ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: CUIDADOS AO COTO UMBILICAL – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Sob a orientação da Professora Doutora Cândida Koch

Susana da Luz Carvalho Marinho

Porto | 2017

AGRADECIMENTOS

Embora de natureza individual, a realização deste relatório contou com importantes contributos e orientações. A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, expresso o meu sincero agradecimento. No entanto, desejo manifestar a minha profunda gratidão em particular:

À Professora Cândida Koch, pelo empenho, pelo rigor e competência científica que conferiu à orientação deste trabalho, pela disponibilidade, pelo apoio, pela motivação e pelos desafios lançados, pelo constante incentivo e por todas as preciosas críticas e sugestões durante a orientação.

À equipa EESMO do bloco de partos do CHTS que me acompanhou, à Enfª Alfredina Silva pela sua orientação, instrução, simpatia, conhecimentos partilhados e acompanhamento na aquisição de competências de EESMO. Não esquecendo os restantes elementos, Enfª Olga Domingues, Enfª Fátima Pinto, Enfª Paula Cerqueira, Enfª Fátima Almeida, Enfª Sandra Monteiro, bem como todos aqueles com quem contactei e que contribuíram para a minha aprendizagem, pelo carinho, pela competência, pelo apoio e por me proporcionarem o maior número de experiências possível.

Às orientadoras do serviço de Obstetrícia I e II, à Enfª Diana Leite, Enfª Crstina Couto e Enfª Andreia Cruz, por todo carinho, empenho, orientação, acompanhamento e motivação com que guiaram os meus passos ao longo deste percurso.

Aos meus pais, irmã e namorado pelo amor, pela confiança, pela força, pela compreensão e apoio incondicional, manifestados de forma incessante, mostrando-se sempre presentes, atentos e disponíveis, ao longo da realização deste trabalho.

SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO – Associação Portuguesa dos Enferfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

CEBM – Centre for Evidence-Based Medicine

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DPP – Data Provável do Parto

DUM – Data da Última Menstruação

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – International Federation of Gynecologists and Obstetricians

HTA – Hipertensão Arterial

IG – Idade Gestacional

LA – Líquido Amniótico

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

NICE – National Insitute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTT – Parto Pré-Termo

RCIU – Restrição do Crescimento Intra-Uterino

RN – Recém-Nascido

ROD – Retenção do Ovo Desvitalizado

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

O presente relatório de estágio descreve o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), ao longo do Estágio: gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.
Este documento pretende descrever as atividades, estratégias e reflexões desenvolvidas ao longo do percurso formativo, no âmbito da intervenção do EESMO dirigida à mulher, que permitiram o desenvolvimento das competências específicas, definidas no Regulamento de Competências de Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros.
As áreas de intervenção descritas ao longo do trabalho privilegiaram a prestação de cuidados especializados à mulher nas diferentes fases do ciclo reprodutor, nomeadamente gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e puerpério.
Uma complicação que surja no decurso da gravidez traduz um risco acrescido para o bem-estar materno-fetal, necessitando de acompanhamento e intervenções específicas, visando a promoção da saúde e facilitando o processo de maternidade e transição para a parentalidade. O trabalho de parto e o parto são momentos marcantes na vida da mulher/casal, cujo desenrolar fisiológico carece de uma assistência específica e competente, dando resposta às necessidades da mulher/casal, feto e recém-nascido. O período de puerpério é uma fase de grande vulnerabilidade para a mulher, no qual o EESMO implementa intervenções e estratégias promotoras do autocuidado e da preparação para a parentalidade, fomentando a saúde e bem-estar da mulher e recém-nascido. Assim, adotaram-se práticas baseadas na evidência científica, de modo a que os cuidados de enfermagem e a tomada de decisão tenham por base os melhores conhecimentos científicos. Todas as intervenções e atividades foram fundamentadas com pesquisa científica, promovendo uma prática especializada de excelência.
Neste âmbito, desenvolveram-se competências na área da investigação, apresentando-se o resultado de uma revisão integrativa da literatura, direcionada para o aprofundamento do conhecimento científico em relação às intervenções do EESMO nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. A pertinência do tema visou dar resposta às necessidades da prática clínica. Na instituição, os cuidados ao coto umbilical realizavam-se com água e sabão, pelo menos três vezes por dia. A evidência científica recomenda a técnica *Dry Care* como forma de diminuir o tempo de queda do coto, diminuindo assim o risco de infeção.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; competências; cuidados de saúde; coto umbilical.

ABSTRACT

This probation report describes the Specialized Nurse in Nursing Maternal Health and Obstetrics (EESMO) developing and acquiring skills process during the probationary period: Pregnancy; Labour, Delivery and Postpartum.

The present document is intended to describe the activities, strategies and ideas developed over the formative path in the EESMO's scope of the intervention addressed to the woman, which have offered the development of specific competences, as defined in the Ordem dos Enfermeiros' (Board of Nursing) Nursing Specialized Care Competences.

The intervention areas described in the course of work have focused on the provision of specialized care to the woman at the different stages of the reproductive cycle, namely in complications arising from pregnancy, labour and childbirth and puerperium.

A complication that arises during the course of the pregnancy involves an increased risk to foetal-maternal well-being, requiring monitoring and specific interventions aimed at promoting health and facilitating the process of maternity and the transition to parenthood. The labour and delivery are important moments in the woman/couple life, whose physiological development requires a specific and responsible assistance, addressing the woman/couple, foetus, and new-born needs. The puerperium period is a great vulnerability phase for the woman, in which the EESMO implements interventions and strategies to promote the self-care and preparation for parenthood, fostering the woman, and newborn's health and well-being. Therefore, practices based on scientific evidence were implemented in order the nursing care and decision-making are will be based on the best scientific knowledge. All the interventions and activities were based on scientific research, promoting a specialized practice of excellence.

In this regard, competences in the research area have been developed, presenting the results of an inclusive review of literature, aimed to the deepening of scientific knowledge related to the EESMO's interventions on the newborn's umbilical cord care. The relevance of subject was designed to address the clinical practice needs. Within the institution, the umbilical cord care has been performed with soap and water, at least three times a day. The scientific evidence recommends the Dry Care technique as a means of reducing the time of fall of the newborn's umbilical cord, therefore lowering the risk of infection.

Keywords: Specialized Nurse in Nursing Maternal Health and Obstetrics; skills; health care; umbilical cord.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Efeitos colaterais da gravidez 26
Quadro 2 - Grávidas de risco e respetivas atividades desenvolvidas ao longo do estágio ... 35
Quadro 3 - Algoritmo de correção de insulina para diabéticas insulinotratadas. 86
Quadro 4 - Componentes da pergunta PICO 100
Quadro 5 - Caracterização dos estudos selecionados 103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Mulheres e recém-nascidos assistidos ao longo do estágio 120
Gráfico 2 - Distribuição dos partos de acordo com as suas características 125

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 15

1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO: GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO 19

1.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES 24

1.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO 40

1.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E DA PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE 70

1.3.1 Revisão Integrativa da Literatura – Cuidados ao coto umbilical 96

1.3.1.1 Introdução 96

1.3.1.2 Método de Investigação 99

1.3.1.3 Resultados 101

1.3.1.4 Discussão 110

1.3.1.5 Conclusão 115

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO NO ESTÁGIO 119

CONCLUSÃO 127

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 129

ANEXOS 147

ANEXO I – PROTOCOLO: RASTREIO, DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO 149

ANEXO II – PROTOCOLO: ORIENTAÇÃO CLÍNICA NA PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA 153

INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), para além de conferir ao Enfermeiro o grau de Mestre, permite a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de atividades de investigação. Este nível de formação permitirá ao Enfermeiro prestar cuidados especializados, na área específica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

No âmbito da Unidade Curricular – Gravidez, Parto e Pós-Parto – inserida no segundo ano do MESMO da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvemos um estágio de natureza profissional com elaboração de relatório de atividades que evidencie as vivências e atividades desenvolvidas ao longo desta etapa de aprendizagem clínica, fundamentadas e refletidas, tendo por base a mais recente evidência científica, demonstrando que a tomada de decisão para os cuidados de Enfermagem foi suportada cientificamente.

A progressão da profissão, nomeadamente para os Enfermeiros Especialistas, só pode ser alcançada com o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática profissional baseada em evidência científica. O Enfermeiro Especialista encontra-se dotado das competências necessárias para solucionar problemas de saúde complexos, intervindo de acordo com os princípios inerentes a uma boa prática em Enfermagem, atuando no melhor interesse e benefício dos clientes e cidadãos, respeitando o seu direito a cuidados de saúde efetivos, seguros e de qualidade. Importa validar conhecimentos para uma tomada de decisão que culmine na intervenção mais adequada e com o mais alto nível de evidência científica face a cada situação específica na arte de cuidar (Schmit et al., 2003, cit por Pedrolo et al., 2009).

A prática baseada na evidência (PBE) pode ser definida como a relação entre pesquisa científica e a prática clínica, ou seja, *utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica* (Bras, 2007, p. 1). De acordo com Galvão (2000 cit por Pedrolo et al., 2009) a melhor evidência científica decorre da pesquisa clínica relevante, centrada na pessoa para aperfeiçoamento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção.

Este nível de formação especializada preconiza o desenvolvimento de atividade de

investigação científica, que oriente para a melhoria da prática clínica, promovendo o interesse pela procura do conhecimento, a qualidade dos cuidados e a reflexão sobre as práticas em uso. A reflexão sobre a nossa prática levou-nos a questionar sobre qual será a melhor forma de cuidarmos o coto umbilical, tendo em conta que esta intervenção carece de uniformidade nos procedimentos efetuados nas diversas instituições hospitalares. Assim, pretendemos determinar qual a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem ao coto umbilical, de forma a possibilitar uma melhor tomada de decisão, apoiada em recomendações efetivas de boas práticas nos cuidados de promoção da queda e prevenção da infeção do coto umbilical do recém-nascido (RN), baseadas em evidência científica.

O presente relatório, realizado ao longo do estágio, foi desenvolvido com o objetivo de evidenciar todo o percurso formativo, dissertando sobre as várias atividades clínicas que permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências de diagnóstico, técnicas e relacionais de forma a promover uma prática de excelência, e especializada, no acompanhamento à mulher/casal e família, aquando da vivência da gravidez com complicações, do trabalho de parto e do período pós-parto.

A gravidez é um evento complexo, na vida da mulher, com mudanças de diversas ordens. É uma experiência repleta de emoções, sentimentos e comportamentos específicos referentes ao nascimento de um filho. Este período é marcado pela sua grande complexidade, não só pelas mudanças a nível biológico, psicológico e social associadas, mas também por exigir ajustes individuais na adaptação a uma nova identidade e novas tarefas, o que causa variações nos níveis de ansiedade e maior vulnerabilidade face às situações do dia-a-dia. No decurso da gravidez, a mulher imagina o momento do nascimento do seu filho, aumenta a incerteza sobre o seu desfecho e sobre a viabilidade fetal, o que se traduz em grande vulnerabilidade emocional para si. Assim, o período gestacional *per si* constitui uma fase de ansiedade, fantasias, receios e expectativas. No entanto, com o emergir de uma complicação ou o agravamento de alguma doença prévia à gravidez, com necessidade de internamento, a mulher/casal e família vivenciam um aumento do stresse, que pode dificultar a ligação mãe-filho e a transição para a parentalidade. A parentalidade refere-se ao processo maturativo que leva ao estado parental e à reestruturação psicoafectiva, permitindo aos futuros pais desenvolverem funções executivas de proteção e educação dos descendentes, respondendo às necessidades físicas, afetivas e psíquicas dos seus filhos, integrando-os na cultura familiar. O processo de transição para a parentalidade implica, deste modo, importantes adaptações na vida dos progenitores, das quais resulta um significativo crescimento pessoal e conjugal, sendo tipicamente acompanhada por redução

da satisfação conjugal e colocando em risco os cuidados prestados ao RN. Neste processo o EESMO pode constituir-se um elemento facilitador (Canavarro, 2001).

O parto apresenta-se como um marco singular e significativo na vida da mulher/casal e família. Assim como na gravidez, o parto traz mudanças, embora de modo mais repentino, caracterizando-se como a passagem de um estado a outro, num curto espaço de tempo, com a particularidade de ser irreversível. O trabalho de parto e parto constituem eventos complexos, pois envolvem dor, sobrecarga emocional, vulnerabilidade, possíveis danos físicos e até a morte, além de representar uma mudança definitiva de papéis. A gravidez e o parto são, portanto, eventos marcantes na vida da mulher/casal e família, nos quais estão presentes os valores culturais, sociais, emocionais e afetivos, representando mais do que simples mudanças biológicas, já que são integrantes da importante transição do *status* de "mulher" para o de "mãe" (Silva, 2011). Assim, é necessário garantir a satisfação da parturiente, apoiando na tomada de decisão ao longo de todo o processo do trabalho de parto e parto, sendo o EESMO o profissional mais qualificado para esse efeito.

O nascimento do RN é o momento do encontro face a face da mãe com o bebé, que passa de imaginário a real, e se trona um ser "independente" da mãe. É no período pós-parto que a mulher atribui outro sentido à maternidade, caracterizando-se por ser um período bastante vulnerável à existência de crises psicológicas, devido às profundas modificações desencadeadas pelo parto. Assim, o puerpério constitui uma fase de recuperação, física e emocional, no sentido de retornar ao estado não gravídico. Esta fase é característica, não apenas pelas alterações fisiológicas específicas deste período, mas também porque os desafios e as exigências aumentam, com a responsabilidade de cuidar e de promover o desenvolvimento de outro ser humano, totalmente dependente, implicando amamentação em horário livre, alteração dos hábitos de sono e repouso, preocupações com outros filhos, se existentes, pouco tempo para a gestão das tarefas domésticas e para o autocuidado. É neste âmbito que o EESMO exerce um papel importante, orientando e promovendo o autocuidado e os cuidados ao RN.

Este documento encontra-se dividido em dois grandes capítulos. O primeiro capítulo remete para uma breve introdução ao estágio de uma formal geral. Contudo, apesar do estágio ser um todo compreendeu várias temáticas, nas quais desenvolvemos diferentes atividades promotoras da nossa aprendizagem e que pretendemos descrever nos três subcapítulos correspondentes ao estágio de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e o período de pós-parto. Neste último subcapítulo será integrada a revisão integrativa da literatura sobre os cuidados ao coto umbilical, onde apresentamos todo o processo de investigação desenvolvido: definição da problemática, método de pesquisa, análise dos

resultados, bem como a sua discussão e reflexão das suas principais conclusões. O segundo capítulo contempla uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio, como meio para o desenvolvimento de competências.

1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO: GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO

O estágio de natureza profissional, desenvolvido ao longo de um ano letivo em diferentes unidades do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), contempla três áreas de cuidados à mulher/casal, nomeadamente no âmbito de gravidez com complicações associadas, num total de 100 horas; à mulher em trabalho de parto (TP) e parto, num total de 500 horas; à mulher em situação de pós-parto e a respetivos RN's, num total de 300 horas.

De acordo com o plano de estudos e com o nosso projeto pessoal, propusemo-nos atingir os seguintes objetivos:

- Adquirir competências de intervenção no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, em trabalho de parto, no parto e no puerpério;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de Enfermagem especializada à mulher e família no âmbito da saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade;
- Desenvolver competências promotoras de práticas emancipatórias do papel parental;
- Mobilizar os conhecimentos teóricos com suporte na prática baseada em evidência científica, problematizando uma temática da prática clínica, de interesse pessoal, e suscetível de contribuir para a excelência da prática do EEESMO.

Foram, também, objetivos deste estágio o desenvolvimento de capacidades e competências específicas do EESMO, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2010, assim como a mobilização de conhecimentos de forma a promover uma prática especializada de excelência durante o acompanhamento da mulher no seu processo de maternidade e transição para a parentalidade.

O relatório de atividades desenvolvidas no decurso do estágio pretende expressar as vivências e atividades desenvolvidas ao longo das várias áreas clínicas. A nossa prática baseou-se na evidência científica, de modo a que, os cuidados de enfermagem e a nossa tomada de decisão tivessem por base os melhores fundamentos científicos.

A tomada de decisão está presente em todo o trabalho do enfermeiro, visto que este

tem de adaptar as suas intervenções a cada situação e a cada cliente. Segundo Almeida e colaboradores (2011, p.132), a tomada de decisão é definida como *a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado. Deve ser feita com conhecimento, racionalidade, competência e consciência, para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou mais próximo dele.* Estes autores defendem que a tomada de decisão passa por uma série de etapas: avaliação inicial/análise (identificação do problema); diagnóstico (definição do problema); planeamento (identificação de alternativas); intervenção (implementação da decisão) e avaliação final (avaliação da resposta ou resultados). Banning (2007, cit. por Dias, 2012) define tomada de decisão como sendo um processo de gestão das dificuldades sentidas, processo esse, que os Enfermeiros realizam diariamente quando refletem sobre os cuidados prestados. De acordo com Mourão (2009, p.18), o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem *é abordar a importância crescente que a profissão vai conquistando nos domínios da formação, profissionalização, autonomização e investigação.* O mesmo autor refere que, decidir faz parte de todo o processo de construção do Enfermeiro, desde o saber até ao saber fazer com qualidade, incorporando o pensamento crítico e a anamnese para identificação e classificação das situações clínicas. É por este motivo que a prática baseada na evidência assume tal importância, pois serve como linha orientadora no momento da decisão, para que ela seja tomada tendo por base o conhecimento científico.

A prática de enfermagem baseada em evidência é a *aplicação de informações válidas, relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do Enfermeiro* (Cullum et al., 2010; p.24). Como referem Craig e Smyth (2004, p.3), os Enfermeiros *precisam desenvolver competências chave de forma a aceder e a utilizar, apropriadamente, a evidência na prática clínica*. O conhecimento científico fundamentado na investigação traduz um método rigoroso de adquirir, implementar e desenvolver novas ideias, bem como a reflexão sobre situações práticas e a recontextualização dos saberes teóricos.

Na profissão de Enfermagem, a Prática Baseada na Evidência integra em si a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica da evidência disponível, a implementação da evidência científica na prática e apreciação dos resultados (Galvão, 2000, cit. por Pedrolo et al., 2009). A OE (2006) considera que o conhecimento resultante da investigação em Enfermagem melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde. Galvão e colaboradores (2002) referem que no processo de implementação de intervenções de Enfermagem baseadas na evidência científica, o Enfermeiro necessita ter conhecimento e competência para ser capaz de interpretar os resultados de estudos científicos, olhando-os

como uma ajuda no processo de tomada de decisão. Deste modo, a prática baseada na evidência fomenta o pensamento crítico para a tomada de decisão.

O processo de desenvolvimento de competências exige, por parte do estudante, uma tomada de decisão suportada pela evidência científica, assim como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades (Martins et al, 2006). A aprendizagem em contexto clínico é, portanto, um processo de assimilação de conhecimentos, aptidões e atitudes inerentes ao processo de cuidados de enfermagem, que permite ao estudante experienciar e vivenciar situações enriquecedoras para o seu desenvolvimento de competências. Alarcão e Rua (2005, cit. por Dias, 2012, p.16) referem que *o desenvolvimento de competências determina a capacidade de integrar os vários saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais, inserida num contexto próprio numa perspetiva ecológica, baseada na ação, na interação e sobretudo, na reflexão contínua.* O termo competência pode ser referido como sendo um termo polissémico, sem um significado único, pelo que apresenta três proposições que se completam entre si: *tomada de iniciativa e responsabilidade do profissional nas situações que se confrontam*, mas também, *a inteligência prática apoiada nos conhecimentos adquiridos, a fim de serem transformados à medida que essas situações aumentam*, e ainda, *a faculdade de mobilização e compartilhamento de desafios, a fim de assumir áreas de responsabilidades (*Bomfim, 2012, p. 48). No âmbito da Enfermagem, Santo (1999, p. 54) define competências como *características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao Enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação.* Podemos dizer que o Enfermeiro é um profissional dotado de competências, demonstrando qualidade em tudo o que realiza.

A OE (2010, p.1) preconiza que o EESMO seja dotado de um conjunto de competências clínicas especializadas, especificando que:

> *O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.*

Na prática da enfermagem obstétrica, o termo competência remete para o uso ou conhecimentos e comportamentos exigidos numa prática segura. O EESMO é reconhecido como um profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres

para lhes prestar apoio, cuidados e aconselhamento durante a gravidez, parto e pós-parto de baixo risco. As competências do EESMO passam por assumir qualquer responsabilidade durante o trabalho de parto, assim como prestar cuidados adequados ao RN de baixo risco. Esse cuidado inclui medidas preventivas, a promoção do parto normal e o rastreio de complicações na mãe e RN (ICM, 2013).

