto e sabendo nós que era pertinente o estudo que sustente a eficácia e o benefício para implementar um projeto que vise preparar a mulher para o parto, em meio aquático, surgiu neste contexto, o

interesse para o nosso estudo, tendo como opção metodológica a revisão integrativa da literatura, centrada nos benefícios da preparação para o parto em meio aquático, cujos resultados emergentes nos permitem afirmar que é um método eficaz de preparação para o parto e pode contribuir para promover a mudança nas práticas.

É de salientar a importância desta atividade, pois permitiu-nos, enquanto futuras mestres e enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, obter importantes conhecimentos e habilidades neste domínio de atuação, no sentido de tornar o nosso trabalho mais rigoroso e eficiente. Incluímos, também, como características chave do sucesso que obtivemos neste estágio, o contexto, a cultura do local de trabalho, a qualidade da liderança de enfermagem e o compromisso da organização com a utilização de múltiplas fontes de evidência para garantir o êxito e a qualidade dos cuidados prestados.

Ainda, diríamos que o modelo teórico de McCormack et al. (2015) que elegemos serviu de base à nossa reflexão sobre a prática dos cuidados prestados, permitindo-nos ter em conta a influência do contexto e reconhecer os atributos dos EESMO para os cuidados individualizados, centrados na mulher. Contempla pré-requisitos que se traduzem nos atributos dos enfermeiros, como a competência, a clareza dos seus valores e crenças, a dedicação em providenciar os melhores cuidados, a capacidade de comunicação e o auto-conhecimento, que têm que estar presentes para que se chegue ao resultado pretendido, o empoderamento e os cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

Para concluir, diríamos que valeu a pena passar por este desafio, que marcou uma etapa transformadora do nosso projeto de vida, cujos reflexos se repercutiram não só no crescimento como profissional, mas também enquanto pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). doi:10.1002/14651858.CD006672.pub3
- Aguilar Cordero, M. J., Rodríguez Blanque, R., Sánchez López, A. M., Baena García, L., Sánchez García, J. C., López Contreras, G., & Rodríguez Blanquet, R. (2016). Influencia del programa SWEP (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: protocolo de estudio. *[Not Available]*. 33(1), 162-176. doi:10.20960/nh.28
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 64-77.
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour: Reviews. *Cochrane Systematic Review - Intervention*, 2. doi:10.1002/14651858.CD006066.pub3
- Ali, K.-J., Fatemeh, S., & Mansour, K. (2014). Effectiveness of Educational Program Based on the Theory of Reasoned Action to Decrease the Rate of Cesarean Delivery Among Pregnant Women in Fasa, Southern Iran. *Journal of Education and Community Health*, 1, 62-71. doi:10.20286/jech-010162
- Alio, A., Lewis, C., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A Community Perspective on the Role of Fathers During Pregnancy: A Qualitative Study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 60. doi:10.1186/1471-2393-13-60
- AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES (2014). Delayed umbilical cord clamping [Position statement].
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2015a). The Apgar Score. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2015b). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2016). Preterm (Premature) Labor and Birth. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2017a). Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2017b). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. Washington: ACOG.

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2017c). Postpartum Hemorrhage. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2018a). Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2018b). Optimizing Postpartum Care. Washington: ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2019). Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists Practice. Bulletin Induction of Labor 2009 reaffirmed 2019. NO. 107. Washington: ACOG.
- Amorim, C. (2012). Hábito Intestinal de Lactentes Recebendo Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Paraense de Medicina*, 25(4), 1-2.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5). doi:10.1002/14651858.CD000331.pub4
- Antonakou, A. (2017). Hands-on or hands-off the perineum at childbirth: A re-appraisal of the available evidence. *European Journal of Midwifery*, 1(5), 1-3. doi:10.18332/ejm/78588
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *American Journal of Nursing*, 114(3), 53-58.
- Assis, T. R., Sá, A. C. A. M., Amaral, W. N. d., Batista, E. M., Formiga, C. K. M. R., & Conde, D. M. (2013). Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de multíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(1), 10-15.
- ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (2014). Segurança Rodoviária. Criança Passageiro. Lisboa: APSI.
- AUCKLAND DISTRICT HEALTH BOARD (2017). Bladder Care Postpartum and Management of Urinary Retention.
- Ayres de Campos, D., Amaral, A., Mateus, M., & Faria, A. (2014). Cuidados Assistenciais de Rotina durante o Trabalho de Parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., pp. 209-212). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Ayres de Campos, D., & Calado, E. (2014). Episiorrafia e Correção de Lacerações Perineais de 2º Grau. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., pp. 242-244). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.

- Ayres de Campos, D., & Machado, L. (2014). Corticoterapia Antenatal para Estimulação da Maturidade Fetal. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., pp. 76-77). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Ayres de Campos, D., Spong, C., Chandrachan, E., Valent, S., & Alhaidari, T. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 13-24. doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.020
- Bacchi, M., Mottola, M. F., Perales, M., Refoyo, I., & Barakat, R. (2018). Aquatic Activities During Pregnancy Prevent Excessive Maternal Weight Gain and Preserve Birth Weight: A Randomized Clinical Trial. *American Journal Of Health Promotion: AJHP*, 32(3), 729-735. doi:10.1177/0890117117697520
- Baines, S., & Murphy, S. (2010). *Aquatic Exercise for pregnancy*. Cumbria: M&K Update Ltd. ISBN: 978-1-905539-42-0.
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural*. . Lisboa: 4 Estações Editora. ISBN: 9789898761194.
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Maia, N. d. L., & Gabrielloni, M. C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 478-484.
- Barbosa, M., Moreira, S., & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, 41-47.
- Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD007412.pub5
- Bélanger-Lévesque, M.-N., Pasquier, M., Roy-Matton, N., Blouin, S., & Pasquier, J.-C. (2014). Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: A cross-sectional comparative study. *BMJ open*, 4, e004013. doi:10.1136/bmjopen-2013-004013
- Benfield, R. D., Hortobágyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2010). The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological research for nursing*, 12(1), 28-36. doi:10.1177/1099800410361535
- Berens, P., & Brodribb, W. (2016). ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, Revised 2016. *Breastfeeding Medicine*, 11. doi:10.1089/bfm.2016.29008.pjb

- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116, 1167-1176. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x
- Bick, D., & Bassett, S. (2013). How to... provide postnatal perineal care. *Midwives Magazine*, 16, 34-35.
- Binkley, H. M., Binkley, J. L., & Wise, S. (2017). Aquatic Exercise in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 31-36.
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L. d., Oliveira, M. I. C. d., & Vasconcellos, A. G. G. (2011). Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista de Saúde Pública*, 45, 69-78.
- Bohren, M., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Booth, A. (2016). The literature review: its role within research. In *Systematic approaches to a successful literature review*. Los Angeles.
- Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). The Integrative Review method in organizational studies. *Gestão e Sociedade Belo Horizonte*, 5(11), 121-136.
- Bovbjerg, M. L., & Siega-Riz, A. M. (2009). Exercise during pregnancy and cesarean delivery: North Carolina PRAMS, 2004-2005. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(3), 200-207. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00324.x
- Bradford, B., & Maude, R. (2018). Maternal perception of fetal movements in the third trimester: A qualitative description. *Women and Birth*, 31(5), e287-e293. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.007>
- Brearley, A. L., Sherburn, M., Galea, M. P., & Clarke, S. J. (2015). Pregnant women maintain body temperatures within safe limits during moderate-intensity aqua-aerobic classes conducted in pools heated up to 33 degrees Celsius: an observational study. *Journal of Physiotherapy (Elsevier)*, 61(4), 199-203. doi:10.1016/j.jphys.2015.08.004
- Bullough, L., Wilkinson, D., Burns, S., & Wan, Y.-L. (2014). Changing wound care protocols to reduce postoperative caesarean section infection and readmission. *Wounds UK*, 10, 72-76.
- Caldwell, L., & Grobbel, C. C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319-326.