Deste modo, ao longo do estágio, desenvolvemos e adquirimos competências, através de um processo de integração, construção e mobilização de saberes. Processo esse, acompanhado de uma orientação tutorial que nos incentivou a construir um pensamento e uma prática reflexiva, promotora da aquisição de competências, que nos possibilitou a construção de uma identidade profissional própria, num caminho para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Apesar do estágio ser contínuo e entendido como um processo único, as diferentes etapas permitiram-nos experiências diferentes, em diferentes contextos, com diferentes tutoras, no entanto, em todas as etapas passamos por um processo de integração no serviço. A integração no serviço passa pelo conhecimento da estrutura dos serviços, que inclui o conhecimento dos métodos de trabalho utilizados, dos sistemas de registo dos cuidados de Enfermagem, bem como dos protocolos instituídos, que tiveram lugar nos primeiros turnos de cada estágio, com o objetivo de facilitar a adaptação do aluno à instituição. O processo de integração de um estudante num serviço é particularmente importante, pois este necessita de um adequado plano de incorporação ajustado às suas necessidades, assim como uma eficiente supervisão, de modo a estimular o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade da prestação de cuidados (Macedo, 2012). Segundo Benner (2001, cit. por Carvalho, 2016, p. 18), *a integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia.* Frederico (2001, cit. por Macedo, 2012), refere que a integração é a admissão do indivíduo no serviço/instituição, e a sua respetiva orientação no ambiente laboral, considerando este período promotor do desenvolvimento profissional para *agir em situação.*

Para que não nos sentíssemos estranhos no serviço efetuou-se uma integração gradual, quer na equipa, quer na estrutura, quer na dinâmica de trabalho, de modo a permitir-nos um sentimento de segurança e familiaridade com a instituição, reduzindo o medo e a insegurança, e de forma a contribuir para uma melhor execução das atividades, promovendo a autonomia e a tomada de decisão (Macedo, 2012; Carvalho, 2016). Nesta fase

de integração, o estabelecimento de uma relação supervisiva e orientadora da tutora para comigo foi de crucial importância para todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências (Macedo, 2012). Foi importante para o nosso desenvolvimento de competências e para a prestação de cuidados de excelência, a reflexão crítica, por parte da tutora connosco, sobre as nossas práticas de forma a implementarmos as mudanças e melhorias à medida que o estágio se desenrolava. Inicialmente a nossa postura foi mais de observação das atividades, das rotinas e dos procedimentos dos serviços, passando depois a uma atividade conjunta, o que significa que a prestação de cuidados foi executada por ambos, de modo a complementar as nossas ações, ajudando-nos a construir a nossa autonomia; culminando na fase em que já conseguíamos decidir e intervir autonomamente, mantendo-se, no entanto, a orientação e a supervisão de forma mais discreta (Macedo, 2012).

A realização deste estágio permitiu desenvolver uma prática profissionalizante relevante, sob supervisão clínica, através de um plano de atividades de acordo com o preconizado no Decreto-Lei nº322/87 de 28 de Agosto:

- Consultas a grávidas, incluindo a realização de 100 exames pré-natais;
- Prestação de cuidados e vigilância a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização de, pelo menos, 40 partos, ou, no caso de não ser possível este número por falta de parturientes, realizar no mínimo 30 partos, na condição de estudante participar, para além destes, em mais 20 partos;
- Participação ativa em pelo menos um parto de apresentação pélvica;
- Prática da episiotomia e iniciação à sutura;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas (durante e depois do parto), em situação de risco;
- Exame de, pelo menos 100 parturientes e RN de baixo risco;
- Vigilância e cuidados a parturientes e RN, incluindo RN de pré-termo, de baixo peso ou que apresentem alterações;
- Cuidados em situações patológicas do domínio da ginecologia e da obstetrícia.

Ao longo deste relatório tentámos evidenciar as atividades desenvolvidas promotoras da aquisição e desenvolvimento de competências, sobre as quais refletiremos de forma crítica no final deste documento.

1.1. Desenvolvimento de Competências Específicas no Âmbito da Gravidez com Complicações

No serviço de Obstetrícia II, realizou-se o estágio de Gravidez com Complicações com duração de quatro semanas. O serviço de Obstetrícia II tem uma lotação de vinte e uma camas, distribuídas por quatro enfermarias de quatro camas cada, e ainda cinco quartos individuais. Este serviço encontra-se dividido em dois, sendo uma parte destinado a mulheres do foro ginecológico e a outra parte destinada a grávidas com patologia. A equipa de Enfermagem era constituída por quatro elementos nos turnos da manhã e dois elementos nos turnos da tarde e da noite, sendo pelo menos um dos elementos, especialista em saúde materna e obstetrícia em cada turno, responsável pelas grávidas. Assim, sob a supervisão da tutora de estágio, ficávamos responsável pelos cuidados à grávida, que passaram por monitorização de sinais vitais, vigilância da coloração da pele, hidratação das mucosas, comportamentos da grávida, despiste de sinais e sintomas associados a cada patologia, realização da cardiotocografia (CTG), auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF) e implementação de um plano de cuidados diferenciado tendo em conta cada patologia.

No decorrer deste estágio surgiram experiências variadas o que nos ajudou na aquisição e desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados a mulheres com patologias associadas à gravidez. Implicou uma reflexão sobre as necessidades específicas das grávidas e sobre as intervenções mais adequadas. Assim, de acordo com as competências aprovadas pela OE (2010), o estudante deverá ser capaz de proceder ao rastreio, encaminhar e cuidar da mulher grávida e família, em situação de risco, de uma forma culturalmente congruente, de forma a promover a saúde da mãe e do filho. Os cuidados de enfermagem, por nós prestados à grávida, foram realizados de acordo com a patologia, com os procedimentos e com os protocolos instituídos no serviço.

A gravidez é um estado biologicamente natural, no qual a mulher gera um feto dentro de si. Este processo acompanha o desenvolvimento humano desde os tempos primórdios. A gravidez é a condição de desenvolver e alimentar um feto no corpo, durante aproximadamente 40 semanas, correspondendo ao período entre a fecundação e o nascimento. É um período que implica rápidas e inevitáveis alterações nas funções corporais, psicológicas e sociais. Este é um período que causa impacto na vida, não só da mulher, mas também da família, pois é ao longo da gravidez que se inicia a preparação para a parentalidade. O termo parentalidade é sinónimo de tomar conta, assumindo

responsabilidades de ser mãe/pai, enveredando por comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um novo elemento na unidade familiar. Este período é marcado, também pela interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (ICN, 2017).

Ao longo da gravidez, os futuros pais empreendem ações para se prepararem para assumir o novo papel de ser mãe/pai, constituindo-se um período de transição. A transição é o caminho de adaptação a um novo estado, nunca voltando ao ponto de partida, ou seja, é o processo de mudança nos estádios que implica adaptação à nova situação e que pressupõe uma reorganização e autoredefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida (Magalhães, 2011). A gravidez constitui uma transição desenvolvimental, na medida em que está associada a uma mudança no ciclo de vida, porém, no âmbito da gravidez com complicações a mulher enfrenta, também, uma transição de saúde/doença, que exige muitas vezes a necessidade de internamento, surgindo de forma inesperada, o que constitui um evento crítico na vida da mulher/casal, obrigando-a a enfrentar uma transição situacional que poderá dificultar a adaptação à gravidez e à parentalidade. Para Chick e Meleis (1986, p.239-240) a transição é *a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (…) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a perceção da alteração e os padrões de resposta.*

A maternidade é um dos acontecimentos mais importantes na vida da mulher, pois é considerada como um desafio à sua maturidade e um assumir de novas responsabilidades quer familiares quer sociais (Cordeiro, 1994, cit. por Fonseca, 2012). Por esse motivo, a transição para a maternidade pode desencadear situações de stresse, pois exige por parte da mulher uma capacidade de mobilizar mecanismos de adaptação à sua nova condição social – ser mãe, exigindo um reajuste no seu relacionamento conjugal, na sua vida social, económica e profissional, o que requer um esforço físico e psicológico na prevenção de possíveis desequilíbrios e perturbações emocionais (Lourenço, 2013; Mendes da Graça et al., 2010). É, portanto, um processo que acarreta modificações no organismo materno, induzidas pelo crescimento do feto e, consequentemente, pela enorme alteração hormonal que é responsável pela adaptação do organismo a esta nova condição. Estas alterações no corpo feminino afetam praticamente todo o organismo, manifestando-se, essencialmente através do sistema cardiorrespiratório, músculo-esquelético e metabolismo basal, verificando-se, também, alterações do centro de gravidade, da postura e do equilíbrio (Silva, 2012).

Todas estas alterações manifestam-se em sinais e sintomas, designados como efeitos colaterais da gravidez, variando consoante o trimestre. Assim sendo, torna-se importante compreendê-los, pelo que, resumimos os mais frequentes em cada trimestre segundo alguns autores (Silva, 2012; Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014), no quadro seguinte:

Quadro 1 - Efeitos colaterais da gravidez

Trimestre	Efeitos colaterais da gravidez
Primeiro trimestre (1 a 13 semanas)	Hipertrofia e hiperplasia uterina por efeito do estrogénio e progesterona; surge o sinal de Hegar e o sinal de Chadwick; alterações gastrointestinais (vómitos, náuseas, obstipação); alterações urinárias e vaginais (polaquiúria, leucorreia); tensão mamária; aumento de peso e volume corporal progressivo; fadiga, cansaço fácil e sonolência (devido au aumento do metabolismo basal, levando a aumento do consumo de oxigénio e aumento da temperatura corporal); aumento da filtração renal; aumento de transporte de oxigénio; aumento do fluxo cardíaco; aumento progressivo do volume sanguíneo e consequente aumento da frequência respiratória.
Segundo trimestre (14 a 26 semanas)	Diminuição do peristaltismo, hiperpigmentação (cloasma, linha negra e aumento da pigmentação das aréolas e mamilos), aparecimento de estrias, aumento da secreção sebácea e aumento da sudorese; ocorrência de cãibras e lombalgias; dá-se o pico do aumento do volume sanguíneo entre as 20 e 24 semanas (surge a anemia fisiológica devido à hemodiluição); aumento do pulso (10-15 pulsações/minuto); diminuição da pressão arterial habitual; aumento da sensibilidade e desejo sexual; aumento progressivo do volume mamário (proliferação dos galactóforos e dos alvéolos mamários); alterações na morfologia renal (estase urinária que leva a aumento do pH e aumento da suscetibilidade a infeção urinária).
Terceiro trimestre (27 a 40 semanas)	Aumento do tamanho do útero devido à pressão mecânica resultante do crescimento fetal; agravamento da polaquiúria (diminuição da capacidade vesical); fadiga; desconforto físico; dificuldade em dormir e repousar; pirose, azia e enfartamento; sensação de dificuldade respiratória; aparecimento ou agravamento das varizes, edemas e hemorroides (devido à compressão das veias ilíacas e da veia cava inferior pelo útero); síndrome de hipotensão supina (compressão da veia cava pelo útero na posição supina, o que reduz o retorno venoso para o cérebro e coração); pressão arterial reestabelece os níveis anteriores à gravidez; lordose e alteração do centro de gravidade devido à distensão abdominal; relaxamento das articulações por efeito da relaxina.

A gravidez torna-se, assim, um processo exigente em termos dos mecanismos de adaptação. No entanto, pode ocorrer uma gravidez que exija mais cuidados especiais, que dificulte a adaptação natural à condição, impedindo o processo de aceitação e de adaptação, pois as fantasias criadas pela grávida/casal relativamente ao feto imaginário ficam comprometidas perante uma situação patológica, ou perante possíveis complicações (Canavarro, 2001; Colman e Colman, 1973). São várias as complicações, que eventualmente, surgem na gravidez e que podem pôr em risco o bem-estar fetal e materno, porém, quando detetadas precocemente podem ser prevenidas ou tratadas. Este constituiu, um dos nossos desafios em estágio: detetar eventuais fatores de risco ou desvios à normalidade do estado gravídico, bem como alertar para sinais e sintomas que possam indicar uma complicação.

Considera-se gravidez de risco aquela em que é possível identificar algum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de *Goodwin* modificada (DGS, 2015). A gravidez de risco constitui uma ameaça para o feto e para a mãe, levando a um aumento da

probabilidade de anomalias fetais. Os critérios definidores de gravidez de risco poderão dever-se a diferentes fatores: condições sociodemográficas (idade superior a 35 anos, adolescentes, IMC ≥ 30 ou peso ‹ 45 kg), comportamentais (toxicodependência, alcoolismo, hábitos tabágicos), exposição a fatores teratogénicos, antecedentes relacionados com complicações obstétricas, patologia materna associada à gravidez atual ou patologia própria da gravidez atual (Ministério da Saúde, 2012).

Na admissão ao serviço, as nossas primeiras intervenções privilegiaram o acolhimento da mulher. O enfermeiro tem um papel importante, no sentido de facilitar a integração da pessoa num ambiente desconhecido, diminuindo a ansiedade induzida pela hospitalização. Assim, de modo a diminuir todas as emoções e sentimentos negativos que o internamento possa causar, as nossas intervenções no acolhimento, tiveram o objetivo de promover o conforto da grávida, fornecendo informações sobre o desconhecido (serviço e rotinas), para que a gestante se familiariza-se com o serviço, ajudando-a a encarar a hospitalização de uma forma mais positiva e a minimizar o impacto psicológico negativo. Deste modo, a admissão à grávida, após consulta do respetivo processo clínico, iniciou-se com a nossa apresentação, apresentação do serviço, nomeadamente, o seu quarto e o WC e foram, também, fornecidas informações sobre as rotinas, tais como, o horário das visitas e das refeições. Desde o momento da admissão que, foi nosso objetivo estabelecer uma relação de confiança e de empatia, tornando-se, por vezes terapêutica. Assim, desde o início que demonstramos disponibilidade em esclarecer dúvidas que surgissem; promovemos um ambiente de confiança e privacidade, compreensão e respeito mútuo; promovemos respeito pela cultura, religião, raça e valores da grávida. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2007) o acolhimento integra várias vertentes desenvolvidas pelo enfermeiro, tais como: suporte emocional, pela vulnerabilidade que possa causar a situação de internamento e/ou doença; apoio na integração à unidade hospitalar prestando informações, nomeadamente sobre direitos e deveres; a gestão de expectativas relativamente ao tempo de internamento, aos benefícios disponíveis, às condições de vida após o internamento; apoio na adaptação à situação; recolha de informação pertinente à prestação de cuidados e, posteriormente, à preparação da alta e continuidade dos cuidados.

Aproveitávamos este momento, junto da grávida, para fazer o levantamento de informações necessárias à elaboração da história clínica para conhecer a sua situação atual e complementar as informações já existentes no processo, para o planeamento dos cuidados de enfermagem de acordo com as reais necessidades da gestante, permitindo também, a continuidade dos cuidados prestados. Para a realização da avaliação inicial recolheram-se os seguintes elementos: a história clínica (peso pré-gravídico, medicação usada, alergias,

hábitos de consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, bem como história de doenças familiares), dados antropométricos, contactos da pessoa significativa, a história obstétrica e ginecológica, o índice obstétrico, a profissão, o estado civil e a necessidade de apoio social.

Após a colheita de dados procedeu-se ao exame físico da grávida, compreendendo o exame geral e a avaliação dos sinais vitais. Os sinais vitais são dados importantes e a sua avaliação faz parte das rotinas do enfermeiro, pois são sinais clínicos que permitem uma avaliação do estado de saúde da cliente. São, portanto, indicadores do funcionamento fisiológico básico, ou seja, indicam o estado de equilíbrio térmico, endócrino, circulatório e respiratório. A finalidade da monitorização dos sinais vitais prende-se com o reconhecimento e avaliação das possíveis complicações da condição hemodinâmica da cliente e, intervir em tempo útil, com intervenções adequadas, permite prevenir maiores complicações e promover o retorno à condição basal da cliente (Waldimir, 2015). Ao longo de todo o estágio foi prática comum a avaliação dos sinais vitais – a frequência cardíaca, a tensão arterial (TA), a temperatura, a respiração e a dor – pelo menos uma vez por turno, sendo reavaliados de acordo com a prescrição médica e sempre que a situação clínica da mulher o exigisse. Nas mulheres com patologia cardíaca, hipertensão arterial (HTA) crónica, pré-eclâmpsia, HTA gestacional, a avaliação era de duas em duas horas ou de quatro em quatro horas, consoante prescrição médica. Estes parâmetros são interpretados pelos enfermeiros, obtendo-se informação sobre a gravidade da doença/estado de saúde e constituindo um ponto de partida para identificar diagnósticos de enfermagem, decidir sobre as intervenções a implementar ou, eventualmente, avaliar as intervenções implementadas e tomar decisões sobre a resposta da grávida à respetiva terapêutica instituída (Teixeira et al, 2015).

Fez parte do exame físico da grávida a palpação do abdómen, através das Manobras de *Leopold*, quatro manobras específicas que permitem perceber onde se localiza o foco de auscultação, qual a apresentação do feto (porção fetal que ocupa o estreito superior), a posição (relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo materno), a atitude fetal (deflexão ou flexão), a descida da apresentação na cavidade pélvica e ainda a perceção do número de fetos (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Tivemos, também, a oportunidade de calcular a idade gestacional (IG), a partir da data da última menstruação (DUM), no sentido de procedermos ao cálculo do número de semanas de gravidez. Em alguns casos procedemos ao cálculo da data provável do parto (DPP) através da regra de *Nägele*, que consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrair três meses e adicionar um ano, considerando que, sendo regular, a mulher tem ciclos de 28 dias e que a gravidez se deu no décimo quarto dia. Contudo, o método mais fidedigno para a datar corretamente a gravidez é a ecografia, que permite

também avaliar a viabilidade fetal, diagnosticar e caracterizar uma gravidez múltipla, rastrear cromossomopatias e diagnosticar anomalias congénitas (Mendes da Graça et al., 2010).

Dependendo da IG, procedíamos à realização da CTG ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais. Para auscultação dos batimentos cardíacos fetais intermitente, utilizou-se a Ultrassonografia Doppler, aparelho que permite a emissão das ondas sonoras através dos movimentos cardíacos fetais convertendo-os em sinais elétricos que podem ser contados (Lowdermilk e Perry, 2008; Mendes da Graça et al., 2010). Esta intervenção foi realizada uma vez por turno a todas as grávidas com IG entre as 12 e as 28 semanas, na ausência de TP. O exame carditocográfico é uma ferramenta amplamente utilizada pelo EESMO para avaliação do bem-estar fetal (OE, 2011; Ministry of Health, 2016). No entanto, a evidência cientifica não apoia o uso rotineiro da CTG em grávidas de baixo risco e/ou sem complicações (OE, 2011). É comumente realizada no terceiro trimestre de gravidez (após as 28 semanas), podendo ser realizada antes das 26 semanas de gestação, dependo da situação (Grivell et al, 2015). De acordo com o Ministry of Health (2015) e com Grivell e colaboradores (2015), a CTG deve ser efetuada quando existem doenças, ou problemas específicos, que possam afetar a saúde do feto, tais como: hipertensão arterial, pré-eclampsia ou hipertensão não controlada ou progressiva, elevação súbita da pressão arterial, diabetes, patologia tireoideia, gravidez prolongada (partir de 41 semanas), hemorragia vaginal, movimentos fetais reduzidos, rotura prematura de membranas <37 semanas, restrição de crescimento, infeção fetal, gravidezes múltiplas, índice de líquido amniótico, inferior a cinco centímetros ou superior a vinte e cinco centímetros e, ainda, em caso de atividade uterina antes das 37 semanas de gestação.

A avaliação da CTG permite obter informação sobre a saúde do feto, através do registo da FCF, a da interação entre os movimentos fetais e as contrações uterinas. A monitorização cardiotocográfica constitui, assim, um exame de diagnóstico complementar, cujo objetivo é *avaliar, identificar e monitorizar a saúde materno-fetal durante a gravidez, podendo eventualmente constituir um elemento subsidiário à formulação de diagnósticos de enfermagem e intervenções, quando se deteta uma FCF não tranquilizadora* (OE, 2011, p.5). Assim, a CTG permite avaliar a reatividade fetal, aceitando-se como parâmetros normais, ou seja "feto reativo": apresentar linha de base entre 110 e 160 batimentos por minuto; a variabilidade da linha de base deve ser superior a cinco batimentos por minuto; ter, pelo menos, dois movimentos fetais com pelo menos duas acelerações de 15 batimentos por minuto, durante pelo menos 15 segundos, durante 20 minutos de registo de CTG, sem apresentar desacelerações. As acelerações correspondem ao aumento da FCF. Quando surgem acompanhando os movimentos fetais, é indicação de boa oxigenação e boa

coordenação entre o sistema nervoso central do feto e o coração, correspondendo assim a uma resposta a um estímulo fetal, como esperado. No entanto, a FCF varia de acordo com a IG devido à maturação do sistema nervoso do feto (OE, 2011; Grivell et al, 2015; FIGO, 2015).

A realização da CTG pode promover a construção da vinculação mãe/pai-filho, na medida em que a audição dos batimentos cardíacos do feto, transformam o bebé imaginário num bebé real. A ligação mãe/pai-filho contribui para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre o casal e o bebé, ainda imaginário. Este vínculo afetivo com o filho tem uma relação diretamente proporcional com a saúde mental da grávida. Acontecimentos significativos durante a gravidez, como a perceção dos movimentos fetais e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, ajudam a desenvolver o vínculo da mãe pelo filho (Silva, 2011).

O diagnóstico de uma patologia, determinante para um internamento, foi um choque para muitas das grávidas que contactámos neste estágio. A necessidade de hospitalização, nas situações de gravidez com complicações, é geradora de stresse, pois a hospitalização consciencializa a grávida do seu estado de doente e afasta-a do suporte familiar, podendo causar dúvidas, medos, ansiedade, solidão e desconfortos físicos. É, neste sentido, que o EESMO deve estar atento e dar o apoio necessário à mulher, proporcionando cuidados humanizados, voltados para a pessoa como um todo, inserida num contexto familiar e sociocultural, facilitando assim a transição para a parentalidade e promovendo a ligação mãe/pai-filho (Monteiro, 2012). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) o acompanhamento de uma grávida de médio/alto risco não é da exclusiva responsabilidade do EESMO, porém, este continua a ter um papel essencial na prestação de cuidados às grávidas e família, na medida em que, colabora com outros profissionais de saúde, geralmente em contexto hospitalar.