- Cardoso, A. (2014). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas. ISBN: 978-363-974-400-2.
- Cardoso, A., Marin, H., & Silva, A. (2017). Pregnant Women's Knowledge Gaps about Breastfeeding in Northern Portugal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 07, 376-385. doi:10.4236/ojog.2017.73039
- Carvalho, A., & Zangão, M. (2014). Contributo do Contacto pele-a-pele na Temperatura do Recém-Nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 63-67.
- Carvalho, R. (2012). Parto Pré-termo (PPT). In N. Clode, C. C. Jorge, & L. M. d. Graça (Eds.), *Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica*. (2ª ed.). Lisboa: Hospital de Santa Maria.
- Castán Mateo, S., Homs, J. J. T., Colás, S. G., & Colás, M. L. G. (2013). *Obstetricia para Matronas. Guía Práctica*. Madrid: Panamericana. ISBN: 9788498354393.
- Cavkaytar, S., kokanali, K., Baylas, A., Topçu, H. O., Laleli, B., & Taşçı, Y. (2014). Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 15, 140-143. doi:10.5152/jtgga.2014.13102
- Cesar, M. A. P., Leite, J. M., Muniz, R. C. C., & Ortiz, J. A. (2011). Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 31(2), 126-130.
- Chaves, B. (2011). *Estudo da colonização por Streptococcus agalactiae, de mulheres em idade fértil, na área metropolitana do Porto*. (Tese de Mestrado), Universidade do Porto, Porto.
- Chrisman, J., Jordan, R., Davis, C., & Williams, W. (2014). Exploring evidence-based practice research. 12(4), 8-12. doi:10.1097/01.NME.0000450295.93626.e7
- Correia, T. I. G., & Pires, C. S. M. (2016). Que Técnica Usar nos Cuidados ao Cordão Umbilical do Recém-Nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 17.
- Costa, A., Calado, E., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014). Ameaça de Parto Pré-Termo. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., pp. 81-82). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Costa, A., Souza, E. B., Guimarães, J. V., & Vieira, F. (2013). Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 790-801. doi:10.5216/ree.v15i3.22832
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V., & Duarte, J. (2014a). Contributos da Preparação para o Parto na Perceção de Cuidados Culturais. *Millenium*, 47, 21-32.

- Coutinho, E. C., Antunes, J. G. V. C., Duarte, J. C., Parreira, V. C., Chaves, C. M. B., & Nelas, P. A. B. (2016). Benefits for the Father from their Involvement in the Labour and Birth Sequence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 435-442. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.010>
- Coutinho, J. P., Castro, T., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014b). Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., pp. 217-220). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Cruz, S. (2012). *Competências Parentais na Amamentação: Contributos Para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Cubal, A., & Pereira, S. (2014). Parto pré-termo: rastreio e prevenção. *Acta Obstet Ginecol Port* 8(3), 276-282.
- Cunningham, G., Leveno, K., Spong, C., Hauth, J., & Bloom, S. (2012). *Obstetrícia de Williams* (M. Hill Ed. 23ª ed.). São Paulo: McGraw Hill. ISBN: 978-856-330-869-6.
- DECRETO-LEI n.º 25/2014 (2014). Diário da República, 1.ª série (n.º 84), 2 de maio de 2014 . Lisboa.
- Dekker, R. (2017). Evidence on: Eating and Drinking During Labor.
- Denis, A., Michaux, P., & Callahan, S. (2012). Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 124-134. doi:10.1080/02646838.2012.677020
- DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING OF AUSTRALIA (2014). South Australian Perinatal Practice Guideline: Perineal Care. South Australia.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015b). Trabalho de Parto Estacionário. Lisboa: DGS.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: DGS.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2018). Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG. Lisboa: DGS.
- Diz, R. (2014). *Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa – Qual a sua Importância?* (Tese de Mestrado Integrado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

- Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V. C., Lago, P. N. d., & Mesquita, N. S. d. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery*, 18, 262-269.
- Domke, R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., & Carbonell-Bellolio, P. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83, 635-642.
- Duarte, M., Chrizostimo, M., Christovam, B., Ferreira, S., Souza, D., & Rodrigues, D. (2014). Atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção Puerperal: Revisão Integrativa. *Journal of Nursing UFPE*, 8(2), 434-440.
- Elharmeel, S. M. A., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., & van Driel, M. L. (2011). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD008534.pub2
- Fahey, J., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of midwifery & women's health*, 58. doi:10.1111/jmwh.12139
- Farradellas Guitart, J. (2014). Análisis sobre la laxitud ligamentosa en función de los niveles de relaxina, la inestabilidad de tobillo que se deriva y su tratamiento en consulta podológica. *El Peu*, 35(2), 8-13.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, M. A. Batista, & R. Marques (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-146-1.
- Felgueiras, M. C. M. A., & Graça, L. C. C. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(11), 77-84.
- Fernandes, J. D., Machado, M. C. R., & Oliveira, Z. N. P. d. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. . *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86, 102-110.
- Ferrão, A., & Zangão, M. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3, 887. doi:10.24902/r.riase.2017.3(1).887
- Ferrarello, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to Skin-to-Skin Care During the Postpartum Stay. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 39, 56-61. doi:10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d

- Francisco, A. A., Oliveira, S. M. J. V. d., Santos, J. d. O., & Silva, F. M. B. d. (2011). Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 94-100.
- Furtado, A. (2015). *Gestão da ansiedade materna através da técnica de imaginação guiada*. (Relatório de Estágio), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48.
- Gomes, G., & Santos, A. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6. doi:10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407
- Gourounti, C., Karapanou, V., Karpathiotaki, N., & Vaslamatzis, G. (2015). Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece. 8. doi:10.3823/1624
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-fetal* (5ª ed.). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-288-8.
- Grobman, W. A., Kavanaugh, K., Moro, T., DeRegnier, R. A., & Savage, T. (2010). Providing advice to parents for women at acutely high risk of periviable delivery. *Obstet Gynecol*, 115(5), 904-909. doi:10.1097/AOG.0b013e3181da93a7
- Guerra, M. J. (2010). *O Parto Desejado: Expectativas de um Grupo de Grávidas*. (Tese de Mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Guerra, M. J., Braga, M. C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 117-124.
- Guimarães, M., Gouveia, A., & Pereira, J. (2014). Tocólise. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., pp. 83-84). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 16(1), 160. doi:10.1186/s12978-019-0826-2
- Heinemann, J., Gillen, G., Sanchez-Ramos, L., & Kaunitz, A. (2008). Do mechanical methods of cervical ripening increase infectious morbidity? A systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199, 177-187; discussion 187. doi:10.1016/j.ajog.2008.05.005
- Hersh, M. (2016). Rheumatoid arthritis – Ten reasons aquatic exercise works!

- Hinton, L., Locock, L., & Knight, M. (2014). Partner Experiences of “Near-Miss” Events in Pregnancy and Childbirth in the UK: A Qualitative Study. *PloS one*, 9(4), e91735. doi:10.1371/journal.pone.0091735
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Holzmann, M., Wretler, S., Cnattingius, S., & Nordström, L. (2015). Cardiotocography patterns and risk of intrapartum fetal acidemia. *Journal of Perinatal Medicine*, 43(4), 473-479.
- Huang, X., Chen, L., & Zhang, L. (2019). Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers After Cesarean Delivery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33, 68-73. doi:10.1097/JPN.0000000000000384
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2019). Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Portugal: ICN.
- Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD006641.pub3
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2013). JBI Levels of Evidence. Nursing & Health Sciences. Retrieved from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2020). JBI Reviewer's Manual. Nursing & Health Sciences. Retrieved from: https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual+-+pdf+updated+March+2020?preview=/61636614/62390385/JBI_Reviewers_Manual_2020March.pdf.
- Karino, M., & Felli, V. (2012). Enfermagem Baseada em Evidências: Avanços e Inovações em Revisões Sistemáticas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11, 011-015.
- Kelly, M., Johnson, E., Lee, V., Massey, L., Purser, D., Ring, K., . . . Wood, D. (2010). Delayed VERSUS immediate pushing in second stage of labor. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 35, 81-88. doi:10.1097/NMC.0b013e3181cae7ad
- Kennedy, H., Grant, J., Walton, C., Shaw-Battista, J., & Sandall, J. (2010). Normalizing Birth in England: A Qualitative Study. *Journal of midwifery & women's health*, 55, 262-269. doi:10.1016/j.jmwh.2010.01.006
- King, T., & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of midwifery & women's health*, 59, 572-585. doi:10.1111/jmwh.12261