O internamento e a necessidade de vigilância e repouso podem causar um impacto a nível emocional e social na mulher e na família, que poderá levar a um aumento de ansiedade e a uma consequente depressão. Alguns sintomas da depressão são confundidos com os efeitos colaterais da gravidez como a fadiga, a insónia, as alterações do apetite e a diminuição de energia. Contudo, a depressão pode originar complicações obstétricas e neonatais, partos prematuros e RN de baixo peso (Correia et al, 2012, p.130). Conversando com as grávidas, conseguimos perceber que o internamento, por um lado, lhes trazia segurança, pois estavam sob vigilância quanto à sua situação patológica, mas, por outro lado, diziam elas que se sentiam presas, com saudades de casa, cansadas de estar ali. Correia e seus colaboradores (2012, pp.131-2) explicam esta controvérsia: *Se por um lado as mulheres se sentem reconfortadas e protegidas sob os cuidados dos profissionais de saúde, por outro, sentem-se culpadas por deixar as suas responsabilidades familiares e profissionais.* Os

mesmos autores descrevem os fatores de stresse causados pelo internamento: *perceção do papel de "doente"; inversão de papéis (de cuidadora, passa a dependente); incerteza em relação à evolução da situação; preocupações em relação ao bem-estar do bebé; cansaço face à espera; sentimento de "prisão", de tédio, de invasão de intimidade e falta de privacidade, desconforto, rotinas diferentes*. De modo a colmatar estes fatores de stresse, procurámos acolher a grávida da melhor forma no serviço, mostrando-nos sempre compreensíveis e disponíveis para esclarecer qualquer dúvida relativa à sua situação e criando oportunidades para se expressar e manifestar as suas emoções e preocupações. Assim, as grávidas foram ultrapassando a apreensão inicial, enquanto procedíamos à monitorização do bem-estar fetal realizando a CTG.

O EESMO é o profissional de saúde com competências para promover o *coping*, facilitando o desenvolvimento da resiliência, de modo a contribuir para a aceitação da patologia diagnosticada e vivência positiva do internamento e da transição para a parentalidade, prestando uma atenção global à saúde (física e mental) da mulher durante o período gravídico e puerperal. A resiliência pode ser entendida como a capacidade de enfrentar uma situação adversa e a capacidade de responder positivamente a essa mesma situação, ficando mais forte e com mais recursos psicológicos mesmo que o sofrimento influencie negativamente a saúde e o desenvolvimento do indivíduo. É considerada uma característica inata, mas também como *uma interação dinâmica entre as características individuais e a complexidade do contexto social* (Filho, 2014, p.2). A mulher/casal em resposta ao desafio que a gravidez com complicações constitui, recorre, ainda que de forma inconsciente, aos seus recursos intrínsecos de resiliência, de modo a potenciar os fatores protetores e minimizar o impacto dos fatores de risco potenciadores de problemas comportamentais e/ou emocionais. Entendem-se como fatores de risco: a perda de confiança dos futuros pais em si próprios, a auto punição, os sentimentos de inutilidade e de fracasso por medo de uma mútua culpabilização pela incapacidade de ter um filho perfeito e saudável. Os fatores protetores prendem-se com a capacidade do casal na resolução de problemas, assim como, um bom relacionamento, a parentalidade competente e o apoio familiar (Filho, 2014; Yunes, 2003).

Ao longo do estágio, prestámos cuidados a grávidas que vivenciaram uma gravidez com complicações, sendo nossa preocupação a promoção de estratégias de *coping*, opondo-nos ao pessimismo e estimulando as capacidades das grávidas para gerirem as dificuldades e promovendo estratégias, que as ajudem a ultrapassar os desafios, proporcionando apoio e discutindo com honestidade as implicações e a natureza das dificuldades, que as complicações da gravidez acarretam, apoiando na tomada de decisão. O EESMO

desempenha um papel crucial na manutenção da perseverança, da autoconfiança, da serenidade, do sentido de vida e da autossuficiência como processo facilitador do ajustamento à maternidade (Felgueiras e Graça, 2013).

Durante o estágio, aproveitámos a oportunidade para explicar às grávidas o desenvolvimento fetal, nomeadamente sobre o desenvolvimento dos sentidos e a sua estimulação, promovendo assim a ligação mãe/pai-filho. Neste sentido, explicámos que o feto abre os olhos pela primeira vez ao sétimo mês, conseguindo distinguir entre o claro e o escuro, pois a luz atravessa o líquido amniótico, apercebendo-se das sombras e das luzes no meio intrauterino, no entanto, é após o nascimento que este passa a distinguir as formas e as cores. A estimulação da visão com focos de luz é controversa segundo os autores, para alguns é inofensiva, para outros é considerado perigoso, argumentando que pode causar danos nos olhos do feto. O tato encontra-se mais evidente ao sétimo mês, quando o feto é capaz de tocar no rosto com as mãos, levar o dedo à boca e bater nas paredes do útero. A estimulação do tato passa por acariciar o abdómen, o feto reage, pois é sensível a esse estímulo e à sensação de carinho transmitida pelo movimento das mãos maternas. No que diz respeito ao paladar, este encontra-se praticamente desenvolvido à décima quarta semana de gestação, sendo capaz de exercer o movimento de engolir e de sucção. Não existem estudos para a estimulação do paladar, no entanto, na prática verifica-se que o feto reage quando a mãe come algo doce, refletindo-se no traçado CTG com acelerações. Os órgãos olfativos do feto encontram-se plenamente formados às 30 semanas, sendo o odor materno o primeiro a ativar o sistema olfativo no RN após o nascimento. A audição é o sentido mais desenvolvido durante a gestação, sendo o mais ativo de todos às 24 semanas, ligando o feto ao meio exterior, através de ruídos como a voz da mãe/pai, sons do organismo materno ou sons do meio ambiente. Assim, a partir da 23ª semana de gestação é possível a estimulação da audição, apesar da limitação auditiva do feto por estar envolvido no líquido amniótico e, portanto, os sons que melhor se propagam através do líquido amniótico são os de baixa frequência, como por exemplo música clássica, notas baixas de piano, sons de instrumento de percussão. Deste modo, a mãe/pai pode ler, falar e cantar para o feto, para um melhor desenvolvimento auditivo (Nunes, 2010; Carvalho, 2011; Mendes da Graça et al., 2010).

Fizeram parte das nossas atividades, ao longo do acompanhamento que efetuámos a cada grávida, vários ensinos no sentido de habilitar cada uma delas para a adoção de medidas para suporte/alívio dos efeitos colaterais da gravidez, e para a adoção de estilos de vida saudáveis, preparando a grávida a alta. Assim, fomos interagindo com ela e com a família para estabelecer uma relação de empatia, todos os momentos de interação constituíram

uma oportunidade para orientar, informar, ensinar e esclarecer dúvidas, de modo a promover o bem-estar materno-fetal, tendo por base focos como o autocontrolo, o autocuidado, e a gravidez, comuns a todos os casos, independentemente da patologia associada. Neste sentido, fizeram parte dos nossos ensinos diários os seguintes: ensino sobre hábitos adequados de higiene corporal, explicando a importância do banho diário devido ao aumento da sudorese, da leucorreia e da suscetibilidade à infeção. O aumento da transpiração na gravidez deve-se ao facto das glândulas sudoríparas estarem extremamente ativas por influência hormonal; o aumento da leucorreia é devido ao aumento da vascularização e descamação cervical, levando ao aumento do muco vaginal. Por estes motivos foi incentivado o banho diário, e foi aconselhado a usarem roupa confortável de algodão, evitando tecidos que possam produzir demasiado calor ou humidade na área genital e assim contribuir para o crescimento de microrganismos; devendo evitar também, roupa apertada na região pélvica para não dificultar a circulação dos membros inferiores. Foi também, instruída para lavar a zona perineal com água morna (de modo a evitar bruscas alterações da dilatação/contração dos vasos sanguíneos) e produtos de higiene íntima ácidos (sem corantes ou perfumes) em movimentos anteroposteriores de modo a prevenir infeções urinárias, muito comuns na gravidez, sendo reforçado o ensino sobre a necessidade da lavagem das mãos antes e depois de ir ao WC; informando sobre a necessidade de estar atenta ao aparecimento de hematúria e disúria, reforçando este facto ao EESMO; informámos sobre as alterações na pele durante a gravidez, observando-se frequentemente o aumento da pigmentação da linha alba, cloasma e estrias gravídicas ao longo deste estágio; explicando às mulheres que não há forma de prevenir o seu aparecimento, mas que geralmente desaparecem, gradualmente, após o parto; aconselhámos a limitação de exposição ao sol e o uso de protetor solar para prevenir o aumento da pigmentação da pele; explicámos às grávidas que a tensão e sensibilidade mamária deve-se ao depósito de gordura por ação do estrogénio e desenvolvimento dos sistemas de ductos, dos lóbulos, proliferação e secreção dos alvéolos e tumefação mamária por ação da progesterona, esta sensibilidade tende a diminuir após o 1º trimestre, no entanto, alertamos a importância do uso de soutien adequado (de algodão, com alças largas e ajustado à mama); aconselhámos estratégias promotoras de sono, na medida em que algumas grávidas referiam dificuldade em adormecer e, neste sentido, aconselhámos a diminuir a ingestão de líquidos antes de se deitar (para diminuir o número de micções noturnas) e a evitar estimulantes (como a cafeína). Foi, ainda, disponibilizado em suporte digital uma sessão indutora de relaxamento e do sono, com recurso à técnica da imaginação guiada; aconselhámos sobre medidas de relaxamento, como ler um livro, ouvir música, pedir uma massagem ao companheiro

aquando da hora da visita e executar exercícios de respiração, inspirando e expirando calmamente. Todas as grávidas que não tinham indicação de repouso absoluto foram incentivadas a praticar algum exercício físico, nomeadamente caminhar, pois melhora a circulação, promove o repouso e relaxamento e previne a obstipação. Para diminuir o risco de obstipação, informámos sobre a importância de ingestão de água (6 a 8 copos por dia); ensinámos sobre como gerir cefaleias. As cefaleias ocorrem devido ao aumento do volume de sangue circulante e da frequência cardíaca que contribuem para a dilatação e distensão das artérias cerebrais, nestes casos, aconselhámos períodos de repouso com sestas, aplicação de compressas húmidas e frias na região frontal e massajar o pescoço, ombros, cara e couro cabeludo; ensinámos sobre como gerir edema, elevando os membros inferiores, quer na posição sentada quer deitada, e promovendo a hidratação de modo a favorecer a diurese. Os edemas devem-se ao aumento da retenção de sódio e água e da permeabilidade capilar (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Foram efetuados ensinos às grávidas internadas sobre os exercícios de *Kegel,* cujo objetivo é fortalecer os músculos do assoalho pélvico e prevenir a incontinência urinária, que consistem em contrair os músculos pélvicos (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008).

Foi explicada a importância dos suplementos vitamínicos, que asseguram aporte suplementar, uma vez que na gravidez as mulheres sofrem um aumento do metabolismo basal, aumentando assim as suas necessidades energéticas. Este facto deve-se ao aumento dos níveis sanguíneo e da absorção intestinal, bem como, à diminuição da excreção e à mobilização de reservas tecidulares. Os suplementos vitamínicos mais usados na gravidez são o ácido fólico, o iodo e o ferro. O ácido fólico reduz o risco de desenvolvimento de malformações do tubo neural do feto, a dose mínima recomendada é de 0.4 mg por dia e pode ser encontrado em alimentos como fígado, vegetais de cor verde-escuro e citrinos; o iodo promove o desenvolvimento cognitivo fetal, sendo a dose diária recomendada de 250 µg e está presente em alimentos como peixe, leguminosas, produtos hortícolas, algas, leite e seus derivados; e o ferro é importante para o desenvolvimento do sistema nervoso fetal, reduz a incidência de anemia materna e o risco de baixo peso ao nascimento (DGS, 2015).

Foram, também reforçados os ensinos sobre o consumo de cafeína, de álcool e de tabaco. Pois várias senhoras perguntavam se poderiam tomar café. Os efeitos da cafeína no feto ainda não estão estabelecidos, pelo que, a ingestão de cafeína diária não deve exceder os 200 mg (DGS, 2015; ACOG, 2010). O consumo de álcool e de tabaco era abordado devido ao elevado risco de malformações que ambos podem causar ao feto. O álcool está associado

ao abortamento no 1º trimestre e ao síndrome alcoólico fetal; e o tabaco é associado a restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) e ao aumento das taxas de morbilidade e mortalidade perinatal, bem como parto pré-termo, rotura prematura de membranas (RPM), placenta prévia e morte fetal devido à diminuição da perfusão placentária (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014; DGS, 2015). Por este motivo, incentivámos as senhoras, consumidoras de álcool e tabaco, a cessarem o seu consumo, ou pelo menos, a reduzi-lo.

No momento da alta procurámos alertar a grávida para a importância da manutenção da vigilância pré-natal e a sua relação na saúde fetal, explicando que as consultas deveriam ser mantidas regularmente. De acordo com a DGS (2015), devem ser mensais até ao 3º trimestre, mas a partir das 28 semanas de gestação as consultas devem ser calendarizadas de duas em duas semanas até à 36ª semana e, depois, semanalmente até ao parto, assegurando à mulher e ao feto uma vigilância mais rigorosa. Informámos, ainda, sobre os recursos disponíveis para apoio à parentalidade e ao autocuidado, sugerindo à grávida que a partir das 28 semanas poderia frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade que ocorrem no CHTS, aos sábados de manhã, dinamizadas pelos EESMO do bloco de partos.

No serviço de Obstetrícia II, foi possível prestar cuidados especializados a grávidas de alto risco, enquanto que as de baixo/médio risco eram acompanhadas em regime ambulatório na Consulta Externa do CHTS. Ao longo do estágio deparámo-nos com várias patologias, tendo sido possível prestar cuidados a 50 grávidas com complicações. No entanto, algumas delas permaneceram no serviço durante vários dias, não necessitando, no entanto, dos mesmos cuidados diariamente. Algumas grávidas, por nós cuidadas, não apresentavam patologia, aguardavam, simplesmente, cesariana eletiva. No quadro seguinte apresenta-se, de uma forma resumida, a variedade de patologias e o respetivo número de grávidas que tivemos oportunidade de cuidar:

Quadro 2 - Grávidas de risco e respetivas atividades desenvolvidas ao longo do estágio

Patologia	Nº de grávidas	Atividades
Hiperemese gravídica	1	• Avaliação do estado nutricional; • Monitorização da FCF e dos sinais vitais; • Incentivar a hidratação; • Vigilância dos sinais de desidratação, da frequência dos vómitos, do nível de ansiedade.
Ameaça de Parto Pré-termo	7	• Monitorização da FCF e dos sinais vitais; • Vigilância de sinais de alerta: dor, contrações uterinas, hemorragia ou perda de LA.
Hemorragias (placenta	4	• Monitorização do estado fetal (CTG); • Monitorização dos sinais vitais;

prévia, metrorragias 3º trimestre, gravidez ectópica)		• Avaliação da perda hemática (quantidade e cor); • Vigilância de presença de contratilidade uterina, de sinais de hemorragia e de hipotensão.
Pielonefrite	2	• Monitorização da dor, da TA, da temperatura e do CTG; • Vigilância de distúrbios emocionais; • Ensino sobre as complicações das infeções urinárias e sobre a autovigilância.
Alterações do LA (Oligoâmnios e Hidrâmnios)	2	• Monitorização do estado fetal (CTG); • Monitorização dos sinais vitais; • Incentivo para a hidratação.
Diabetes Gestacional	4	• Vigilância de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia; • Monitorização da glicemia capilar (antes das três principais refeições e uma hora após ou segundo prescrição médica); • Monitorização do estado fetal (CTG); • Monitorização dos sinais vitais; • Ensinos sobre o autocuidado e sobre os sinais de alerta na gravidez.
Cólica Renal	2	• Monitorização do CTG e dos sinais vitais; • Monitorização da dor; • Ensinos sobre as complicações da cólica renal e sobre a autovigilância.
Colestase gravídica	3	• Vigilância da evolução do prurido; • Monitorização do estado fetal (CTG); • Monitorização dos sinais vitais; • Ensinos sobre a autovigilância e dos sinais de alerta na gravidez.
RCIU	4	• Monitorização do estado fetal (CTG); • Monitorização dos sinais vitais; • Ensinos sobre autovigilância e sobre gestão do regime terapêutico.
Doenças hipertensivas da gravidez (Pré-eclâmpsia e HTA gestacional)	8	• Monitorização da TA; • Avaliação das características da urina (proteinuria através do teste de Combur); • Avaliação da presença e características de edemas,presença de contratilidade uterina; • Vigilância de sinais de alerta.

Tal como se indica no quadro, as patologias mais comuns com que nos deparámos no decorrer deste estágio foram: ameaça de parto pré-termo e os problemas de hipertensão da gravidez, nomeadamente pré-eclampsia e HTA gestacional. Foram, por esse motivo, os casos que escolhemos para descrever as nossas atividades no decurso do estágio.

A Ameaça de Parto Pré-termo (APPT) é definida pela OMS como sendo o desencadear do parto, espontâneo ou eletivo, que ocorre após a 20ª semana e antes da 37ª semana de gestação, contadas desde o primeiro dia da última perda menstrual. O parto pré-termo (PPT) pode ser espontâneo, quando ocorre naturalmente, ou eletivo quando há uma indicação médica por intercorrências maternas e/ou fetais (Silva et al., 2009). Como não existe consenso para o limite inferior da IG na definição de PPT, a OMS sugeriu incluir apenas RN's com peso superior a 500gr, ou quando atingidas as 22 semanas de gestação (Domingues, 2014). Em Portugal, a DGS (2013) adotou as 24 semanas de gestação como limite inferior de PTT. Para NICE (The National Institute for Health and Care Excellence, 2015) o trabalho de parto prematuro consiste na presença de sintomas, indicativos de trabalho de parto, antes

das 37 semanas de gestação, como o progressivo apagamento cervical e a dilatação a partir de 4 cm com contrações regulares. Mendes da Graça e colaboradores (2010) definem APPT como sendo a existência de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação, antes da 37ª semana de gestação. Este autor considera que a etiologia desta complicação não é clara, no entanto, apresenta três teorias:

a) Brusca diminuição dos níveis de progesterona (devido ao aumento de produção de cortisol pelo feto que induz a diminuição da progesterona e o aumento de estrogénios, o que vai estimular a produção de prostaglandinas que dão inicio ao TP);
b) Aumento da atividade da ocitocina;
c) Ativação prematura dos mecanismos deciduais.

A conduta perante uma APPT passa pela avaliação constante do risco, indicação de repouso, a instituição de tocólise, a maturação pulmonar, hidratação e administração de progesterona, anti-inflamatórios e antibioterapia, podendo ser necessário ciclorrafia, que consiste na intervenção cirúrgica destinada a suturar o colo, mantendo-o fechado e proporcionando-lhe um maior comprimento, de forma a corrigir a incompetência cérvico-ístmica (Cubal e Pereira, 2014).

O tratamento de primeira linha indicado para uma situação APPT é o repouso. Esta recomendação está associada à ideia de que o repouso pode reduzir a atividade uterina. Contudo, não existe evidência científica sobre a sua eficácia na diminuição dos nascimentos prematuros (Sosa et al, 2015). Segundo Bendix e colaboradores (2015), a restrição de atividade, ou repouso, é tradicionalmente recomendada para uma grande variedade de indicações em gestações de alto risco. Contudo, não se provou que o repouso tenha qualquer efeito preventivo no desencadear do parto, está até associado a vários efeitos adversos (Bendix et al, 2015). De acordo com Maloni (2010), quando o corpo é colocado na posição supina, uma série de eventos ocorre para ajudar o corpo a adaptar-se à mudança de posição. Surgem alterações nos componentes hidrostáticos do corpo e na distribuição da carga esquelética e dos tecidos portadores de peso. Inicia-se rapidamente uma cascata de alterações fisiológicas em cada sistema dos órgãos principais.

A OMS (2015) recomenda algumas intervenções para melhorar a taxa de morbilidade e de mortalidade dos prematuros: administração de corticosteroides pré-natais, administração de antibióticos em caso de rotura prematura das membranas e de sulfato de magnésio para evitar possíveis doenças neurológicas no feto. No que respeita à

administração de antibióticos, não se justifica a sua prescrição por rotina em grávidas com APPT e com membranas intactas e sem sinais clínicos de infeção.

Neste caso concreto, apresentámos algumas das nossas atividades desenvolvidas, que estiveram de acordo com do protocolo instituído no serviço (ANEXO I):

- Avaliação do estado físico e emocional da grávida;
- Monitorização dos sinais vitais;
- Incentivo para o repouso no leito, por indicação médica;
- Vigilância da presença de contratilidade uterina: registo do CTG com 4 contrações uterinas em 20 min ou 8 contrações em 60 min;
- Vigilância de sinais de alarme como: dores abdominais/lombares sugestivas de contrações uterinas rítmicas e persistentes, perda hemática, expulsão do rolhão mucoso, sensação de peso pélvico ou rotura prematura de membranas;
- Vigilância e monitorização do bem-estar fetal (CTG);
- Promoção do suporte emocional à grávida/casal;
- Administração de medicação prescrita: administração de batametasona para maturação pulmonar, quando gestação entre 24 e 33 semanas e administração de tocolíticos (nifedipina <28 semanas de gestação e atosiban para gestações ≥28 semanas);
- Vigilância de possíveis efeitos secundários dos fármacos administrados (náuseas e vómitos, cefaleias, tonturas, taquicardia, hipotensão, hiperglicemia, entre outros).

Uma outra situação frequente com que nos deparámos no nosso estágio fora os problemas de hipertensão induzidos pela gravidez. A gravidez pode induzir hipertensão arterial (HTA) em mulheres anteriormente normotensas, ou agravar a situação em hipertensas prévias. Esta é a complicação mais comum na gravidez. A HTA é diagnosticada quando os valores tensionais se mostram acima de: pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, em duas observações espaçadas por 6 horas, no mínimo. A HTA gestacional ocorre na segunda metade da gravidez ou nas primeiras 24 horas a seguir ao parto, normalizando até ao décimo dia pós-parto. A pré-eclampsia é a manifestação da hipertensão associada a proteinúria após as 20 semanas de gestação em mulheres previamente normotensas, sendo que esta patologia pode surgir em sobreposição com a HTA crónica. A eclâmpsia designa o quadro de pré-eclâmpsia, agravado pelo aparecimento de convulsões ou coma (Mendes da Graça et al., 2010).