- Koopmans, L. (2015). *Clinical practice guideline for the management of women who report decreased fetal movements*.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 9*. doi:10.2147/JMDH.S116957
- Lafaurie, M., Castañeda, K., Castro, D., Laverde, S., Balaguera, L., López, C., . . . Pardo, Y. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo Experiences of pregnant women with high risk pregnancy. *Revista Colombiana de Enfermería, 6*, 15-28.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD003934.pub3
- Lemos, A., Amorim, M. M. R., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD009124.pub3
- Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery, 50*, 72-77. doi:10.1016/j.midw.2017.03.015
- Leroy, L. d. S., Lúcio, A., & Lopes, M. H. B. d. M. (2016). Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50*(2), 200-207.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF*.
- Lockwood, C., Aromataris, E., & Munn, Z. (2014). Translating Evidence into Policy and Practice. *Nursing Clinics of North America, 49*. doi:10.1016/j.cnur.2014.08.010
- Lohmeyer, D. (2017). The Benefits of Water-Based Pregnancy Exercise. *Australian Midwifery News, 17*(4), 40-41.
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica* (10ª ed.). Brasil: Elsevier.
- Lowson, K., Offer, C., Watson, J., McGuire, B., & Renfrew, M. J. (2015). The economic benefits of increasing kangaroo skin-to-skin care and breastfeeding in neonatal units: analysis of a pragmatic intervention in clinical practice. *International Breastfeeding Journal, 10*(1), 11. doi:10.1186/s13006-015-0035-8
- Luís, S., Costa, G. A., & Casteleiro, C. (2014). Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão. *Millenium, 47*, 33-46.

- Machado, J. (2014). *O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido – Uma revisão integrativa da literatura*. (Tese de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55. doi:<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
- Majeed, N., & Tariq, S. (2013). Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 17(2), 234-237.
- Marques, J. B., & Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros: Uma Emergência Obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 613-620.
- Marques, M. (2014). *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal: Baseado nas Recomendações da OMS*. Universidade de Évora, Évora.
- Marshall, J., & Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for Midwives* (16ª ed.).
- Martins, M. d. F. d. S. V. (2011). *Educação para a saúde e vigilância pré-natal: inter-confluências profissionais e familiares*. (Tese de Doutoramento), Universidade do Minho, Braga.
- Mascarello, K. C., Horta, B. L., & Silveira, M. F. (2017). Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, 51.
- Mautner, E., Stern, C., Deutsch, M., Nagele, E., Greimel, E., Lang, U., & Cervar-Zivkovic, M. (2013). The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: An observational cohort study. *Health and quality of life outcomes*, 11, 194. doi:10.1186/1477-7525-11-194
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., . . . Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1-15. doi:10.19043/ipdj.5SP.003
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: Addressing contextual challenges through practice development. *Online journal of issues in nursing*, 16, 3.
- Medeiros, G., & Souza, L. (2010). Proposta de criação de protocolo de enfermagem para o cuidado de pacientes com abscesso de parede pós-cesáreo. *Com. Ciências Saúde*, 21(10), 09-20.

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. L. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23, 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., . . . Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. doi:10.1016/S0140-6736(16)31472-6
- Mineiro, L., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, M. A. Batista, & R. Marques (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-146-1
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía: MSSSI.
- Monteagudo, B., Labandeira, J., León-Muiños, E., Romarís, R., Ramírez-Santos, A., González-Vilas, D., . . . Toribio, J. (2011). Influence of Neonatal and Maternal Factors on the Prevalence of Vernix Caseosa. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 102(9), 726-729. doi:<https://doi.org/10.1016/j.adengl.2011.11.002>
- Montenegro, C., & Rezende Filho, J. (2013). *Rezende - Obstetrícia* (12ª ed. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, LTDA. ISBN: 978-852-772-594-1.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11). doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4
- Moreira, K. d. A. P., Araújo, M. Â. M., Fernandes, A. F. C., Braga, V. A. B., Marques, J. F., & Queiroz, M. V. O. (2009). O Significado do Cuidado ao Parto na Voz De Quem Cuida: Uma Perspectiva à Luz da Humanização. *Cogitare Enfermagem*, 14(4). doi:10.5380/ce.v14i4.16389
- Moroni, R. M., Magnani, P. S., Haddad, J. M., Castro, R. d. A., & Brito, L. G. O. (2016). Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(2), 97-111.
- Morton, S. U., & Brodsky, D. (2016). Fetal Physiology and the Transition to Extrauterine Life. *Clinics in perinatology*, 43(3), 395-407. doi:10.1016/j.clp.2016.04.001
- NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2010). Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines. Atlanta.

- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2014). Postnatal care: clinical guideline 37. London: NICE.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2017). Intrapartum care: Care of healthy women and babies. London: NICE.
- Néné, M., Batista, M. A., & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-146-1.
- Nereu Bjorn, M. B., Neves de Jesus, S., & Casado Morales, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación: beneficios para la salud *Journal Clínica y Salud*, 24, 77-83.
- Nicolussi, A. (2012). *Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico*. (Tese de Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing research and practice*, 2013, 349124. doi:10.1155/2013/349124
- Nogueira, J. R. D. F., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(8), 57-66.
- Nomura, R. M. Y., Ferreira, M. V. C., Latif, I. O. A., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2013). Concordância entre a percepção materna dos movimentos fetais e a visualização pela ultrassonografia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35, 55-59.
- Nunes, S., & Vargens, O. M. d. C. (2014). O Uso do Gelo para Alívio da Dor no Cuidado à Parturiente: Revisão Integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, 1(3), 95-99.
- Oliveira, A., Rodrigues, D., Guedes, M., & Felipe, G. (2010). Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista Rene*, 11, 32-41.
- Oliveira, V., & Madeira, A. (2011a). Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Escola Anna Nery*, 15, 103-109.
- Oliveira, V., Madeira, A., & Penna, C. (2011b). Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*, 12(1), 49-56.
- Oliveira, D., & Mandú, E. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Escola Anna Nery*, 19, 93-101.
- Olsen, N., & Karjane, N. (2017). Abnormal Labor. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar. Parecer nº 23. Lisboa: OE.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). Projecto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série (n.º 85), 3 de maio de 2019. Regulamento n.º 391/2019. Lisboa: OE.
- Órfão, A., & Gouveia, C. (2009). Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25. doi:10.32385/rpmgf.v25i3.10631
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Geneva: OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS.
- Palinski, J., Souza, S., Silveira, J., Rejane, N., & Gualda, D. (2012). Women's perception of the process of labor coaching: Study descriptive. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11, 274-288. doi:10.5935/1676-4285.20120026
- Pearson, A., Jordan, Z., & Munn, Z. (2012). Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. *Nursing research and practice*, 2012, 792519. doi:10.1155/2012/792519
- Peleckis, M. V., Francisco, A. A., & Oliveira, S. M. J. V. d. (2017). Perineal Pain Relief Therapies After Postpartum. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2).
- PELVIC OBSTETRIC & GYNAECOLOGICAL PHYSIOTHERAPY (2017). Aqunatal Guidelines - Guidance on antenatal and postnatal exercises in water. Reino Unido: POGP.
- Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: LUSODIDACTA. ISBN: 978-989-8075-73-4.

- Petroni, L., Silva, T., Santos, A., Marcon, S., & Mathias, T. (2012). Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11. doi:10.4025/cienccuidsaude.v11i3.15369
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. doi:<https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
- Pinar, G., Avsar, F., & Aslantekin, F. (2018). Evaluation of the Impact of Childbirth Education Classes in Turkey on Adaptation to Pregnancy Process, Concerns About Birth, Rate of Vaginal Birth, and Adaptation to Maternity: A Case-Control Study. *Clinical Nursing Research*, 27(3), 315-342. doi:10.1177/1054773816682331
- Pio, D. A. M., & Capel, M. d. S. (2015). Os significados do cuidado na gestação. *Revista Psicologia e Saúde*, 7, 74-81.
- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Filadélfia: Wolters Kluwer Health.
- Porto, A., Amorim, M., & Souza, A. (2010). Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*, 38, 527-537.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª ed.): ELSEVIER. ISBN: 978-853-528-701-1.
- Póvoas, A., & Lisboa, F. (2014). Correção de Lacerações Perineais de 3º e 4º grau no Pós-Parto Imediato. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Prates, L. A., Schmalfuss, J. M., & Lipinski, J. M. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery*, 19, 310-315.
- Quattrin, R., Iacobucci, K., Tina, A., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferro, S. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care: A Case-Control Study in Italy. *Medicine*, 95, e3207. doi:10.1097/MD.0000000000003207
- Ramalho, C. (2014). Vigilância de Rotina na Gravidez de Baixo Risco. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. d. Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed. ed., pp. 6-7). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-035-8.
- Redshaw, M., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: early mother-infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30(5), 177-187. doi:10.1016/j.midw.2014.02.003