De acordo com o protocolo em uso no serviço (ANEXO II), a pré-eclampsia pode ser considerada como moderada ou grave. A moderada não tem critérios de severidade, enquanto a grave se manifesta da seguinte forma:

- Tensão arterial sistólica ≥160 mmHg ou tensão arterial diastólica ≥ 110 mmHg;
- Proteinúria ≥ 3 g / 24 horas, ou 3 cruzes na amostra;
- Oligúria (<500 ml/24 h);
- Alterações neurológicas ou visuais (cefaleias, alterações da consciência, escotomas, visão turva);
- Dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdómen;
- RCIU;
- Trombocitopenia;
- Disfunção hepatocelular (aumento dos valores DHL, TGO e TGP);
- Evidência de hemólise (DHL > 600 UI/L, esquizócitos no sangue periférico)
- Creatinina sérica > 8 mg/dl e clearance da creatinina < 60 mg/dl.

A etiologia da pré-eclâmpsia ainda é desconhecida, no entanto, sabe-se que o aparecimento desta patologia está relacionada com a imperfeita e incompleta invasão das artérias espiraladas, pelo trofoblasto, quando se dá a placentação. O trofoblasto penetra na porção decidual em vez de invadir a porção miometrial das artérias, o que vai desencadear uma deficiente perfusão uteroplacentária, comprometendo a função das células endoteliais devido a uma grande resistência ao fluxo sanguíneo e grande sensibilidade aos estímulos vasoconstritores. Este compromisso funcional uteroplacentário provoca hipoxia no trofoblasto e no feto, levando a isquemia da circulação uteroplacentária e causando lesão do endotélio que, consequentemente, leva à agregação plaquetária, à ativação do sistema de coagulação e ao aumento da permeabilidade da parede do vaso e aumento da reatividade e do tónus do músculo liso vascular (Mendes da Graça et al., 2010; Neto, Souza e Amorim, 2010). *Como consequência final, ocorre vasoespasmo arteriolar generalizado, levando a alterações funcionais e morfológicas em vários órgãos e resultando na complexa manifestação clínica chamada pré-eclâmpsia* (Neto, Souza e Amorim, 2010, p. 460). Para estes autores, face a esta patologia, frequentemente, o tratamento definitivo é o parto.

As atividades desenvolvidas por nós, face aos problemas de hipertensão relacionados com a gravidez, foram igualmente de acordo com o estabelecido no protocolo do serviço (ANEXO II):

- Avaliação da TA de 4 em 4 horas;
- Avaliação diária de proteinúria através do teste de Combur;

- Vigilância de sinais de alarme: alterações da visão, presença de epigastralgias e/ou cefaleias;
- Vigilância diária do peso e diurese;
- Monitorização do bem-estar fetal (CTG) diária;
- Administração de corticosteroides para maturação pulmonar em caso de gestação com menos de 34 semanas, de acordo com a prescrição;
- Avaliação do estado emocional materno;
- Promoção do suporte emocional à grávida/casal;
- Vigilância de edemas;
- Administração de medicação antihipertensora, segundo prescrição.

1.2. Desenvolvimento de competências específicas no âmbito do trabalho de parto e parto

O EESMO tem a responsabilidade de prestar assistência à mulher/casal durante o trabalho de parto e parto, bem como ao RN normal ou de risco. Este assume, no seu exercício profissional e no âmbito do ciclo reprodutivo da mulher, intervenções autónomas, em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais, e intervenções autónomas e/ou interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais (OE, 2010).

O estágio no âmbito do trabalho de parto (TP) e parto permitiu-nos adquirir e desenvolver as competências necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher, quer inserida na família quer na comunidade, durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, bem como facilitando a adaptação do RN à vida extrauterina, tal como preconiza a OE (2010). Enquanto estudante do MESMO, as nossas intervenções privilegiaram os cuidados culturalmente congruentes durante o TP e parto, em ambiente seguro, efetuando-os de acordo com os protocolos do serviço, promovendo a saúde da mulher e do RN.

Ao longo deste estágio contactámos com uma diversidade de situações, o que nos proporcionou um vasto leque de experiências, muito enriquecedoras. Prestámos cuidados especializados e acompanhámos grávidas em indução do TP, acompanhámos todo o TP e

realizámos 61 partos. A nossa experiência abrangeu ainda o acompanhamento de mulheres em processo de abortamento do primeiro trimestre de gestação, por retenção de ovo desvitalizado (ROD), e algumas no segundo trimestre, bem como algumas situações de interrupção médica da gravidez por mal formações. A nossa atuação teve sempre em conta as necessidades das mulheres, os protocolos do serviço e o modelo de atuação da equipa.

O bloco de partos do CHTS apresenta-se, no seu espaço físico, numa disposição circular. Num dos lados dispõe de cinco salas de parto e dois quartos duplos para vigilância; no lado oposto encontram-se três quartos para expectantes, com duas camas cada, e duas salas de parto reservadas aos casos que necessitam de isolamento. Para as salas de parto eram encaminhadas as parturientes na fase ativa do TP, onde permaneciam até duas horas após o parto. As enfermarias de vigilância eram destinadas sobretudo a mulheres com o diagnóstico de abortamento ou gravidez ectópica. Nas salas de expectantes eram, geralmente, admitidas grávidas com patologia associada, que permaneciam em vigilância até serem internadas no serviço de Obstetrícia II (grávidas de risco), e também as parturientes em fase latente do TP. Numa das extremidades do serviço situava-se a área de enfermagem e a sala de medicação. Na outra extremidade do serviço, encontrávamos a urgência de obstetrícia, diretamente ligada ao bloco de partos. No centro desse círculo encontrava-se salas de arrumação com todo o tipo de material como os lençóis aquecidos, o material esterilizado, roupa de cama, bolas de parto, entre outros. Relativamente à equipa do bloco de partos, esta era constituída por quatro elementos, EESMO, permanecendo um deles na triagem do serviço de urgência.

No serviço de urgência contactámos com várias grávidas que aí recorriam, frequentemente por suspeita de rotura de membranas, por perda hemática vaginal, por queixas álgicas, potencialmente indicadoras de trabalho de parto, ou outras queixas plausíveis de serem associadas a alguma patologia da gravidez. São também admitidas frequentemente grávidas para indução do TP, com gestação de termo (entre as 39 e 41 semanas de gestação) ou pré-termo, no caso de existir alguma patologia associada como, por exemplo, diabetes gestacional, oligoâmnios, hipertensão, entre outras. Estas mulheres passavam inicialmente pelo gabinete de enfermagem onde era feita a triagem, o registo da queixa principal, a avaliação do risco de queda, a dor, os sinais vitais e realizado o *combur test*. As grávidas com IG superior ou igual a 28 semanas eram encaminhadas para uma enfermaria onde realizávamos a CTG, por um período mínimo de 20 minutos. Também realizávamos este exame a todas as grávidas que referissem sintomas sugestivos de doenças, ou problemas específicos, que pudessem afetar a saúde do feto, tal como referimos no capítulo anterior. As grávidas de baixo risco, na fase latente do TP, tinham alta com indicação

de permanecerem no conforto do seu ambiente familiar, ou sugeria-se um passeio acompanhadas, mantendo-se distraídas e em atividade, privilegiando posições verticais como caminhar, ou subir e descer escadas para ajudar na progressão do TP (OE, 2015). As mulheres com diagnóstico de fase ativa do TP, ficavam em vigilância e eram reavaliadas uma a duas horas após e, todas as mulheres em fase ativa do TP, com hemorragia abundante, rotura de membranas ou presença de patologia eram internadas. Tivemos a oportunidade de admitir grávidas para indução do TP, grávidas em fase latente e em fase ativa do TP e mulheres em processo de abortamento.

Às mulheres que recorriam ao serviço de urgência com falso trabalho de parto explicávamos que, nas semanas que precedem o TP, o corpo da grávida evidencia sinais prodrómicos, tais como: a insinuação, que ocorre cerca de duas semanas antes do parto e consiste na progressão da apresentação para a pequena bacia, o que leva a alterações na forma do abdómen, verificando-se uma diminuição da distância sínfise-fundo uterino; o aumento da frequência urinária, devido à pressão da apresentação fetal sobre a bexiga; a dor lombar que surge devido ao relaxamento das articulações pélvicas e às contrações de *Braxton-Hicks,* caracterizadas pela sua irregularidade e pela sua breve duração, mas que não provocam dilatação; o aumento da secreção vaginal devido à congestão da mucosa vaginal, ocorrendo a eliminação do rolhão mucoso; o amadurecimento cervical, em que o colo uterino fica amolecido e extinto; podem ainda ocorrer alterações eletrolíticas, variações nos níveis de estrogénios e progesterona, e uma sensação de aumento de energia (Lowdermilk e Perry, 2008; Mendes da Graça et al., 2010; Montenegro e Rezende, 2014). Informámos sobre as condições que deviam implicar recorrer ao serviço de urgência: contrações rítmicas, de cinco em cinco minutos, saída de líquido amniótico, hemorragia vaginal significativa e diminuição dos movimentos fetais.

Clinicamente, considera-se que o TP se inicia quando se dá um aumento da pressão intrauterina e um envelhecimento da placenta, contribuindo desta forma para uma crescente irritabilidade do miométrio, o que, associado ao aumento da concentração de estrogénios e prostaglandinas e à diminuição da progesterona, conduz ao desencadear das contrações uterinas fortes, regulares e rítmicas, ao mesmo tempo que o colo se extingue e inicia a dilatação (Lowdermilk e Perry, 2008; Mendes da Graça et al., 2010; Montenegro e Rezende, 2014). De acordo com Porto e colaboradores (2010), o diagnóstico de TP é efetuado na presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos, em simultâneo com a extinção e dilatação cervical ou rotura espontânea de membranas. As mesmas autoras defendem que o internamento hospitalar somente deve ocorrer quando estabelecida a fase ativa do TP, reduzindo-se o número de intervenções desnecessárias,

menos tempo na sala de pré-parto, menor possibilidade de receber ocitócicos intraparto e analgesia epidural, resultando assim numa menor duração do segundo estadio do TP, sem afetar desfavoravelmente o prognóstico perinatal.

Entende-se por trabalho de parto o conjunto de fenómenos fisiológicos que promovem a dilatação do colo uterino, a progressão do feto no canal de parto e a sua expulsão, dando término à gravidez (Mendes da Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). De acordo com o ICN (2017), o TP é um evento que envolve processos corporais perinatais, iniciando-se com a dilatação do colo uterino e terminando com a expulsão da placenta, sendo responsáveis por estes fenómenos as contrações uterinas. A contração uterina é percebida como o endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero durante o TP. Ao longo do TP as contrações uterinas aumentam gradualmente de intensidade, diminuindo o intervalo entre elas para cerca de dois minutos e com a duração de um minuto. As principais funções das contrações uterinas são: reduzir as dimensões do útero, promover a dilatação do colo do útero e facilitar a descida fetal. A expulsão uterina compreende contrações musculares uterinas e abdominais, dolorosas, facilitadoras da expulsão do feto, da placenta e das membranas através do canal de parto (ICN, 2017).

Convencionalmente o TP encontra-se dividido em três estadios: o primeiro designa-se por dilatação, o segundo corresponde ao período expulsivo e, por último, o terceiro estadio denomina-se por dequitadura (Mendes da Graça, 2010). Existe um quarto estadio, correspondente ao período de hemóstase (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014; Amorim, Porto e Souza 2010).

O período de dilatação começa com o início das contrações uterinas regulares, extinção e dilatação do colo e termina quando a dilatação está completa. De acordo com Friedman (1978, cit. por: Mendes da Graça et al., 2010) e a DGS (2015), este primeiro estadio do TP é constituído por duas fases: fase latente, que decorre desde o início das contrações uterinas rítmicas e regulares até ao momento em que o colo está completamente extinto e com dilatação do colo uterino entre os zero e os três centímetros (com a duração de até 20 horas na nulípara e 14 horas na multípara); e a fase ativa que se inicia a partir dos três centímetros de dilatação, dilatando-se a um maior ritmo até atingir a dilatação completa (dez centímetros), sendo que esta fase se divide na fase de aceleração, fase de declive máximo e fase de desaceleração. O segundo estadio do TP começa com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, englobando contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno. Esta fase pode ter uma duração média de 45 a 60 minutos na nulípara, podendo, no entanto, chegar a duas

horas; nas multíparas a duração média é de 15 a 20 minutos, até um período máximo de uma hora. No entanto, se existir analgesia epidural em curso estes tempos podem ser acrescidos de uma hora (DGS, 2015; Mendes da Graça et al., 2010). O terceiro estadio do TP ou dequitadura tem início após a saída do feto e termina com a expulsão da placenta e das membranas, com duração de 30 minutos (Mendes da Graça et al., 2010). Por último, o quarto estadio do TP dura em média duas horas após a expulsão da placenta, constituindo um período de recuperação imediata em que a hemóstase se estabelece, o que implica uma observação constante, de forma a identificar complicações (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Contudo, dados recentes evidenciam que a fase ativa do TP parece iniciar-se aos seis centímetros e terminar aos oito centímetros, existindo uma fase de transição (presença de contrações uterinas rítmicas, com dilatação entre os seis e os dez centímetros); quanto à progressão do TP, pode demorar até seis horas a dilatar de quatro para cinco centímetros, e cerca de três horas a progredir de cinco para seis centímetros. Até aos seis centímetros as multíparas têm progressão similar à das nulíparas e, após os seis centímetros, as multíparas têm progressão mais rápida. Para as nulíparas, o segundo estadio do TP pode durar até três horas e meia, com epidural, sendo que nas multíparas essa progressão é mais rápida (ACOG, 2014).

O mecanismo do parto envolve um processo que implica a acomodação da apresentação fetal à estrutura óssea da pelve. Na avaliação obstétrica torna-se importante verificar as relações da apresentação fetal com os eixos uterinos e os pontos de referência do canal de parto (Mendes da Graça et al., 2010).

De acordo com os autores referidos (*Ibidem*) a estática fetal apresenta-se com a seguinte nomenclatura: atitude – o feto assume uma postura de forma ovoide, caracterizada pela flexão generalizada de todo o corpo, adaptando-se à configuração da cavidade uterina; situação – relação entre o maior eixo fetal e o maior eixo materno, podendo ser longitudinal quando os eixos coincidem, ou transverso quando o maior eixo do feto é perpendicular ao maior eixo materno, ou ainda oblíquo podendo evoluir para longitudinal ou transverso; apresentação – é a primeira parte fetal que ocupa o estreito superior da pelve materna, acessível ao toque durante o exame vaginal e pode ser: cefálica, pélvica ou espádua; posição – relação entre o dorso do feto e o lado direito ou esquerdo do canal de parto: posição direita quando o dorso do feto está voltado para o lado direito da pelve materna e posição esquerda quando o dorso do feto está do lado esquerdo da pelve materna; variedade – relação entre o ponto de referência da apresentação fetal com as regiões anterior, posterior ou transversal do canal de parto. A maioria dos fetos de termo encontra-se em apresentação cefálica de vértice, sendo a pequena fontanela – lambda – o ponto de referência. Este facto deve-se à

acomodação da apresentação fetal ao formato piriforme do útero, condicionado pela diminuição do volume do líquido amniótico e por o polo pélvico do feto de termo ser mais volumoso do que o polo cefálico (Mendes da Graça et al., 2010).

Para confirmar a estática fetal procedemos às manobras de *Leopold*, identificando a situação e a apresentação fetal através da palpação abdominal; num segundo momento identificávamos a posição, delimitando os contornos da apresentação fetal, (superfície lisa traduz o dorso fetal, enquanto pequenas irregularidades identificam pequenas partes como os pés e as mãos); a terceira manobra identifica a parte fetal que se encontra na entrada da pélvis verdadeira, podendo determinar-se se a cabeça está fletida ou em extensão; a quarta manobra ajuda a perceber se a apresentação é de vértice ou se está de face (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Todavia, a última manobra foi a menos utilizada neste estágio, pois complementávamos com o exame vaginal quando necessário.

O feto atravessa o canal de parto que é constituído não só por partes moles (segmento inferior do útero, colo, vagina, vulva e pavimento pélvico), mas também pelos ossos que constituem a pelve: o sacro, o cóccix e o par de ossos inominados formados pela fusão do íleon, do ísqueon e do púbis. Assim, para que ocorra o parto por via vaginal, o feto tem de se adaptar ao canal de parto experimentando várias rotações e ajustamentos, combinando sete movimentos cardinais que se conjugam harmoniosamente com a finalidade da expulsão fetal. O primeiro movimento efetuado pelo feto denomina-se encravamento e consiste na passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal (diâmetro bilateral) através do estreito superior. O polo cefálico encrava, fazendo coincidir o diâmetro sagital com um dos diâmetros oblíquos do canal de parto. Este movimento pode ocorrer nas últimas semanas de gravidez, sobretudo nas primíparas. Aquando do encravamento, geralmente, verifica-se o assinclitismo do polo cefálico, este é caracterizado pela deflexão lateral do polo cefálico, posteriormente, no sentido do promontório, ou anteriormente no sentido da sínfise púbica, que em graus acentuados, pode ser a causa de incompatibilidade cefalo-pélvica (Mendes da Graça et al., 2010).

O segundo movimento designa-se descida, consiste na passagem do polo cefálico do estreito superior para o inferior. Nas multíparas este movimento inicia-se com o encravamento, enquanto nas nulíparas pode ocorrer em fases mais tardias do TP. Este movimento ocorre por ação da pressão do líquido amniótico, pela pressão direta do fundo uterino sobre a pelve fetal, e pela contração dos músculos abdominais e pelos fenómenos de moldagem fetal (alteração da forma da cabeça fetal, com redução do tamanho resultante da resistência encontrada à passagem do canal de parto).

O terceiro movimento denominado flexão, ocorre quando o mento se aproxima da face anterior do tórax, substituindo o diâmetro occipitofrontal (12,5 cm) pelo diâmetro suboccipitobregmático (9,5 cm) (Mendes da Graça et al., 2010).

A rotação interna é o quarto movimento no mecanismo do TP. Ocorre quando o polo cefálico atinge as espinhas isquiáticas, deslocando o occipital na direção da sínfise púbica (rodando 45 graus nas variedades anteriores e 90 graus nas transversas), coincidindo o diâmetro sagital com o diâmetro anteroposterior do canal de parto.

O quinto movimento designa-se extensão, ocorre quando o polo cefálico atinge a vulva, colocando a base do occipital em contacto direto com o bordo inferior da sínfise púbica. Este movimento é resultante da força da contração uterina e da resistência oferecida pela sínfise púbica e pelo pavimento pélvico. Dá-se a extensão progressiva do polo cefálico exteriorizando-se o occipital, a bregma, a fronte, o nariz, a boca e o mento.

O sexto movimento consiste na rotação externa, na qual o polo cefálico retoma a atitude anterior à rotação interna (restituição), o que significa que se o occipital estava numa posição esquerda roda até à tuberosidade isquiática esquerda e vice-versa se se encontrar na posição oposta. A rotação externa continua até que o diâmetro sagital da cabeça se coloque numa posição transversa – o diâmetro biacromial coloca-se no diâmetro anteroposterior do estreito inferior. Por último ocorre a expulsão, após a rotação externa o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica, e o ombro posterior distende o períneo posterior. Depois da saída dos ombros o resto do corpo é rapidamente expulso. Quando a variedade é posterior o mecanismo é idêntico ao das variedades anteriores, exceto no facto de ter de fazer uma rotação de 135 graus em direção à sínfise púbica (Mendes da Graça et al., 2010).

Na avaliação da progressão da apresentação no canal de parto, tivemos como referência os planos de Hodge: o primeiro é uma linha reta imaginária que vai do promontório até ao bordo superior da sínfise púbica; o segundo é uma linha reta, paralela à anterior, que vai do sacro ao bordo inferior da sínfise púbica; o terceiro é uma linha paralela às anteriores que passa pelas espinhas isquiáticas, e o quarto plano é uma linha paralela às anteriores que passa pelo vértice do cóccix (Mendes da Graça et al., 2010).

Aquando da admissão da mulher e depois da nossa apresentação pessoal, apresentava-se a unidade, nomeadamente o quarto e a casa de banho. Era fornecida uma bata da instituição para vestir durante o TP. Era colocado um acesso venoso para perfundir a soroterapia prescrita e a monitorizada por CTG externa, sendo estas práticas hospitalares efetuadas por rotina, o que vai contra as recomendações da OMS (2015).

Após instalar a mulher, procedíamos à consulta do processo e do boletim individual de saúde de grávida para obter informações relevantes como: a IG, a paridade, o grupo de sangue, o resultado da colheita de exsudado vaginal para pesquisa de estreptococo B, bem como resultados laboratoriais e de meios complementares de diagnóstico. Além disto, a grávida era questionada, também, sobre algumas expectativas pessoais para o seu parto, relativamente ao desejo de ter ou não analgesia por via epidural, se gostaria que o acompanhante assistisse ao parto, se desejava contacto pele-a-pele com o RN e ainda sobre o seu desejo de amamentar (NICE, 2017). Procedíamos à observação física geral da parturiente, avaliávamos os sinais vitais e realizávamos a palpação abdominal, através das manobras de Leopold, para detetar o foco cardíaco e iniciar a CTG.

Incentivámos sempre a presença de um acompanhante, de modo a promover uma experiência positiva. De acordo com Dodou e colaboradores (2014) a presença e a participação de um acompanhante, durante o trabalho de parto e parto, contribui para o bem-estar físico e emocional da mulher, na medida em que pode reduzir sentimentos de solidão, ansiedade, medo, stresse ou desconforto causados pela vulnerabilidade da parturiente, pelo ambiente hospitalar e pelo contacto com pessoas desconhecidas. A OMS (2015) recomenda o apoio contínuo da mulher em trabalho de parto porque diminui a sua duração e aumenta as taxas de partos vaginais não instrumentados. Verificámos ao longo do estágio que a presença do acompanhante, para a maioria das mulheres, lhes proporcionava alguma tranquilidade, calma e conforto, evidenciando-se mais confiança e segurança. Também o nosso apoio contínuo contribuiu para o conforto, através do apoio emocional e de medidas de conforto (exemplo: gerir o ambiente físico, promover técnicas de relaxamento, fornecer informação adequada e transmitir segurança), para que a parturiente se mantivesse mais relaxada e confortável. De acordo com a OE (2015), a presença da enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia aumenta a confiança e a capacidade de *coping* da mulher. O EESMO é o profissional mais qualificado para promover a autoestima na mulher, bem como a sua confiança e o seu empoderamento, pois para a execução de estratégias de *coping,* é necessário que ela acredite na sua capacidade para realizar determinado comportamento.

O apoio contínuo, a motivação e a realização materna, prestados pelo EESMO facilitam o desenvolvimento de competências e estratégias (*coping*) que ajudam a parturiente a fazer face às exigências e dificuldades durante o TP. Segundo Sousa (2015), a mulher consegue o domínio na experiência do parto, através do conhecimento sobre o processo do TP, da habilidade para gerir as estratégias de *coping* de forma ativa, da sua influência nas decisões, pelo apoio social e pelo apoio do EESMO. A mesma autora refere,

ainda, que quando a mulher apresenta autoestima, confiança e usa estratégias de *coping* durante o TP, vai aumentar a sua perceção de autoeficácia e o autocontrolo na gestão da dor, o que parece ter um efeito positivo sobre a vivência do parto.

A evidência científica sugere que a assistência durante o TP e parto a mulheres de baixo risco, efetuada por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, associa-se a menores taxas de intervenção, a menor risco de episiotomia, de parto instrumentado e de cesariana, a trabalhos de parto mais curtos, a um menor recurso a medidas farmacológicas, a maior oportunidade de parto espontâneo e a uma maior sensação de controlo pela parturiente (Porto, Amorim e Souza, 2010; OE, 2015).

A forma como a parturiente é recebida no serviço, vai ter influência no desencadear do TP e, por esse motivo, foi nossa preocupação receber as mulher e acompanhantes com respeito, estabelecendo um relacionamento de empatia, envolvendo-os nos cuidados, mantendo uma abordagem calma e confiante, questionando de forma delicada e interessada sobre o que sentia e sobre as suas expectativas e preocupações, estabelecendo uma escuta ativa, avaliando o conhecimento da mulher sobre estratégias para lidar com o TP (NICE, 2017).

O nascimento é o evento de trazer ao mundo um novo ser humano, de carácter íntimo e privado para a mulher/casal inserida numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo. Os cuidados prestados durante o parto evoluíram ao longo dos tempos, melhorando a saúde perinatal (ICN, 2017; OE e APEO, 2012). O parto é um processo fisiológico, intrínseco à natureza humana, no entanto, não deixa de ser um acontecimento complexo, de importância singular para a mulher/casal que, contrariamente à gravidez que permite uma adaptação gradual às mudanças, apresenta-se como um evento que provoca mudanças abruptas e intensas. Caracterizado pela imprevisibilidade, pode desencadear sentimentos como ansiedade, medo e insegurança, que serão relembrados minuciosamente ao longo da vida, e que podem dificultar a participação da mulher nas decisões que envolvem a intervenção técnica por parte dos profissionais de saúde (Pereira, Franco e Baldin, 2011). Por ser um momento tão intenso e íntimo, desde o momento da admissão adotámos uma postura profissional e empática na abordagem à mulher/casal e preconizámos um atendimento individualizado, de modo a promover o conforto, o respeito, o apoio, a segurança física e emocional e a confiança para que, a mulher/casal se sentisse segura, envolvida e integrada quer no serviço, quer no seu próprio TP, mostrando-nos disponíveis para facultar informações e explicações sempre que necessário, promovendo a tomada de decisão informada, e facilitando o processo de transição. Assim, procurámos conceber, planear, implementar e avaliar intervenções para promoção do conforto e do bem-estar da

mulher/casal durante a experiência de parto, respeitando as suas crenças, os seus valores, as suas expectativas e a sua dignidade, de modo a favorecer uma experiência de parto positiva.

Quando as necessidades, as expectativas e os desejos são concretizados resultam numa sensação de conforto e de bem-estar (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Neste sentido, torna-se importante a elaboração de um plano de parto, numa fase prévia, onde a grávida possa expressar as suas preferências para o TP, parto e período de pós-parto. Ao longo do estágio, não contactámos com nenhuma grávida que tivesse elaborado um plano de parto, no entanto muitas delas manifestavam alguns desejos em relação ao seu parto e, as que não manifestavam eram encorajadas a pronunciar-se sobre as suas preferências tentando, sempre, que sentissem que estas eram atendidas (OE, 2015). Deste modo, a nossa prática clínica incorporou estratégias de sensibilização para a promoção da consciencialização e do *empowerment* da grávida/parturiente, estabelecendo com ela uma comunicação simples, clara, acessível e facilitadora para que se sentisse à vontade em nos revelar os seus desejos, anseios e emoções, para que assumisse um papel ativo no TP, facilitando as suas escolhas. Todos os cuidados inerentes à mulher/casal, por nós prestados, preconizaram envolver e informar a mulher/casal nas decisões sobre o desenrolar do seu TP e acerca dos cuidados ao RN. Assim, aquando da admissão e na fase latente do TP (quando a mulher se encontrava mais disponível para interagir), através de conversas informais fomos percebendo quais as suas escolhas. No entanto, explicávamos sempre que o parto é um evento extremamente imprevisível, pelo que as linhas diretivas delineadas no plano de parto, ou as suas expectativas, poderão sofrer alterações, dependendo da avalição do TP sob o ponto de vista materno-fetal (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2015; OE e APEO, 2012).

A questão do internamento, o bem-estar materno-fetal ou a falta de conhecimentos sobre o TP, provocam medo e ansiedade nas parturientes e acompanhantes (Sousa, 2015). De modo a amenizar a ansiedade, o medo e a insegurança mostrávamos interesse, compreensão e dávamos reforço positivo pelos esforços da mulher, explicámos todo o processo de TP e os procedimentos a efetuar em todas as fases, de modo a obter o seu consentimento informado e, encorajando o acompanhante a participar nos cuidados à parturiente. Promoveu-se um ambiente acolhedor e de tranquilidade, na medida em que fomentámos a privacidade, reduzimos a iluminação da sala e os ruídos, respeitando sempre as escolhas da mulher, como indivíduo pertencente a uma cultura e vivenciando uma experiência significativa e emocionalmente intensa, mas de modo a permitir que a mulher controle o seu TP (NICE, 2017). Verificámos que as mulheres que frequentaram as sessões

de preparação para o parto, demonstravam mais conhecimentos acerca do seu desenrolar, assumiam um papel mais ativo na sua gestão e tinham maior controlo da dor.

Desde a admissão da mulher no serviço, e ao longo de todo o seu internamento, que garantimos as condições de segurança para prevenir a transmissão de infeção, adotando medidas como: a lavagem das mãos antes e depois de calçar as luvas e na realização de qualquer procedimento; o uso de luvas (limpas ou esterilizadas) durante a realização de procedimentos que implicassem contacto com fluidos genitais e/ou corporais da mulher (exame vaginal, amniotomia, cuidados perineais); o uso de touca e máscara durante a assistência na execução da punção para técnica de analgesia epidural; o uso de touca, máscara e bata (impermeável e esterilizada) durante a execução do parto; o uso de resguardos esterilizados para proteger a mulher; o uso de luvas e touca durante a prestação de cuidados ao recém-nascido.

Avaliámos o bem-estar fetal através da cardiotocografia. Efetuámos a palpação abdominal para a colocação do transdutor de ultrassons da FCF e do tocodinamómetro para monitorização da FCF, das contrações uterinas e dos movimentos fetais (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). As mesmas autoras referem que a FCF é controlada pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso autónomo, isto é, um aumento da resposta simpática provoca a aceleração da FCF, enquanto o aumento da resposta parassimpática provoca desacelerações da FCF. Considerámos um registo de CTG tranquilizador quando cumpria os critérios da FIGO (2015), tal como referimos no capítulo anterior.

Durante a contração, em situação de TP, pode haver uma diminuição da FCF pela compressão do cordão umbilical, pela compressão da cabeça do feto e pela compressão dos vasos miometrais, e ainda pela hipotensão materna que pode acontecer em reação à analgesia epidural ou à administração de fármacos como os opiáceos. Por outro lado, podem ser causas do aumento da FCF a hipertermia e a ansiedade materna. Contudo, as desacelerações tardias são sugestivas da diminuição de oxigénio arterial, enquanto as precoces indicam compressão cefálica. Já as desacelerações variáveis podem ser indicadoras de compressão do cordão umbilical. Ao longo do estágio verificámos estas variações nos traçados cardiotocográficos prestámos cuidados a parturientes com traçados sugestivos de diminuição de oxigénio no feto, como bradicardia sustentada (após analgesia epidural), desacelerações prolongadas, tardias e variáveis (prolapso do cordão), taquicardia sustentada (hipertermia materna).

Ao longo do estágio foi possível assistir a situações de compressão ligeira do cordão umbilical, sugeridas na CTG por desacelerações variáveis, nesses casos verificávamos a

existência de uma ou mais circulares do cordão umbilical ao pescoço do RN, no momento do parto. Assistimos, também, a um caso de prolapso do cordão umbilical, traduzido pela bradicardia fetal, sendo a mulher encaminhada para cesariana emergente.

As contrações são involuntárias, características do TP efetivo, e com a sua evolução tornam-se gradualmente mais intensas, mais frequentes e de maior duração, contribuindo para a dilatação e extinção do colo e a expulsão do feto e da placenta. Quando as contrações são muito frequentes e prolongadas interferem no fluxo sanguíneo úteroplacentário, diminuindo a oxigenação do feto (Mendes da Graça et al., 2010). A avaliação das contrações efetuou-se através da palpação do fundo uterino e da monitorização da dinâmica uterina. A contração é caracterizada por: frequência – intervalo entre o início de duas contrações, sendo cerca de dez minutos na fase latente e um minuto no período expulsivo; intensidade – força da contração no seu pico; duração – período de tempo entre duas contrações; e o tónus de repouso – tensão do músculo uterino entre as contrações. O TP constitui um período de stresse fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do bem-estar fetal, para avaliar a adaptação do feto às contrações, fez parte das nossas intervenções no acompanhamento do TP (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; Porto, Amorim e Souza, 2010; Montenegro e Rezende, 2014).

De acordo com NICE (2017), é recomendado a auscultação intermitente da FCF, nas mulheres de baixo risco, na fase latente do TP, auscultando imediatamente após uma contração durante pelo menos um minuto, a cada 15 minutos. Sendo recomendado a monitorização contínua nas mulheres que apresentem alguma complicação como: hipertensão, hemorragia vaginal, hipertermia materna, taquissistolia ou hipertonia uterina. Segundo Porto e colaboradores (2010), a monitorização contínua traz desvantagens, no sentido que impede a livre deambulação materna e conduz a resultados falsos-positivos, podendo levar a parto instrumentado ou cesariana. Os fatores que exigem a monitorização fetal eletrónica contínua são: problemas maternos (cesariana anterior, pré-eclâmpsia, gravidez pós-termo (> 42 semanas)); rotura de membranas prolongada (> 24 horas); trabalho de parto induzido; diabetes; hemorragia antepartum, outra doença médica materna; problemas fetais (restrição do crescimento fetal, prematuridade, oligohidrâmnios, gestações múltiplas, líquido amniótico meconial significativo, apresentação pélvica); fatores de risco intraparto (ocitocina, analgesia por via epidural e após a administração de cada bólus de 10 ml ou mais); temperatura materna de 37,5°C em duas avaliações, com 2 horas de intervalo, ou temperatura superior a 38°C; hemorragia vaginal no TP (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001). Neste estágio, todas as parturientes foram monitorizadas através da CTG contínua para vigilância do bem-estar fetal, de forma rotineira, tal como protocolado,

permitindo a escolha da posição a adotar no leito, mas incentivando, na maior parte das vezes, o decúbito lateral esquerdo para evitar a compressão da veia cava. Contudo, as parturientes que estavam na fase latente do TP e, portanto, na sala de expectantes, encontravam-se, muitas vezes, a fazer maturação cervical com recurso a prostaglandinas (Propess), se apresentassem um registo cardiotocógrafo compatível com um estado fetal tranquilizador, desmonitorizávamos e incentivávamos a deambulação. As posições verticais e a deambulação contribuem para a diminuição da duração do TP, para o bem-estar materno-fetal, para a redução da intensidade da dor, para a redução do consumo de ocitocina, para a redução da taxa de cesariana e de partos instrumentalizados e para melhoria nos resultados neonatais, pelo que as mulheres devem ser incentivadas a escolherem a posição que lhes proporciona maior conforto (Lawrence et al., 2013; Royal College of Midwives, 2012). Explicámos às parturientes que a mudança de posição altera a relação entre a gravidade exercida pelas contrações, a pressão exercida pela apresentação fetal e aumenta o diâmetro da pelve materna. Por isso, encorajámos a mulher a assumir a posição em que se sentisse confortável (Royal College of Midwives, 2012).

Encorajámos a mulher, na fase latente do TP, para a micção espontânea pelo menos de duas em duas horas, uma vez que a bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir contrações uterinas ou diminuir o tónus da bexiga (NICE, 2017).

O acompanhamento do processo de TP exigiu a avaliação da evolução da atividade uterina, do nível de extinção e de dilatação do colo uterino, bem como a progressão da apresentação no canal de parto e a integridade das membranas. Para esse efeito realizámos o exame vaginal periodicamente. Apesar deste exame vaginal não ser um método fiável, pela sua falta de rigor, pois depende do observador, no entanto, continua a ser a forma mais usada para verificar a evolução do TP (OE, 2015). Este exame era realizado na admissão pelo obstetra, juntamente com o EESMO, de modo a diagnosticar o início de TP, baseado no índice de *Bishop* (sistema de classificação das condições do colo uterino, avaliando a sua dilação, apagamento, consistência e posição) e, portanto, só realizávamos este exame passadas quatro horas, nas mulheres de baixo risco e na primeira fase ativa do TP, tal como preconiza a OMS (2015). No entanto, a realização deste exame passou a ser de duas em duas horas, para as mulheres com as membranas rompidas (NICE, 2017). Assim, minimizávamos o número de exames vaginais de modo a reduzir o risco de infeção ascendente e a aumentar a satisfação da grávida, uma vez que este é um exame íntimo, gerador de stresse e desconforto na mulher. Explicávamos o procedimento antes da sua execução, solicitando para que tentassem relaxar o períneo, concentrando-se no ritmo da respiração, sobretudo as mulheres que não estavam anestesiadas (OE, 2015). Todavia, assistimos, com frequência, à

realização de exames vaginais frequentes por parte de alguns profissionais. Executávamos o exame vaginal sempre que houvesse alterações na atividade uterina, isto é quando a parturiente referisse pressão perineal ou vontade de efetuar esforços expulsivos, ou em presença de uma rotura de membranas, ou perante desacelerações com diminuição da FCF (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Para a redução do número de exames vaginais, procedemos em simultâneo à avaliação de: progressão da coloração da linha púrpura, alteração do padrão respiratório, comportamento, postura e vocalizações maternas, frequência e duração das contrações (OE, 2015). Após obter a colaboração e permissão da parturiente, executávamos o exame vaginal com luva esterilizada e lubrificante, de modo a minimizar o traumatismo dos tecidos perineais e o risco de infeções ascendentes, e avaliávamos a dilatação e a extinção do colo uterino, a integridade das membranas, a apresentação, o grau de descida e a variedade fetal, sendo esta última a mais difícil de verificar.

Ao efetuar o exame vaginal também avaliámos a integridade das membranas e do LA, para uma correta monitorização do TP e avaliação do bem-estar fetal. Observámos as características do LA no que diz respeito à quantidade, cheiro e cor, para despiste da presença de mecónio, sendo este um importante indicador do bem-estar fetal e neonatal. De acordo com Mendes da Graça e colaboradores (2010), o conteúdo de LA deglutido pelo feto sofre alterações no intestino fetal, o qual é convertido em mecónio. Este permanece no intestino até ao momento do parto, exceto se ocorrer um episódio de hipoxia, o que provoca diminuição da perfusão intestinal e estimula o peristaltismo e consequente lançamento de mecónio na cavidade amniótica, o que, consequentemente vai aumentar os riscos de infeção fetal pelo risco de aspiração de mecónio, bem como influenciar os resultados neonatais. Deste modo, nos casos em que se verificou a presença de mecónio, foram tomadas medidas preventivas, como contactar o neonatologista e preparar material para a aspiração de secreções e a ventilação assistida.

A determinação da hora da rotura de membranas e a sua relação com a IG permitiu-nos prestar cuidados no sentido de minimizar o risco de infeção neonatal e materna. Assim, quando se verificava uma rotura das membranas amnióticas superior a doze horas, iniciava-se profilaxia antibiótica, fazendo preferencialmente, no mínimo, duas tomas antes do parto, tal como protocolado.

Após a monitorização do TP e do bem-estar fetal e materno, efetuávamos os registos no partograma, registando a dinâmica e a evolução do TP pelo menos de hora em hora, ou sempre que necessário. Era anexado ao processo clínico da parturiente, sendo consultado e utilizado por vários profissionais (EEESMO, Obstetras, Pediatras e Anestesistas), permitindo

a continuidade de cuidados e comunicação entre a equipa multidisciplinar. De acordo com a OE (2015), o partograma não constitui apenas um documento de registo, mas também um instrumento de diagnóstico. Constitui uma representação gráfica da evolução do TP, que permite acompanhar e documentar todo o TP, bem como diagnosticar precocemente as suas anomalias, auxiliando e orientando na tomada de decisão, podendo evitar intervenções desnecessárias (Porto, Amorim e Souza, 2010; NICE, 2017; Mendes da Graça et al., 2010; OMS, 2015).

A OMS (2015) recomenda que determinadas intervenções não sejam efetuadas de forma rotineira, como é o caso da tricotomia, dos enemas de limpeza, ou mesmo o controlo farmacológico da dor de TP, a perfusão de soro glicosado, o jejum, ou a CTG contínua dada a sua estreita relação com o aumento das taxas de morbilidade materna, no entanto, ao longo do estágio, estas foram algumas intervenções que realizámos por orientação da tutora, para cumprir os protocolos do serviço e, ainda, sempre que a parturiente o solicitasse.

A utilização de enemas de forma rotineira não é recomendado (OMS, 2015). Durante décadas acreditou-se que se a ampola retal estivesse vazia facilitava o parto, reduzia a contaminação fetal durante o parto e reduzia a infeção materna e neonatal (Porto, Amorim e Souza, 2010). No entanto, esta prática não provou reduzir a duração do TP ou conferir qualquer benefício clínico, para além de ser desconfortável e invasivo para as mulheres (OMS, 2015). Ao longo do estágio, as parturientes admitidas no serviço eram questionadas sobre a regularidade do trânsito intestinal e se havia tido dejeções esse mesmo dia, sendo questionadas sobre o desejo de realizar enema com microclisteres. Por vezes eram aconselhadas a fazê-lo, sendo desta forma, uma prática efetuada por rotina.

A tricotomia é outra prática que não é recomendada por rotina. Era utilizada com o intuito de reduzir o risco de infeção no caso de ser realizada a episiotomia, ou de haver uma laceração perineal e, também, por permitir uma sutura mais fácil. Atualmente, a evidência indica que esta prática está contraindica, pois não traz qualquer benefício para a mulher ou feto, sendo que as escoriações resultantes favorecem infeções e podem provocar incómodo à mulher quando os pelos voltam a crescer (Porto, Amorim e Souza, 2010). Realizámos esta prática, durante o estágio, pontualmente, antes do período expulsivo, por indicação da tutora, para nos facilitar a visibilidade na execução da episiotomia e da sutura, não constituindo, assim, uma prática de rotina.

A partir do momento que a parturiente, em fase ativa do TP, era admitida no serviço, ficava em restrição alimentar, apenas com indicação para ingerir líquidos claros (água) em pequena quantidade (molhar a boca e os lábios). A recomendação de jejum durante o TP estava relacionado com o risco de aspiração do conteúdo gástrico na eventualidade de uma

anestesia geral, no entanto, atualmente, a necessidade dessa anestesia é escassa (Porto, Amorim e Souza, 2010). Os mesmos autores defendem que não é recomendado o uso rotineiro do jejum em mulheres de baixo risco, e recomendam a ingestão de líquidos claros, mesmo na eventualidade de uma analgesia por via epidural, excetuando os casos com probabilidade de cesariana ou anestesia geral. Para NICE (2017), a parturiente pode beber e comer uma dieta leve durante o TP, a menos que tenha recebido opióides ou com probabilidade de necessitar de um anestésico geral. Segundo a OMS (2015), a restrição do consumo oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto não tem qualquer efeito benéfico sobre os resultados clínicos. Durante o estágio, apenas as mulheres na fase latente do TP, com baixo risco de complicações, tinham indicação para uma dieta ligeira, tendo sido fornecidos líquidos claros como água e chá, com ou sem açúcar, e bolachas. Além disso, era administrado a todas as parturientes uma perfusão de soro glicosado polieletrolítico a 125 ml/h, o que vai contra as recomendações da OMS (2015) pois não recomenda a administração rotineira de fluidos intravenosos porque não têm benefícios, para além de se tornar uma sobrecarga nos fluidos maternos. O uso de fluidos intravenosos por rotina tem impacto nos recursos e interfere na mobilidade das mulheres (OMS, 2015). Por outro lado, a punção venosa e o uso de soros glicosados, usados para prevenir a hipoglicemia neonatal, pode causar efeito contrário ao estimular produção de insulina pelo pâncreas do feto. A perfusão de soros só deve ser realizada em indicações específicas como hipotensão, uso de analgesia ou situações de emergência (Porto, Amorim e Souza, 2010).