- Ribeiro, D. H. F., Lunardi, V. L., Gomes, G. C., Xavier, D. M., & Chagas, M. C. d. S. (2014). Vivências de Cuidado da Mulher: A Voz das Puérperas. *Revista de enfermagem UFPE*, 8(4), 820-826. doi:10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201404
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review %J Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 38, 136-140.
- Rodríguez-Blanke, R., Sánchez-García, J. C., Sánchez-López, A. M., & Aguilar-Cordero, M. J. (2019a). Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomized clinical trial. *Peerj*, 7, e6370-e6370. doi:10.7717/peerj.6370
- Rodríguez-Blanke, R., Sanchez-Garcia, J. C., Sanchez-Lopez, A. M., Expósito-Ruiz, M., & Aguilar-Cordero, M. J. (2019b). Randomized Clinical Trial of an Aquatic Physical Exercise Program During Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(3), 321-331. doi:10.1016/j.jogn.2019.02.003
- Rodríguez-Blanke, R., Aguilar-Cordero, M. J., Marín-Jiménez, A. E., Núñez-Negrillo, A. M., Sánchez-López, A. M., & Sánchez-García, J. C. (2020). Influence of a Water-Based Exercise Program in the Rate of Spontaneous Birth: A Randomized Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 795. doi:10.3390/ijerph17030795
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (2016). Exercise pregnancy: Statement and guidelines. Austrália: RANZCOG.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (2011). Reduced fetal movements. Green-top Guideline No. 57. London.
- Rudnicka, A., & Owen, C. (2012). An introduction to systematic reviews and meta-analyses in health care. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 32, 174-183. doi:10.1111/j.1475-1313.2012.00901.x
- Salazar-Castelblanco, L., Restrepo-Jiménez, P., Lasalvia, P., Hernández-Tarapués, F., Castañeda-Cardona, C., & Rosselli, D. (2018). Atosiban efficacy and safety in pregnant women with threatened preterm delivery: systematic review of the literature with network meta-analysis. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69, 270-302.
- Salim, N. R., Araújo, N. M., & Gualda, D. M. R. (2010). Body and Sexuality: Puerperas' Experiences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 732-739.

- Santana, S., & al., e. (2011). *Benefícios da Preparação para a Parentalidade no Parto*. Portimão.
- Santos, J., Tambellini, C., & Oliveira, S. (2011a). Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15, 453-458.
- Santos, N., Veiga, P., & Andrade, R. (2011b). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 355-358.
- Saviani-Zeoti, F., & Petean, E. B. L. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 675-683.
- Seabra, J. (2009). O Choro do Bebê. *Portal dos Psicólogos*.
- Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Consenso Clínico: Cuidados cutâneos no recém-nascido. Retrieved from http://lusoneonatalogia.com/site/upload/consensos/2014-Pele_RN.pdf Accessed in November 2019
- Sharma, D., Sharma, P., & Shastri, S. (2017). Golden 60 minutes of newborn's life: Part 2: Term neonate. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(22), 2728-2733. doi:10.1080/14767058.2016.1261399
- Silva, C. (2012). *Transição para a parentalidade: necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico*. (Tese de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Silva, L. M., Oliveira, S. M. J. V. d., Silva, F. M. B. d., & Alvarenga, M. B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 656-662.
- Silva, S. M. (2011). *Icterícia Neonatal*. (Tese de Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). The labor progress handbook – Early interventions to prevent and treat dystocia. *International Journal of Childbirth Education*, 24(4).
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD003930.pub3
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD009514.pub2
- SMITH & NEPHEW MEDICAL LIMITED. (2019). PICO* | dispositivo ultra-portátil de Terapia de Pressão Negativa. Retrieved from <http://feridas.smith-nephew.pt/pro-pico.html> Accessed in November 2019