Outro fator desencadeante de desconforto e stresse é a dor, que constituiu um dos focos da nossa atenção: dor no período de dilatação cervical ou dor no período expulsivo (ICN, 2017). Avaliámos a dor/desconforto da mulher, valorizando as suas queixas e relacionando com a fase do TP, implementando intervenções farmacológicas e não farmacológicas para promover o alívio, respeitando a preferência da mulher. De acordo com a OE (2015), a comunicação com a mulher durante o processo de TP, pode ser facilitadora ou dificultadora do decurso do mesmo, pelo que tentámos substituir a palavra "dor" por "desconforto". No entanto, com a progressão do parto de evolução normal e, consequente intensificação das contrações, a maioria das mulheres referia que sentiam dor e não desconforto. Mendes da Graça e colaboradores (2010), referem que o limiar de dor difere de mulher para mulher, sendo percecionado como mais doloroso na mulher primigesta do que na multípara. A resposta comportamental à dor é, muitas vezes, influenciada pela dimensão emocional e ambiental na qual a mulher se insere (Pereira, Franco e Blandin, 2011). As mesmas autoras referem que os fatores sociais interferem na forma como a parturiente perceciona e interpreta o processo do TP.

A dor no primeiro estadio do TP é causada pelas contrações uterinas, pela dilatação do colo e distensão do segmento inferior, cujos estímulos são transmitidos por fibras sensoriais e nervos simpáticos, penetrando na espinal medula ao nível da T10, T11, T12 e L1, onde fazem sinapses e conexões com outras fibras, ascendentes e descendentes. No segundo estadio do TP, juntam-se a estes estímulos, a compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, a distensão do períneo pela tração na saída do feto, o estiramento das fáscias e dos tecidos subcutâneos, e a compressão sobre os músculos esqueléticos e a aponevrose da zona perineal. Estes estímulos chegam à espinal medula, através do nervo pudendo, introduzindo-se no sacro ao nível da S2, S3 e S4 (Mendes da Graça et al., 2010). Os mesmos autores referem que a dor tem repercussões na parturiente, ao nível da atividade uterina a da progressão do TP e no feto. A dor, durante a contração, provoca hiperventilação, conduzindo a uma situação de alcalose respiratória materna, verificando-se uma hipoventilação no período entre as contrações, diminuindo a pressão de oxigénio materna e, consequentemente, fetal, diminuindo a FCF. A descarga de catecolaminas, provocada pela dor e ansiedade, diminui o fluxo sanguíneo úteroplacentário e leva a um aumento do metabolismo e consumo de oxigénio, conduzindo a uma acidose metabólica que se pode repercutir no feto. Além disso, em resposta à dor e ansiedade, a mulher tem uma descarga de adrenalina e cortisol, inibidores da atividade uterina, o que pode prolongar o TP (Mendes da Graça et al., 2010). Para estes autores não há evidência de que a dor seja benéfica para o decorrer do TP, pois quando administrada analgesia, a parturiente relaxa e a atividade uterina torna-se mais regular e eficaz devido à diminuição da libertação de catecolaminas endógenas. Segundo a OMS (2015), pode ter benefícios durante o TP, no entanto, não existe evidência de que o alívio da dor está associado com a redução da duração do TP. Deste modo, proporcionámos medidas para alívio da dor.

Ensinámos métodos não farmacológicos para alívio da dor e para relaxamento, nomeadamente, a técnica da respiração, a massagem na região lombar, a utilização da bola, a aplicação de compressas frias na região frontal da cabeça, de forma a fornecer a sensação de frescura. O uso destas estratégias visa capacitar as mulheres para controlarem a sensação dolorosa, quebrando o ciclo medo-tensão-dor, e proporcionando à mulher a opção de escolha (NICE, 2017). Foi ainda disponibilizado copo com água e espátula com esponja para o acompanhante hidratar os lábios e a boca da mulher, de forma a evitar a sensação de boca seca, dado a sua permanência em jejum, de acordo com as normas da instituição. Verificámos que a técnica preferida pelas parturientes foi a técnica de relaxamento através da respiração, ou a massagem quando efetuada pelo companheiro. A bola foi proposta às mulheres que ainda não tinham analgesia farmacológica ou que não a queriam, no entanto, foi recusada

por quase todas, exceto uma cuja capacidade em gerir a dor era notória. Referiu sentir-se bem na bola, pelo que aí permaneceu monitorizada, cerca de duas horas, até ao final do nosso turno. Foi incentivada a efetuar movimentos rotativos do quadril, para a frente e para trás, do lado esquerdo para o lado direito e vice-versa sobre a bola, com o objetivo de promover a descida e o correto encaixe do polo cefálico do feto na escavação pélvica. A bola permite uma posição verticalizada, a qual se associa à redução da dor e a um maior grau de satisfação materna (Porto, Amorim e Souza, 2010). Apesar de todos os nossos esforços para ajudar a mulher no autocontrolo da dor, característica do TP, a maioria das mulheres solicitava analgesia farmacológica. Assim, recorreu-se à administração de analgésicos como a petidina, sobretudo na fase latente do TP. As parturientes na fase ativa solicitavam a analgesia epidural ou, quando não era solicitada por elas, era vivamente aconselhada pela equipa médica.

A analgesia por via epidural é a técnica mais eficaz para alívio da dor no TP e a que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materno-fetal (Mendes da Graça et al., 2010). De acordo com Pereira e colaboradores (2014), a analgesia por via epidural está associada a um aumento das taxas de partos instrumentalizados e a um prolongamento do segundo estadio do TP. Os mesmos autores referem que o relaxamento dos músculos abdominais e pélvicos, induzido por esta analgesia, pode diminuir a eficácia do esforço expulsivo materno, levar à descoordenação desse esforço com as contrações, ou interferir com a rotação fetal durante a descida no canal de parto.

Colaborámos na execução da técnica de analgesia epidural, solicitando a colaboração da parturiente, explicando-lhe todo o procedimento para que se mantivesse calma e imóvel quanto possível, incentivando-a a uma respiração tranquila, reunindo e preparando o material necessário, garantindo a assepsia, colocando a mulher na posição adequada (deitada ou sentada com os ombros paralelos, os membros inferiores fletidos e as costas arqueadas) e colaborando com o anestesista nos procedimentos necessários. Geralmente, os anestesistas utilizavam um anestésico (ropivacaína) combinado com um analgésico opiáceo (sufentanil) em perfusão contínua, o que comprometia o efeito sensitivo e motor dos membros inferiores, impossibilitando assim a deambulação da mulher nesta fase, bem como a adoção de posições verticais no período expulsivo. Vigiaram-se os seus efeitos secundários da anestesia por via epidural: hipotensão materna, tremores, prurido, sensação de peso corporal, aumento da temperatura nos membros inferiores, náuseas e vómitos, retenção urinária, complicações hemorrágicas (hematoma epidural, subdural, angiomas que podem provocar compressão medular) e neurológicas (Mendes da Graça et al., 2010). Assim,

vigiaram-se os sinais vitais para despiste de hipotensão materna, hipertermia e dor, e monitorizou-se o bem-estar fetal através da CTG.

Após terminar este procedimento procedíamos ao exame vaginal para reavaliar a evolução do TP no que diz respeito à extinção e dilatação do colo uterino e ponderávamos a algaliação. Quando previámos que o TP iria evoluir rapidamente, fazíamos um esvaziamento vesical antes do período expulsivo, caso contrário, eram algaliadas de forma a minimizar o risco de retenção e de infeções urinárias.

De modo a prevenirmos a transmissão vertical de estreptococos do grupo B (EGB), administrando profilaxia intraparto, iniciando-se no início do TP ou após a rotura de membranas como protocolado no serviço. Segundo os Consensos de Neonatologia (2013), o estreptococo do grupo B, também conhecido por streptococcus *agalactiae* ou streptococcus beta hemolítico do grupo B (SGB), está na origem da bacteriúria assintomática, infeção do trato urinário, corioamnionite, bacteriémia e endometrite pós-parto, durante a gravidez ou puerpério. Esta infeção pode ter repercussões para o RN precocemente (até aos 6 dias de vida) ou tardiamente (dos 7 aos 90 dias de vida). A infeção neonatal precoce é resultante da transmissão vertical, ocorrendo após o início do trabalho de parto (TP) ou da rotura de membranas, sendo responsável pela infeção do RN in útero ou durante a passagem pelo canal do parto, manifestando-se por pneumonia, sépsis ou meningite concomitante. No entanto, a sintomatologia respiratória (gemido, taquipneia e hipoxémia) predomina nas diferentes formas de manifestação clínica. A infeção de início tardio deve-se à transmissão do microrganismo pelos conviventes colonizados. Estes microrganismos colonizam os tratos gastrointestinal e genitourinário da mãe, constituindo o principal fator de risco para a infeção neonatal precoce intraparto, mas também o parto pré-termo, a rotura prematura de membranas, ou a rotura prolongada (≥18 horas), e a febre intraparto, estão associados ao aumento da infeção precoce (Mendes da Graça et al., 2010; Consensos de Neonatologia, 2013). A profilaxia, para os casos de estreptococo do grupo B positivo, constituiu na administração de antibiótico de largo espetro como a Penicilina por via endovenosa, 5 000 000 UI numa primeira toma, seguindo-se 2 500 000 UI, de quatro em quatro horas até ao parto, tal como recomendam os Consensos de Neonatologia (2013).

Outra situação de risco materno fortemente associada a complicações intraparto é a diabetes mellitus gestacional. Segundo os Consensos de Neonatologia (2011), na ausência de complicações materno-fetais é recomendada a indução do TP, de modo a evitar-se as mortes fetais tardias, assim como as complicações relacionadas com o aumento excessivo do peso fetal (distocia de ombros e lesões do plexo braquial), sobrepondo-se às complicações da indução do TP (taquissistolia, prematuridade iatrogénica e induções falhadas). Assim, para as

gestantes com um controlo metabólico, decorrente do plano alimentar e do exercício físico, o parto pode ocorrer entre as 40 e as 41 semanas de gestação, enquanto que para as gestantes com necessidade de controlo farmacológico (administração de insulina ou terapêutica oral), se preconiza a indução do parto às 39 semanas. O protocolo do serviço para a indução do TP está conforme estas recomendações. Ao longo deste estágio prestámos cuidados a parturientes com diabetes gestacional não insulino tratadas, iniciando-se perfusão de soro polieletrolítico com glicose a 125 ml/h e avaliando-se a glicemia capilar de quatro em quatro horas. Após o parto estas medidas eram suspensas, passando a realizar-se pesquisa de glicemia capilar após as refeições. Também procedíamos à monitorização da glicemia capilar do RN, antes das mamadas, até se verificarem três valores consecutivos superiores a 50mg/dl.

Foi da nossa competência o diagnóstico e a monitorização do risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da nossa área de atuação. Assim, realizámos a vigilância do TP para avaliação de potenciais riscos como: distocia dinâmica – anomalias das forças expulsivas relacionadas quer com disfunção contrátil uterina, quer com esforço muscular voluntário inadequado; ou distocia mecânica – alterações ao nível da apresentação, da posição ou das dimensões do feto, e de anomalias da bacia materna (Mendes da Graça et al., 2010). Ao longo do estágio foram mais frequentes os casos de distocia dinâmica.

De acordo com estes autores (*Ibidem*), a disfunção contrátil hipotónica caracteriza-se pela presença de contrações de baixa amplitude, não atingindo os 50 mmHg, com duração inferior a 45 segundos e com um intervalo alargado entre as contrações (menos de duas contrações em dez minutos). Este aumento da pressão intrauterina durante as contrações é insuficiente para dilatar o colo a um ritmo satisfatório, ocorrendo geralmente na fase ativa do TP. A existência de apresentações anómalas, a incompatibilidade feto-pélvica, a hiperdistensão uterina por gravidez gemelar ou hidrâmnios e a rigidez cervical podem ser as causas para esta disfunção. Perante esta alteração as nossas intervenções passaram por avaliar, através do exame vaginal, se a parturiente estava realmente na fase ativa e confirmar as características da bacia (ginecóide, androide, platiplóide e antropoide) para despiste de incompatibilidade feto-pélvica, o que pode ser uma indicação para a realização de cesariana. Como na maioria dos casos a hipotonia uterina foi identificada na fase ativa, realizávamos a amniotomia e administrávamos ocitocina por perfusão endovenosa para estimular a progressão do TP.

A disfunção contrátil uterina hipertónica ocorre, geralmente, na fase latente do TP e constituiu uma incoordenação da contratilidade por ausência do estímulo contrátil, sendo

representada, no registo da CTG, por ondas contráteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos curtos e irregulares. Estes padrões contráteis traduzem hipertonia uterina (contração uterina com mais de dois minutos) e taquissistolia (cinco ou mais contrações em dez minutos), aumentando o risco de hipoxia fetal e de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (Mendes da Graça et al., 2010). Nestes casos suspendíamos a perfusão ocitócica, posicionávamos a mulher em decúbito lateral esquerdo para melhorar a perfusão uteroplacentária e preparávamos o material para administração de salbutamol – tocolítico para controlar a contratilidade (Mendes da Graça et al., 2010).

A evolução do TP pode exigir também o diagnóstico e a monitorização de situações associadas a riscos fetais, como é o caso do trabalho de parto estacionário devido a distocia dinâmica. Entende-se por TP estacionário aquele em que não se verifica a progressão da dilatação em qualquer um dos estadios, bem como a descida e a rotação da apresentação fetal e as alterações da frequência, intensidade e duração das contrações uterinas (NICE, 2017; Mendes da Graça et al., 2010; DGS, 2015). As causas mais frequentes para o prolongamento da fase latente do TP são a administração precoce e excessiva de analgésicos, a disfunção uterina hipotónica e o recurso à analgesia epidural antes do TP estar bem estabelecido (Mendes da Graça et al., 2010). Nestes casos, as nossas intervenções consistiram na administração de perfusão com ocitocina, na administração da fluidoterapia (Lactato de Ringer) e, posteriormente, à amniotomia, mantendo a monitorização do bem-estar fetal, de acordo com a indicação médica e o protocolo. A perfusão de ocitocina, segundo o protocolo, consistia numa diluição de 10 UI em 1000 ml de solução polieletrolítica por via endovenosa, iniciando-se a um ritmo de perfusão de 6ml/h, aumentando para 12 ml/h decorridos 30 minutos, para 24 ml/h decorridos 60 minutos e assim sucessivamente. Quando estas medidas não eram eficazes, a parturiente era encaminhada para cesariana.

A amniotomia consiste na rotura artificial das membranas amnióticas. Segundo o protocolo do serviço, a amniotomia pode ser efetuada aos 4/5 cm de dilatação, desde que haja ausência de complicações maternas. No entanto, verificámos o uso desta prática, por vários profissionais, para encurtar a duração do TP, antes de estabelecida a fase ativa. De acordo com Wei e colaboradores (2013), a "gestão ativa" do TP é um protocolo clínico usado para facilitar a organização de cuidados obstétricos nas salas de parto, para prevenir a distocia e reduzir as taxas de cesariana. Esta gestão ativa inclui, entre outras intervenções, a amniotomia precoce e o uso de ocitocina para diminuir o tempo de duração do TP. Contudo, não existe consenso em relação ao momento da amniotomia e administração de ocitocina na presença de atraso no trabalho de parto.

O estudo realizado por Wei e colaboradores (2013) demonstrou que a realização combinada de amniotomia precoce e a administração de ocitocina foram mais eficazes na progressão do TP em mulheres nulíparas, com fase latente prolongada, e na redução das taxas de cesariana em comparação com a atitude expectante. A amniotomia e a administração de ocitocina são realizadas com o objetivo de aumentar a frequência e a intensidade das contrações. No entanto, esta hiperestimulação uterina pode causar alterações da frequência cardíaca fetal. Verificámos ao longo deste estágio o uso rotineiro de amniotomia e ocitocina no segundo estadio do TP, nas mulheres com evolução normal, o que se contrapõe às recomendações de NICE (2017).

Antes de efetuar a técnica explicávamos o procedimento à mulher, obtendo o consentimento informado. Colocávamos a arrastadeira esterilizada e procedíamos à antissepsia vulvar e perineal. Com luvas esterilizadas, procedíamos ao exame vaginal para identificar a apresentação, a posição do colo, o grau de extinção e de dilatação. Segurávamos na pinça de *Herff* com a mão esquerda que introduzíamos ao longo do percurso da mão direita. Deslizávamos o "dente" da pinça no sentido descendente até efetuar a rotura. A mão direita permanecia segurando a apresentação, para que esta descesse lentamente, prevenindo o prolapso ou compressão do codão umbilical. Consideramos que esta técnica foi difícil implementar, exigindo treino.

A segunda fase do TP inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com o nascimento do bebé. Nesta fase as contrações são mais fortes e duradouras, mas diminuem em frequência para permitir um intervalo de descanso à mulher entre elas (OE, 2015). É também caracterizado pelo comportamento da mulher, parecendo ausente nos períodos entre as contrações, sentindo-se desconfortável, desejando alívio da dor, parecendo-lhe que o processo nunca mais acaba e desejando que tudo termine, sente-se por vezes incapaz de efetuar os esforços adequados (OE, 2015). Segundo alguns autores (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014), podem surgir outros sinais como: aparecimento súbito de suor no lábio superior, episódio de vómito, aumento do muco vaginal, tremores das extremidades, nervosismo aumentado, necessidade involuntária de fazer esforços expulsivos. No entanto, estes sinais podem não se manifestar nas mulheres com anestesia epidural. Ao longo do estágio, observámos alguns destes sinais, sobretudo nas mulheres sem bloqueio epidural, no entanto, os sinais mais comuns, mesmo nas mulheres com anestesia, foram os vómitos, o nervosismo, a vontade de fazer esforços expulsivos (ou uma sensação de pressão no pavimento pélvico) e sentirem-se incapazes. Assim, as nossas intervenções passaram por avaliação contínua do bem-estar materno e fetal, proporcionámos medidas de conforto para a mãe (ajudar na mudança de posição, promover cuidados de higiene oral,

manter a cama limpa e seca e manter um ambiente tranquilo), e medidas de suporte contínuo.

Com a descida da apresentação e a pressão nos nervos recetores do pavimento pélvico, surge o reflexo de *Ferguson* e a mulher sente necessidade de expulsar involuntariamente, tornando-se progressivamente incontrolável e compulsivo. Esta pressão favorece a libertação de ocitocina endógena que desencadeia na mulher o ímpeto para "fazer força" e, automaticamente, irá começar a exercer pressão para baixo, contraindo os músculos abdominais enquanto relaxa o pavimento pélvico (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). A nossa preocupação, nesta fase, foi a de orientar os esforços expulsivos de forma a seguir o seu instinto, encorajando-a a fazer força conforme sentisse vontade e avaliando a sua respiração, de modo a não suster a respiração por mais de cinco a sete segundos de cada vez, fazendo inspirações profundas e esforços expulsivos durante a expiração. As mulheres que usam um esforço espontâneo têm menor probabilidade de sofrer lacerações do períneo ou de episiotomias (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Porém, a maioria das mulheres a quem prestámos cuidados neste estágio, estava sob o efeito da anestesia epidural, pelo que não sentiam esse reflexo, ou não procediam ao esforço expulsivo eficaz, pelo que efetuámos o ensino de esforços dirigidos, sendo a mulher convidada a inspirar fundo e a bloquear a respiração (glote fechada) durante o tempo que conseguisse aguentar, empurrando para baixo quando a contração começava, ao mesmo tempo que puxava os joelhos contra o abdómen, procedimento consonante com a manobra de Valsava.

Atualmente, a evidência sugere que a manobra de Valsava durante a segunda etapa do TP pode ser prejudicial para o bem-estar materno-fetal, no sentido de que reduz a circulação útero-placentar e consequentemente a oxigenação fetal, torna o período expulsivo mais longo, causa fadiga materna e maior probabilidade de ocorrência de danos no períneo (Vaziri et al., 2016; OE, 2015; Amorim, Porto e Souza, 2010; Couto e Carneiro, 2017). Vários autores (OE, 2015; Amorim, Porto e Souza, 2010; Royal College of Midwives, 2012; Couto e Carneiro, 2017) recomendam as posições verticais e as mudanças frequentes de posição durante o período expulsivo, pois promovem a progressão da apresentação no canal de parto, melhoram a perfusão sanguínea útero-placentar, diminuem a perceção de dor, aliviam a fadiga e a duração do período expulsivo, reduzindo a taxa de partos instrumentados e de episiotomias, como já referido anteriormente. O estudo que efetuaram demonstrou que os esforços expulsivos na posição lateral, em comparação com a manobra de Valsava, reduziram a intensidade da dor e a fadiga materna. Deste modo, orientámos a mulher para os esforços expulsivos dirigidos, assistindo na técnica respiratória e no

posicionamento, podendo variar entre o puxo em decúbito lateral, semi-fowler ou em posição de litotomia, não sendo usada a posição de cócoras por comprometimento com a analgesia epidural. A mulher foi encorajada a mudar de posição, pois os ângulos entre o feto e a sua bacia mudam constantemente, conforme a adaptação e progressão do feto ao longo do canal de parto, pelo que a parturiente pode assumir várias posições para o nascimento, sendo a posição de eleição (com bloqueio epidural), maioritariamente a posição de litotomia. Assim, promovíamos o conforto da mulher, encorajando-a a adotar a posição mais confortável, sendo-lhe sugeridas estratégias para melhorar o puxo, como o uso das barras laterais da cama ou a flexão dos joelhos, adotando o repouso entre as contrações, e sendo incentivada para respirar profunda e lentamente. O uso de reforços positivos era um grande incentivo para que ela colaborasse no parto.

Quando o vértice assomava à vulva, incentivávamos a mulher a manter os esforços expulsivos e estimulávamos o reflexo de *Ferguson* (dois dedos junto à fúrcula fazendo pressão, sem massajar) para incentivar um puxo mais eficaz, permitindo que a apresentação progredisse, mas mantendo sempre uma atitude calma, de modo a transmitir à mulher e acompanhante confiança e coragem.

De acordo com NICE (2017), as massagens perineais durante o período expulsivo do TP, não reduzem o trauma perineal, no entanto técnicas como "*hands on*" (mãos a proteger o períneo) ou "*hands poised*" (mãos fora do períneo, mas na prontidão), podem facilitar o TP. O estudo de Couto e Carneiro (2017) demonstrou que a técnica "*hands-off*" ou massagem perineal com lubrificante não previnem lacerações. Neste sentido, procurámos restringir a manipulação do períneo, de modo a prevenir traumatismos.

Nesta fase de coroamento, avaliámos continuamente o bem-estar fetal, estando atentas ao registo cardiotocográfico, idealmente com desacelerações precoces de rápida recuperação, com boa variabilidade. Utilizámos um gel de Lidocaína que aplicado no períneo e vagina lubrificava e diminuía a perceção de dor, para as mulheres sem analgesia epidural, e favorecia a distensão dos mesmos. Alguns autores (Geranmayeh et al, 2012; Couto e Carneiro, 2017) consideraram que a massagem perineal com vaselina, no 2º período do TP, aumenta a integridade perineal e reduz o trauma perineal (episiotomia e lacerações). De acordo com NICE (2017), não é recomendado o uso de *spray*/gel de lidocaína para reduzir a dor no segundo estadio do TP, no entanto, efetuávamos esta intervenção como método preventivo de trauma perineal, com o intuito de lubrificar o períneo, quando não havia outra substância como, por exemplo, a vaselina.

Avaliávamos a necessidade de realizar episiotomia e efetuávamos a proteção do períneo para permitir uma saída lenta da cabeça, permitindo a distensão gradual e a

adaptação dos tecidos perineais à apresentação, favorecendo assim um coroamento menos traumático para as estruturas perineais e prevenindo lacerações de terceiro e quarto grau.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo, com o intuito de aumentar o diâmetro vaginal. Pode ser efetuada para minimizar a lesão grave dos tecidos moles e encurtar o período expulsivo perante CTG não tranquilizador (desacelerações tardias ou de recuperação lenta ou bradicardias sustentadas). Esta técnica deve ser realizada no momento do coroamento da apresentação fetal e no pico da contração, caso a mulher não esteja anestesiada (Lowdermilk e Perry, 2008; OE, 2015; Montenegro e Rezende, 2014). Já em 1996, a OMS refere que esta prática clínica não é recomendada de forma rotineira, pelo que no nosso estágio avaliámos o períneo de cada mulher, ponderando cada situação, tendo sempre em conta a integridade perineal. O recurso a esta técnica verificou-se em casos em que o períneo se mostrava frágil, edemaciado, esbranquiçado e com micro lacerações ao longo da área de distensão. Considerámos necessário realizar episiotomia em 19 mulheres. Executámos a episiotomia medio-lateral esquerdo, na linha média do funículo posterior da abertura da vagina em direção à tuberosidade isquiática, num movimento único com cerca de 4 cm (Amorim, Porto e Saouza, 2010; NICE, 2017).

Efetuámos a manobra de *Ritgen*, de forma controlada, com movimentos suaves, prevenindo a descompressão brusca da apresentação. Esta manobra, favorece a flexão da cabeça e facilita a sua extração, ao mesmo tempo que se protege o períneo – com a mão direita continuar a proteger o períneo e com a esquerda ajudar a desencravar as bossas parietais, sendo nossa preocupação pesquisar a existência de circular do cordão cervical, pedindo à parturiente para parar de puxar (Couto e Carneiro, 2017). Se surgia uma circular larga desfazíamo-la, se apertada, procedíamos à laqueação precoce do cordão. No entanto, as recomendações atuais orientam para a clampagem e a secção do cordão num período entre um a três minutos (OMS, 2013).

Após expulsão da cabeça fetal, durante a restituição e rotação externa, mantínhamo-la apoiada e efetuámos a libertação dos ombros (anterior fazendo um movimento para baixo e posterior), seguindo-se o nascimento do corpo fetal. O RN era firmemente seguro e envolvido num lençol aquecido, limpávamos o nariz e a boca para facilitar a libertação de secreções e a permeabilização das vias aéreas, procedendo-se à sua secagem e, estimulação, enquanto fazíamos uma avaliação rápida das suas capacidades, fixávamos a hora do nascimento e o índice de Apgar. Clampavámos o cordão quando este parasse de pulsar ou passado um minuto, e perguntávamos se a mãe ou acompanhante o desejavam cortar. Sempre que a mãe o desejasse, promovíamos o contacto pele-a-pele, e felicitando os pais pelo nascimento e pela colaboração ao longo do TP e parto. Recolhíamos sangue do cordão

umbilical para criopreservação de células estaminais, ou para para tipagem sanguínea do RN nos casos de grupo Rh negativo.

O contacto pele-a-pele consistiu na colocação do bebé despido sobre o tórax ou abdómen da mãe, em decúbito ventral, coberto com um lençol aquecido. Esta prática de colocar o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe tem benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do RN. Este procedimento acalma o bebé e facilita a transição para a vida extrauterina, no sentido em que estabiliza a circulação sanguínea, os batimentos cardíacos e a respiração, reduz o choro, o stresse e a dor, diminuindo assim a perda de energia, mantém o bebé aquecido pela transmissão de calor da sua mãe, favorece a adaptação do RN ao meio ambiente não estéril e a prevenção de ocorrência de infeções, além de possibilitar o início precoce e a manutenção prolongada da amamentação, promove o processo de vinculação entre mãe e filho e diminui o risco de hemorragia materna no pós-parto (Matos et al., 2010; Carvalho e Zangão, 2014). Estes autores referem que esta prática deve ser realizada na primeira hora de vida, pois é a fase de inatividade alerta do RN, com duração média de quarenta minutos, preconizando-se a redução de procedimentos de rotina, em RN de baixo risco, neste período. Portanto, o contacto pele a pele, na instituição onde foi realizado o estágio, constituiu na colocação do RN nu sobre a pele da mãe cerca de 10 a 15 minutos. Findo este tempo, o RN era colocado debaixo da fonte de calor, onde eram prestados os cuidados imediatos como a secagem com lençóis aquecidos, a aspiração da orofaringe e fossas nasais na presença de secreções. Faziam parte deste conjunto de cuidados a avaliação do peso, a administração de colírio, para prevenção de infeções oculares, a administração de vitamina K, essencial para a coagulação sanguínea, o vestir o RN, a colocação de identificação e a pesquisa de glicemia capilar aos RN's com peso inferior a 2500 gramas e superior a 4000 gramas.

Apesar destes cuidados serem indispensáveis para a boa adaptação do RN à vida extrauterina, são cuidados que podem ser efetuados após a primeira hora de vida, facilitando o vínculo entre mãe e filho através do contacto pele-a-pele. No entanto, por questões organizacionais do serviço, não foi possível efetuar esta prática durante o tempo recomendado.

O índice de Apgar avalia a capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina através dos indicadores: frequência cardíaca, frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica, o tónus muscular pelo grau de flexão e movimento das extremidades, irritabilidade reflexa pela resposta do RN à estimulação plantar e a perfusão/oxigenação pela cor da pele – pálida, acrocianose ou rosada (Lowdermilk e Perry 2008; Mendes da Graça, 2010; Montenegro e Rezende, 2014). Se o índice de Apgar fosse

superior a 7, o RN era colocado sobre a barriga da mãe, promovendo o vínculo mãe-filho, caso o índice de Apgar fosse inferior ou igual a 7 era levado para o reanimador para iniciar as manobras de reanimação.

A fonte de calor e os lençóis aquecidos permitem a manutenção da temperatura corporal, evitando o stresse provocado pelo frio. O RN reage à exposição ao frio aumentando a atividade simpática e um consequente aumento da utilização de fontes energéticas, através do aumento da frequência respiratória e da vasoconstrição, visível através de cianose, o que implica um aumento da necessidade de oxigénio e possível hipoglicemia (Teixeira, Rocha e Guimarães, 2008). A estabilização do RN passou pela sua colocação no reanimador, com a cabeça mais baixa do que o corpo, de modo a favorecer a drenagem por gravidade; pela desobstrução das vias aéreas, usando batimentos suaves de percussão sobre a parede torácica para promover a libertação de secreções. Quando o RN apresentava excesso de secreções respiratórias, procedemos à aspiração da orofaringe e das fossas nasais, tendo o cuidado de efetuar sucção igual ou inferior a cinco segundos, com pressão inferior a 100 mmHg, de forma a prevenir a estimulação vagal e a hipoxia (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014; Consensos de Neonatologia, 2012).

A administração profilática de cloranfenicol®, uma gota em cada olho, fazia parte dos cuidados imediatos ao RN, como método preventivo da conjuntivite neonatal por gonorreia ou clamídia, passível de ser adquirida durante a passagem pelo canal de parto. A administração de Kanakion® – vitamina K (fitomenadiona) é outra medida profilática de excelência na prevenção dos distúrbios hemorrágicos do RN. Esta técnica consiste na administração de dose única de 1mg de Vitamina K, por via IM, no músculo vasto externo do membro inferior esquerdo do RN. Na primeira semana de vida, o intestino do RN ainda não possui a microflora que sintetiza a vitamina K, responsável pela formação hepática dos fatores de coagulação, e apesar da placenta e o aleitamento materno serem fontes desta vitamina, apresentam quantidades insuficientes para as suas necessidades. O défice desta vitamina leva a alterações na coagulação sanguínea e consequente hemorragia, pelo que a sua administração no pós-parto imediato é recomendada (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Após estes cuidados, o pai foi convidado a participar podendo vestir o bebé.

Na maioria dos casos os RN apresentavam boa vitalidade, com aspeto rosado, choro vigoroso, e boa adaptação à vida extra-uterina, verificando-se em alguns casos hipoxia das extremidades, sendo designada de acrocianose do RN. No entanto, assistimos a casos que necessitaram de reanimação. Em caso de cianose central e hipotonia do RN é necessário a administração de oxigénio. Se o RN não respira, ou está em *gasping*, e a FC é inferior a 100

bpm e mantém cianose central, apesar da administração de O2 a 100%, deve iniciar-se ventilação com pressão positiva, com ventilador manual, verificando se há expansão torácica adequada e se há reversão da cianose e aumento da FC (Consensos de Neonatologia, 2012). Observou-se um caso ao longo do estágio, de um bebé que tinha uma circular apertada ao pescoço. Neste caso foi laqueado o cordão de imediato e colocado o RN no reanimador, onde foi aquecido, estimulado insistentemente no dorso, aspirado e colocado oxigénio por máscara, tendo revertido gradualmente e atingindo um *score* de Apgar de sete ao quinto minuto. Após avaliação do neonatalogista este bebé foi encaminhado para o serviço de neonatologia.

No terceiro período do TP estivemos atentas às manifestações da mulher, bem como às suas necessidades. Vigiámos as variações de volume e consistência uterina e a quantidade de sangue exteriorizada pela vagina. Colocámos a mulher confortável, descendo a cabeceira da cama, mas mantendo pelo menos 45º para favorecer o descolamento da placenta com o seu peso (OE, 2015). Segundo NICE (2017), esta fase pode ter a duração fisiológica de uma hora e inclui o uso não rotineiro de drogas uterotónicas e a expulsão da placenta pelo esforço materno. Numa conduta ativa, esta fase pode demorar até 30 minutos envolvendo: uso rotineiro de drogas uterotónicos, clampagem e corte de cordão um minuto após o nascimento e tração controlada do cordão após os sinais de separação da placenta (NICE, 2017). De acordo com o protoloco do serviço, efetuámos uma conduta ativa. Assim, procedíamos à tração controlada do cordão, associada a massagem uterina e a perfusão de ocitocina levando a maior contração do músculo uterino. Para perceber o descolamento da placenta efetuámos a manobra de *Küstner* – colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, fazendo pressão na vertical em direção à coluna vertebral de modo a fazer a correção da anteversão do útero, quando o cordão retraía não se verificava o descolamento do cordão, se o cordão se mantivesse estático é sinal de já houve descolamento – se a placenta ainda não estivesse descolada adotávamos uma atitude expectante, usando a gravidade e a massagem abdominal no fundo uterino (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014; Mendes da Graça et al., 2010). Nestes casos, seria ideal promover o contacto pele a pele entre mãe e o RN, no sentido de estimular a libertação de ocitocina endógena e assim facilitar a separação e expulsão da placenta (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014; Mendes da Graça et al., 2010). Se a manobra de *Küstner* indicasse que a placenta estava descolada, procedíamos à exteriorização da placenta. Amparávamos a placenta com uma mão e com a outra tracionávamos o cordão, de forma controlada, pedindo à mulher para puxar com as contrações uterinas. Executámos a manobra de *Dublin* (movimentos rotativos com a placenta até exteriorização completa das membranas), de

modo a favorecer a saída da placenta e das membranas na sua totalidade, sem movimentos rápidos ou intempestivos. A placenta era colocada na mesa de trabalho e fazíamos a sua inspeção minuciosa para despiste de anomalias, registando todas as suas características da placenta no processo clínico. Tivemos a oportunidade de observar algumas calcificações, sendo todos os dequites de face fetal (*Schultze*), com cordões longos e curtos, de inserção central e paracental. Verificou-se um caso de cordão umbilical com dois vasos, mas sem complicações aparentes no RN.

Ao fim de trinta minutos, se ainda se verificasse a retenção da placenta, era referenciado ao obstetra para extração manual. Durante o estágio assistimos a uma destas intervenções, assumindo o obstetra os cuidados relativos à extração manual e revisão uterina, sendo o nosso papel de colaboração e assistência no procedimento.

Efetuávamos a revisão do canal de parto para identificar possíveis estruturas afetadas, no entanto, segundo Amorim e colaboradores (2010) não existem evidências de efeitos benéficos na revisão manual da cavidade uterina pós-parto. Procedíamos à episiorrafia usando técnica assética cirúrgica. Foi explicado à puérpera que a cicatrização da ferida perineal se completa entre a 2ª e 3ª semanas pós parto e que o fio de sutura é reabsorvido (*Vicryl* 2/0), por volta do 10º dia, e informou-se sobre os sinais inflamatórios como calor, rubor, dor, e o possível aumento da sensibilidade, tumefação, prurido e cheiro fétido (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Após a expulsão da placenta, o débito cardíaco aumenta rapidamente quando a circulação placentar cessa, o que contribui para o maior risco hemorrágico. Pode ser administrada medicação ocitócica, estimuladora da contração uterina, ajudando assim na prevenção da hemorragia (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Na nossa prática, após expulsão da placenta administrávamos ocitocina, para reduzir o risco de hemorragia. De acordo com a OMS (2013) a ocitocina é o fármaco uterotónico recomendado, que deve ser administrado logo a seguir ao nascimento ou um minuto após o parto. Após o nascimento, a perfusão de ocitocina era reduzida para seis ml/h, sendo aumentada para 400 ml/h após a dequitadura para prevenir hemorragia pós-parto e descompressão uterina.

No quarto período do TP, período de hemóstase e de recuperação, a puérpera e RN permaneceram sob a nossa vigilância durante duas horas, até ser transferida para o serviço de internamento. Promovemos a amamentação na primeira hora de vida, vigiámos o tónus uterino e a perda hemática, avaliámos os sinais vitais, removemos o cateter epidural e, ao fim de duas horas, fornecíamos alimentação. A transferência da puérpera e do RN era sempre

precedida da avaliação de sinais vitais da puérpera, verificação do seu estado de higiene e conforto, de modo a garantir o bem-estar da puérpera e do RN durante o transporte.

Tivemos a oportunidade de realizar partos vaginais a mulheres com história de cesariana anterior. Segundo a DGS (2015), uma cesariana prévia não constitui, por si só, uma indicação para nova cesariana em gestações subsequentes. Os riscos associados aos tipos de parto têm vindo a diminuir nas últimas décadas, contudo é necessário considerar as complicações que podem ocorrer, sendo que o parto vaginal tem uma menor incidência de complicações e com menor gravidade, comparativamente à cesariana (ACOG, 2010; DGS, 2015).

Uma situação patológica que identificámos, ao longo do estágio, foi o gemido de um bebé, embora tivesse apresentado um Apgar de nove no primeiro minuto e dez ao quinto minuto, após avaliação do neonatalogista foi encaminhado para neonatologia. Ao longo do estágio, verificámos RN's com um registo prévio de CTG suspeito, ou com mecónio, nascerem vigorosos e com alto *score* de Apgar, enquanto outros, sem indícios de sofrimento fetal, nascerem com um *score* de Apgar mais baixo, o que nos leva a constatar que a obstetrícia é imprevisível e surpreendente.

Ao longo deste estágio efetuámos dois partos a mulheres com feto morto, uma com 36 semanas de gestação e outra com 37. Uma delas por interrupção médica, após diagnosticada uma malformação incompatível com a vida, o outro caso foi uma morte fetal in útero. Esta última encontrava-se internada no serviço de Obstetrícia II com uma complicação por pré-eclâmpsia. Também prestámos cuidados a mulheres em processo de abortamento no primeiro e segundo trimestre de gestação.

O abortamento espontâneo consiste na perda involuntária (total ou parcial) do produto de conceção, verificando-se sangramento de origem intrauterina, contrações e dilatação do cérvix, ocorrendo em consequência de fatores de ordem natural, até à vigésima e a vigésima segunda semana de gestação, ou com peso inferior a 500 gr. Nos casos com idade gestacional inferior a dez semanas o produto de conceção (feto e placenta) é expulso completamente, no entanto, entre as dez e as vinte semanas de gestação, o feto e a placenta podem ser eliminados em separado, podendo ocorrer retenção na cavidade uterina (Garmel, 2005, cit. por Koch, 2014). Quando ocorria retenção de uma das partes do produto de conceção, geralmente era resolvido no bloco cirúrgico. Estas experiências foram situações enriquecedoras, pois fazem parte das competências do EEESMO o diagnóstico e monitorização do trabalho de abortamento, no entanto, foram momentos emocionalmente difíceis. De acordo com Koch (2014), é um processo complicado lidar com perdas gestacionais, onde prevalecem sentimentos de deceção e angústia, quando se desejava o

encontro com uma nova vida. Durante a gravidez, a mulher projeta no bebé os sonhos, as expectativas, o desejo de concretizar o papel de mãe e sentimentos de felicidade que, com a notícia de perda, também estes sentimentos morrem, restando a deceção, a culpa, o medo (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Implementámos intervenções com a finalidade de manter a saúde da mulher durante o trabalho de abortamento, nomeadamente vigiámos a perda hemática e a expulsão dos produtos de conceção, fizemos o despiste de hemorragia e de infeção, monitorizámos os sinais vitais e o controlo da dor. Efetuámos apoio psicológico, na medida em que, desenvolvemos uma escuta ativa, mostrando disponibilidade, interesse em ajudar e respeito sem fazer juízos de valor, facilitando a comunicação, usando um tom de voz calmo, usando linguagem não-verbal como o sorriso, o toque e o contacto visual (Koch, 2014). Procurámos ajudar os pais na tomada de decisão; preparação e cuidados ao corpo; ajudar a família enlutada a tomar consciência e a expressar os seus sentimentos; facilitar o processo de luto do casal/família; satisfazer as necessidades físicas da mulher enlutada; ajudar o casal a comunicar e a procurar apoio na família e ajudar na recolha de recordações especiais; procurámos proporcionar memórias do bebé que não foram bem aceites pelos pais, na sua maioria (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Informámos sobre o processo de luto, explicando que cada pessoa tem o seu tempo de recuperação, que o casal tem formas diferentes de vivenciar o luto, no sentido que a mulher sente mais necessidade de falar e ser ouvida, enquanto o homem prefere não falar nem ouvir falar sobre o evento. Assim, explicámos que a comunicação entre o casal, o exprimirem as emoções pode ajudar a compreenderem-se e apoiarem-se mutuamente. Ensinámos à mulher/casal a importância de adotar estilos de vida saudáveis, uma vez que a recuperação física influencia a recuperação psicológica, assim incentivámos para uma alimentação saudável, para o repouso, para ocuparem os tempos livres com atividades lúdicas, como passear, distrair-se, retomando gradualmente as atividades de vida diárias (Koch, 2014).

1.3. Desenvolvimento de competências específicas no âmbito do autocuidado pós-parto e da preparação para a parentalidade

O estágio de Autocuidado Pós-Parto e da Preparação para a Parentalidade, permitiu-nos adquirir e desenvolver competências, necessárias para a implementação de cuidados

comuns e específicos, no âmbito do autocuidado, da transição e adaptação à parentalidade da puérpera/família, bem como, na implementação de cuidados ao RN.

De acordo com a diretiva europeia transposta para o direito nacional no Decreto-lei n.º 16/2009 do Artigo 37.º de 4 de Março, a atribuição do título de enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica compreende a vigilância e a prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e respetivos RN's.

Este estágio realizou-se no serviço de Obstetrícia I, que comporta vinte e seis camas, distribuídas por seis enfermarias, com quatro camas cada, e por dois quartos de isolamento, habitualmente utilizados para situações de patologia associada, o que não se verificou durante este estágio. Este serviço é destinado exclusivamente ao pós-parto e apresenta todas as condições físicas necessárias ao alojamento conjunto e contínuo de mãe e RN, com um horário de visitas alargado para que o pai do RN possa estar presente o mais possível. Nas situações de pós-abortamento, ou nos casos em que o RN permaneceu na neonatologia, as puérperas eram internadas no serviço Obstetrícia II, separado fisicamente do serviço de Obstetrícia I, de forma a reduzir as experiências potencialmente traumáticas, como, por exemplo, ouvir o choro de bebés. Ao longo do estágio, foi-nos possível prestar cuidados a puérperas, em ambos os serviços, de acordo com o plano de trabalho atribuído à tutora, que incluía, no máximo, seis puérperas nos turnos da manhã e doze puérperas nos turnos da tarde e noite.

O puerpério corresponde ao período de seis semanas após o parto, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação materna inerentes à gravidez (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; DGS, 2015). É também denominado como o «quarto trimestre», pressupondo uma continuidade dos trimestres da gravidez, pois constitui um período de grande complexidade e especificidade, devido às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, no qual a assistência de enfermagem é fundamental para a saúde materna e neonatal (OE, 2015). Este período de recuperação da mulher pode ser dividido em três fases: o puerpério imediato – correspondente às primeiras 24 horas, o puerpério precoce – abrange a primeira semana, e o período de puerpério tardio – que se prolonga até ao final da sexta semana após o parto (Mendes da Graça et al., 2010).