- Smyth, R., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 6. doi:10.1002/14651858.CD006167.pub4
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA (2012). Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais. Lisboa: SPG.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA (2013a). Consenso Clínico: Hipoglicemia neonatal. Lisboa: SPN.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA (2013b). Icterícia Neonatal. Lisboa: SPN.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (2013). Consenso Clínico: Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo *Streptococcus agalactiae*. Lisboa: SPP.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa*, 27(2), 89-94. doi:10.5830/CVJA-2016-021
- Sosa, C., Althabe F, Belizán, J., Bergel, E., & al., e. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-18.
- Sousa, A. (2015). *Construir A Confiança Para O Parto: Desenvolvimento E Avaliação De Um Programa De Intervenção Em Enfermagem*. (Tese de Doutoramento), Lisboa.
- Sousa e Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(3), 17-26.
- Sousa e Silva, C., & Sardo, D. (2014). Banho do recém-nascido: evidências. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 68-70.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*, 2, 17-26.
- Sousa, L. d., Haddad, M. L., Nakano, A. M. S., & Gomes, F. A. (2012). Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 472-479.
- Souza, A. B., & Fernandes, B. M. (2014). Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. *Rev Rene*, 15(4), 594-604. doi:10.15253/2175-6783.2014000400006
- Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Neto, C. N., & Amorim, M. M. R. (2010). Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina*, 38(4), 195-201.

- Souza, M., Mandu, E., & Elias, N. (2013). Perceptions of nurses regarding their work in the family health strategy. *Texto Contexto Enferm*, 22(3), 772-779.
- Souza, S. R. R. K., & Gualda, D. M. R. (2016). A Experiência da Mulher e de seu Acompanhante no Parto em uma Maternidade Pública. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25.
- Stan, E. A. (2014). Pregnancy and Aquatic Aerobic Activity. *Sport & Society*, 14, 260-268.
- Steen, M., & Cummins, B. (2016). How to repair an episiotomy. *Nursing Standard*, 30(25), 36-39. doi:10.7748/ns.30.25.36.s46
- Stern, C., Trapp, E.-M., Mautner, E., Deutsch, M., Lang, U., & Cervar-Zivkovic, M. (2014). The impact of severe preeclampsia on maternal quality of life. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23(3), 1019-1026. doi:10.1007/s11136-013-0525-3
- Stoll, K., & Hall, W. (2012). Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of perinatal education*, 21, 229-237. doi:10.1891/1058-1243.21.4.229
- Sulemanji, M., & Vakili, K. (2013). Neonatal renal physiology. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22(4), 195-198. doi:<https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.10.008>
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (2012a). Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Second Stage of Labour. London: RCM.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (2012b). Positions for Labour and Birth: Evidence Based Guidelines. London: RCM.
- Toohill, J., Jennifer, F., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41. doi:10.1111/birt.12136
- Turawa, E. B., Musekiwa, A., & Rohwer, A. C. (2014). Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi:10.1002/14651858.CD010273.pub2
- U.S. Department of Health and Human Services (2017). Healthy People 2020: Maternal, infant, and child health.
- Vaan, M. D. T., Eikelder, M. L. G., Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W. M., . . . Boulvain, M. (2019). Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10). doi:10.1002/14651858.CD001233.pub3

- Veeramah, V. (2016). The use of evidenced-based information by nurses and midwives to inform practice. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 340-350. doi:10.1111/jocn.13054
- Vieira, M., & Reis, A. (2017). Capacitação dos Pais no Pós-Parto para a Promoção da Saúde do Bebê: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(2), 132-143.
- Vilarinho, L., Pinho, P., & Costa, L. D. (2015). Programa Nacional de Diagnóstico Precoce: relatório 2014. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Waldow, V., & Borges, R. (2011). Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta Paul Enferm*, 24(3), 414-418.
- Wilhelm, L., Neumaier Alves, C., Carbonell Demori, C., Silva, S., Meincke, S., & Ressel, L. (2015). Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: A descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14, 284. doi:10.17665/1676-4285.20155206
- Wloch, C., Wilson, J., Lamagni, T., Harrington, P., Charlett, A., & Sheridan, E. (2012). Risk factors for surgical site infection following caesarean section in England: Results from a multicentre cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 119, 1324-1333. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03452.x
- Yang, M., Li, L., Zhu, H., Alexander, I., Liu, S., Zhou, W., & Ren, X. (2009). Music Therapy To Relieve Anxiety In Pregnant Women On Bedrest. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 34, 316-323. doi:10.1097/01.NMC.0000360425.52228.95
- Zimmermann, J., Gomes, C., Tavares, F., Peixoto, I., Melo, P., & Rezende, D. (2009). Complicações puerperais associadas à via de parto. *Rev méd Minas Gerais*, 19(2), 109-116.
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the Challenges: Maternal Movement and Positioning to Facilitate Labor Progress. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 35, 72-78. doi:10.1097/NMC.0b013e3181caeab3