Durante este estágio prestámos cuidados a puérperas no período de pós-parto imediato e puerpério precoce, nomeadamente até às 48 horas nas puérperas de parto vaginal e até às 72 horas nas puérperas cujos partos foram distócicos por cesarianas.

O puerpério é uma fase de transição, suscetível de complicações ocasionais face às várias transformações intra e inter pessoais que ocorrem na mulher/família, decorrentes da brusca passagem do estado gravídico para o não gravídico, caracterizado pela mudança *entre*

o perdido – gravidez – e o adquirido – o filho (Soifer, 1991, cit. por OE, 2015, p. 49). O EESMO assume um papel fundamental no apoio à mulher/família, promovendo quer a saúde da puérpera, quer a saúde do RN, bem como o bem-estar de toda a família, fomentando assim a transição e a adaptação à parentalidade (OE, 2015). É, também, o profissional mais qualificado para promover o papel parental, para orientar e habilitar a mulher a cuidar do RN, favorecendo a vinculação mãe-filho (Rodrigues et al., 2014).

A transição para a parentalidade é uma fase complexa, marcada pela chegada do novo membro à família e, com ela, as exigências dos cuidados ao RN e a adaptação da mulher ao novo papel. Esta fase, que coincide com o período de puerpério, é também marcada pelas alterações fisiológicas, por isso constitui uma transição situacional, tal como a gravidez. Com o nascimento do filho, a vida do casal sofre inúmeras transformações, bem como a sua relação, até então pautada pela conjugalidade, entrará numa nova dimensão, a da parentalidade. Esta nova etapa implica adaptação a nível fisiológico e psicológico, a qual acarreta uma mudança de papéis para toda a família, em que a mulher passa a ser mãe, o homem torna-se pai, o filho mais velho passa a ser irmão, a mãe passa a ser avó e, assim sucessivamente. É, portanto, uma fase de reorganização da estrutura familiar e social, das rotinas, das prioridades e das necessidades do quotidiano. A adaptação à nova identidade da mulher/casal pode, assim, constituir uma tarefa difícil. Nesta fase, o apoio da família, dos amigos e do EESMO pode ser um fator facilitador para que o casal não sinta uma sobrecarga com todas estas mudanças, ajudando o casal a encontrar um equilíbrio saudável na relação parental e na relação conjugal (Cardoso, 2011).

Durante o tempo de internamento de puerpério as novas mães e pais têm, necessariamente, de adquirir conhecimentos e desenvolver competências e habilidades para prestar cuidados ao RN, promovendo o seu desenvolvimento saudável, antes do regresso a casa. Neste contexto, a necessidade de um bom planeamento e a assertividade na execução dos cuidados, por nós prestados, determinaram as nossas atividades em estágio, de modo a atender às necessidades específicas demonstradas pela tríade RN-mãe-pai.

As nossas atividades, desenvolvidas no contexto do estágio Autocuidado Pós-Parto e Preparação para a Parentalidade, procuraram potenciar uma boa adaptação da mãe/pai na transição para a parentalidade e, consequentemente contribuir para a sua saúde e bem-estar, promovendo a amamentação, a recuperação física e psicológica, a consciencialização do novo papel e a aquisição de conhecimentos, assim como, o desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais ao exercício da parentalidade.

Relativamente às puérperas, os principais focos de atenção foram: recuperação, amamentação; ferida perineal ou cirúrgica (quando existiu); e papel parental.

O período puerperal, no qual a saúde da mulher pode ser afetada devido às alterações fisiológicas que ocorrem, constitui uma ameaça ao seu bem-estar. Neste sentido, é de extrema importância a assistência pós-natal para a identificação de problemas de saúde (OE, 2011). Promover a recuperação da mulher é uma intervenção autónoma do EESMO que começa na admissão desta, no serviço de puerpério. O acolhimento à puérpera e ao RN consistiu em recebê-los de forma afável, facilitando a sua integração no serviço. Era efetuado, por norma, duas horas após o parto. A nossa apresentação, na qualidade de estudantes em EESMO, bem como da enfermeira orientadora do estágio, era fundamental. E, nesta fase inicial, na qual a mulher se mostrava desconfortável pelo cansaço, procurámos fazer uma breve avaliação física da puérpera e do RN, promovendo o conforto de ambos e proporcionando, de seguida, um período de repouso. Era, também, colocada a pulseira eletrónica ao RN num dos membros inferiores, tal como protocolado, explicando o seu funcionamento à mãe.

O repouso, no puerpério, é de extrema importância, pois permite que a mulher restabeleça a sua energia, após o desgaste físico e emocional que envolveu o TP e parto, promovendo assim, o seu bem-estar e o do seu filho.

Na admissão, o exame físico geral realizado à mulher compreendia a monitorização dos sinais vitais, nomeadamente a pressão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura e a dor. Também, avaliávamos as características dos lóquios, a ferida perineal ou abdominal e a contração uterina. A avaliação da contração uterina era efetuada através da massagem externa, com o intuito de expelir os lóquios ou alguns coágulos, acumulados na cavidade uterina de modo a evitar a distensão vesical e promover o tónus uterino, e permitindo-nos monitorizar a perda sanguínea.

Consultou-se o processo clínico da puérpera e do RN, para conhecer os antecedentes pessoais, a história obstétrica, a história da gravidez atual, o grupo de sangue, hora de parto, peso, índice de Apgar, entre outros.

Durante o período de repouso no leito, a puérpera encontrava-se dependente no autocuidado e nos cuidados ao RN, pelo que a assistimos de acordo com as necessidades que apresentava. Efetuámos cuidados vulvo-perineais sempre que necessário e ainda, prestámos cuidados totais ao RN. Sempre que necessário, trocávamos a fralda e apoiávamos a amamentação, quando este era um desejo da mãe, caso contrário, fornecíamos o leite adaptado, prestando atenção aos sinais de saciedade e avaliando os reflexos de sucção e deglutição.

Após este período inicial de repouso, procedeu-se à apresentação da estrutura física do serviço, nomeadamente a enfermaria e a casa de banho. Informávamos sobre o número

da cama e o piso no qual estava internada para facilitar o acesso das visitas, e sobre alguns aspetos funcionais como as rotinas, horário de refeições e o regime de visitas. Procedíamos a uma observação mais minuciosa e confirmávamos alguns dados como: a identidade da mãe e do filho/a; o sexo do RN; verificávamos a clampagem do coto umbilical (para identificar precocemente o risco de hemorragia que é maior nas primeiras horas de vida); a existência de pulseira de identificação e procedíamos a uma avaliação do estado de saúde da mulher, de modo a estabelecer a vigilância adequada e implementar as intervenções necessárias, no sentido de promover a sua recuperação puerperal.

O período de repouso no leito das puérperas variava de acordo com o tipo de parto, para as puérperas de parto vaginal preconizava-se um período de quatro a seis horas, ou até deixarem de sentir o bloqueio loco-regional causado pela analgesia por via epidural e, para as puérperas pós cesariana, estimava-se um período variável, entre seis a doze horas, após terem sido submetidas a anestesia loco-regional, via epidural ou raquidiana, de acordo com o protocolo do serviço.

Durante este período de repouso, era importante manter a mobilização dos membros inferiores, incentivando-se essa ação, de modo a prevenir complicações tromboembólicas associadas à imobilidade (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). O risco de tromboembolismo no puerpério deve-se ao estado de hipercoagulabilidade, característico da gravidez. O aumento dos níveis dos fatores de coagulação e de fibrogénio e a redução da velocidade do fluxo venoso dos membros inferiores, juntamente com a imobilidade aumentam o risco de tromboembolismo, apesar de, o aumento do fibrinogénio funcionar como mecanismo protetor dos eventos tromboembólicos (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008; Andrade, Gagliardo, Péret, 2009). Nesse sentido, vigiámos os sinais de tromboflebites ou flebites, como dor, calor ou rubor nos membros inferiores, e despistámos o aparecimento de trombose venosa profunda através do teste de *Homan* (NICE, 2017).

Terminado o período de repouso, era efetuado o levante da puérpera, logo que a situação clínica o permitiu, com o objetivo de prevenir complicações por imobilidade, como fenómenos tromboembólicos e hipotensão ortostática, e promover a deambulação, para melhorar a circulação sanguínea, e a autonomia no autocuidado e no cuidado ao RN (OE, 2013; Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Assim sendo, as puérperas foram informadas da higiene diária, de modo a promover o conforto, bem como sobre a importância de praticarem períodos de repouso para restabelecimento e alívio da fadiga, e ainda sobre a importância da deambulação para prevenção do tromboembolismo, recuperação da vitalidade e exteriorização dos lóquios. O primeiro levante era efetuado,

sempre, com o nosso auxílio e supervisão, dado que existe risco de queda por lipotimia ou hipotensão ortostática, por diminuição da volémia subsequente à perda significativa de sangue durante o parto (cerca de 500 ml); pela interrupção da circulação útero-placentar, o que reduz o leito vascular materno; pela perda da função endócrina placentar, a qual cessa o estímulo para a vasodilatação e pela consequente mobilização do líquido extravascular acumulado durante a gravidez, o que pode levar a edema fisiológico (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Assim, antes de efetuar o levante tínhamos o cuidado de providenciar a alimentação e confirmar a sua tolerância. Avaliávamos as mucosas, a TA em decúbito dorsal, a dor (o desconforto pode ser incapacitante para o levante), a distensão da bexiga (por risco de retenção urinária e hemorragia), a contração uterina (pelo risco de descompressão na posição vertical), a perda hemática e a capacidade de mobilização dos membros inferiores (para avaliação da recuperação da sensibilidade dos membros inferiores, de modo que a deambulação ocorresse em segurança). Perante uma avaliação positiva, procedíamos ao levante gradual, colocando a mulher na posição de *Fowler* durante alguns minutos antes de a colocar em posição sentada, quando avaliávamos novamente a TA. Comparávamos os sinais vitais em ambas as posições e se verificássemos aumento do pulso ou diminuição da tensão arterial, ou se a mulher referisse tonturas, híper-sudorese ou visão turva, adiávamos o levante (OE, 2013; OE, 2015; Royal College of Midwives, 2013; Castro e Centeno, 2012; NICE, 2015).

Nesta fase de puerpério está subjacente o risco de retenção urinária, por perda de tónus vesical, por dilatação dos ureteres e da pelve renal, causada pela ação da diminuição da progesterona, que induz hipotonia no músculo liso, e pela incapacidade da distensão da bexiga na sua totalidade durante a gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). O risco de retenção urinária pode ser definido como a incapacidade de micção espontânea, nestes casos, seis horas após o parto vaginal, ou após desalgaliação no caso de cesariana. Algumas explicações para a diminuição do estímulo urinário são: traumatismos do parto, que reduzem ou alteram o reflexo de micção; aumento do débito urinário (resultante do excesso de líquidos acumulados nos tecidos ao longo da gravidez) e os efeitos da administração de opióides durante o TP. Por outro lado, associado a essa diminuição do estímulo para urinar, há um aumento da diurese por efeito da diminuição dos níveis de estrogénios e da pressão venosa nos membros inferiores (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Para incentivar esse estímulo após o levante ou desalgaliação implementámos algumas medidas como, a promoção da privacidade, permitir ir ao WC, o incentivo para a deambulação, para a imersão das mãos em água fria corrente e o banho de água quente. Foi explicado às puérperas que a esta hipotonia induzida pela

gravidez, volta ao estado pré-gravídico, cerca de seis a oito semanas após o parto (Mendes da Graça et al., 2010). Incentivámos a micção espontânea periódica de forma a prevenir a distensão da bexiga, o que constitui uma medida preventiva no risco de hemorragia, uma vez que a distensão da bexiga pode influenciar a localização do útero e impedir a contração uterina, aumentando assim, o risco de hemorragia e de infeção do trato urinário (Mendes da Graça et al., 2010; Castro e Centeno, 2012; NICE, 2015). Neste estágio, nenhuma puérpera apresentou grandes dificuldades na micção, pelo que todas as situações foram resolvidas com as medidas descritas anteriormente, sem necessidade de outros métodos interventivos. Porém, por todos estes motivos acima referidos, a puérpera pós cesariana, geralmente algaliada, deveria efetuar o primeiro levante antes da desalgaliação, no entanto, e porque estávamos numa prática supervisada, removíamos a sonda vesical antes do levante.

Por rotina do serviço, era realizada a avaliação da puérpera diariamente, nomeadamente a monitorização da dor e dos sinais vitais, vigilância da ferida perineal ou cirúrgica, vigilância da contração uterina para despiste de sinais de atonia uterina numa fase inicial, sendo a avaliação da contração e da posição do útero, por palpação, frequente, quando se verificasse perda sanguínea excessiva, atonia uterina ou febre, ou durante o período de repouso antes do primeiro levante (NICE, 2015). Incentivámos a ingestão hídrica no sentido de favorecer a reposição de líquidos e promover a produção de leite materno. Avaliámos os edemas, devido ao aumento de volume extravascular produzido durante a gravidez.

Era protocolo do serviço a avaliação regular da dor, em intervalos de seis horas, através da utilização de uma escala de intensidade de 0 a 10 valores. Verificámos, através das queixas das puérperas, que é muito comum a dor por ferida/laceração perineal ou ferida abdominal, a dor devido à contração uterina aquando da amamentação, as cefaleias pela dificuldade de descanso, a dor nas mamas por ingurgitamento e nos mamilos por fissuras. Para alívio da dor implementámos diversas técnicas, como a aplicação de colostro no mamilo e explicação dos seus benefícios, a crioterapia intermitente no períneo e a administração de analgesia prescrita (OE, 2011). Observámos autonomia da equipa de enfermagem quanto à administração de analgésicos à puérpera, de acordo com o protocolo do serviço era administrado paracetamol e/ou iboprufeno. O paracetamol era administrado com seis horas de intervalo entre cada toma e o iboprufeno com oito horas de intervalo. Tivemos sempre o cuidado de questionar as puérperas sobre possíveis alergias a estes medicamentos e sobre antecedente de asma ou bronquite, uma vez que o ibuprofeno pode desencadear um quadro de broncoespasmo (Castro e Centeno, 2012).

A TA e a frequência cardíaca eram avaliadas uma vez por turno para, precocemente, detetar possíveis complicações (hipertensão, hipotensão, hemorragia). De acordo com a OMS (2014) deve avaliar-se a TA imediatamente após o parto e, se os valores se encontrassem dentro dos parâmetros normais, a próxima avaliação deveria ocorrer nas 6 horas seguintes.

Neste estágio, fez parte das nossas atividades a avaliação da contração uterina e a sua localização acima ou abaixo da linha do umbigo, efetuando massagem suave para contrair o útero e ajudar a exteriorizar possíveis coágulos; avaliação dos lóquios (quantidade, cor, cheiro) (OE, 2015; Mendes da Graça et al., 2010; Castro e Centeno, 2012). Nas primeiras 12 horas, espera-se que o útero se encontre um centímetro acima do umbigo; nas 24 horas seguintes, na região peri umbilical; no final da primeira semana, deverá situar-se acima da sínfise púbica; ao 9º dia já não é palpável, por se encontrar ao nível ou abaixo da sínfise púbica (Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008).

Avaliámos o tónus uterino para identificação precoce da atonia uterina, de modo a prevenir possíveis hemorragias tal como preconiza a OMS (2014). Neste sentido, efetuámos a técnica de palpação uterina colocando uma mão a nível do umbigo, facilitando a saída de sangue acumulado no útero, que cessava após a contração uterina. Antes da execução desta técnica explicávamos o procedimento às puérperas, bem como, as causas e perigos da atonia uterina, de modo a promover a sua colaboração, uma vez que se trata de uma intervenção que provoca desconforto e dor. Recomendámos a troca do absorvente higiénico a cada quatro ou seis horas (OE, 2011; OMS, 2014; Mendes da Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Foram também efetuados ensinos sobre a lavagem das mãos antes e após a realização de autocuidado, assim como, antes e depois dos cuidados ao RN; sobre a importância dos cuidados perineais (mudança regular do penso higiénico, lavagem do períneo com água tépida e sabão neutro, seguida de uma correta secagem e limpeza perineal no sentido ântero-posterior após a ida ao WC). Avaliou-se ainda a contração uterina, com a bexiga vazia, sem almofada e com os joelhos fletidos (NICE, 2015). Alterações na contração e involução uterinas podem indicar infeção, retenção de restos placentares, trauma do trato genital ou trauma cervical, alterações da coagulação, atonia uterina (Lowdermilk e Perry, 2008; Mendes da Graça et al., 2010).

O útero, no período pós parto imediato, diminui o peso de 1200g para 1000g, voltando ao seu normal entre a 4ª e a 6ª semana, com cerca de 100g. Após a dequitadura ocorre contração do local da implementação da placenta e o útero permanece contraído o tempo necessário até surgir uma retração permanente da fibra. Por ação da ocitocina, as fibras musculares miometriais, entrelaçadas, ficam contraídas, condicionando a constrição

dos vasos intramiometriais, cessando o aporte de sangue ao leito placentário, o que constitui um mecanismo de hemóstase. Também funcionam como mecanismo hemostático os fenómenos de trombose que ocorrem nos vasos placentários. A regeneração do endométrio *faz-se pela proliferação centrípeta do endométrio marginal e pela regeneração das glândulas e do estroma da decídua basal* (Mendes da Graça et al., 2010, p.372).

Vigiámos os lóquios, quanto ao aspeto/cor, à quantidade e ao cheiro, uma vez por turno e sempre que necessário. Os lóquios são constituídos, essencialmente, por eritrócitos e fragmentos de decídua. Informámos sobre o processo de evolução dos lóquios ao longo do puerpério: nos primeiros dias são hemáticos, a partir do 5º dia tornam-se sero-hemáticos e após o 10º dia passam a seroso, de coloração amarelada e aspeto mucóide e espesso, e têm duração de 10 a 14 dias. O volume total dos lóquios, considerado normal, é cerca de 200 a 500 ml numa média de quatro semanas (Mendes da Graça et al., 2010).

Vigiou-se o períneo para rastreio de sinais inflamatórios na ferida perineal, presença de hematomas, de edema, de equimose, de rubor, de corrimento ou de hemorroides; nas puérperas submetidas a cesariana verificávamos o penso da ferida cirúrgica (em caso de estar repassado, era delimitado e ficava em vigilância mais frequente ou era trocado).

Outro foco de atenção, nosso, foi a ferida perineal. Observámos o períneo, a ferida perineal e monitorizávamos a dor associada, recomendando a aplicação gelo várias vezes ao dia, nas primeiras vinte e quatro horas, sobretudo se presença de edema ou dor, pois devido ao seu efeito vasoconstritor, promove a sua regressão e tem efeito analgésico. Quando estas medidas não eram suficientes para alívio da dor, administrávamos paracemol ou ibuprofeno, o que vai ao encontro das recomendações da NICE (2015). Conforme NICE (2015), os cuidados rotineiros do puerpério, pós-parto vaginal, passam pela avaliação da dor e desconforto do períneo, com observação e avaliação regular da área perineal para avaliar o processo de cicatrização. É essencial assegurar que esta observação seja tão completa quanto possível, com a mulher numa posição confortável para permitir que o períneo seja facilmente examinado (Royal College of Midwives, 2013). Ensinámos sobre manter a ferida limpa e seca; sobre os cuidados perineais (duche diário e troca frequente dos pensos higiénicos); sobre a importância da limpeza no sentido ântero-posterior, após urinar ou defecar; e sobre a importância da lavagem das mãos antes e depois dos cuidados perineais (OE, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008).

Vigiou-se a perda sanguínea, de modo a prevenir a hemorragia pós-parto. A hemorragia é uma das complicações puerperais mais frequentes e é a principal causa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento (OMS, 2014). De acordo com Mendes da Graça e colaboradores (2010), as principais causas de hemorragia são: atonia uterina,

lacerações obstétricas, retenção de restos placentários, subinvolução do leito placentário e coagulopatias maternas. As nossas atividades de vigilância, na prevenção de hemorragia, incluíram a avaliação de sinais de hemorragia, como: perda de sangue repentina ou profusa; palpação do pulso e verificação do penso; ou perda de sangue acompanhada de qualquer um dos sinais e sintomas de choque (taquicardia, hipotensão, hipo-perfusão e mudança do estado de consciência) (NICE, 2015). E, ainda, a monitorização do tónus uterino e da distensão vesical. Segundo NICE (2015), na ausência de perda sanguínea vaginal anormal, a avaliação do útero por palpação abdominal ou medição, como uma observação de rotina é desnecessária. Pelo que, na ausência de sinais de hemorragia, a avaliação do tónus uterino era efetuada uma vez por dia, no turno da manhã, de acordo com as recomendações de NICE (2015) e segundo protocolo do serviço.

Os níveis de progesterona durante a gravidez, também alteram a musculatura intestinal. O trânsito intestinal no pós-parto pode estar comprometido devido à hipotonia do tónus muscular, mas também, pela desidratação, pela presença de ferida perineal, pela sensibilidade perineal e pelos efeitos da analgesia durante o trabalho de parto. Neste sentido, as puérperas foram tranquilizadas em relação às alterações do padrão de eliminação e procurámos incentivar uma ingestão hídrica adequada, assim como uma dieta rica em fibras. Se o trânsito intestinal não estivesse restabelecido no dia da alta, eram dados para administração dois microclisteres, por indicação médica. O restabelecimento do trânsito intestinal confirma-nos a ausência de lacerações extensas com atingimento do esfíncter anal ou perfuração do intestino, sobretudo no caso de cesariana. A dificuldade na eliminação intestinal deve-se a alguns fatores associados ao TP, tais como: efeitos anestésicos, ingestão insuficiente de fibras e líquidos, longa permanência em decúbito dorsal e repouso prolongado no leito, medo de dor e stresse (Silva, Nóbrega e Macedo, 2012; NICE, 2015). Foram efetuados ensinos sobre uma dieta equilibrada e rica em cálcio, com abundância de líquidos, legumes e frutas, para prevenir a obstipação (Royal College of Midwives, 2013; Mendes da Graça et al., 2010).

Promoveu-se e assistiu-se na amamentação, respeitando sempre a decisão da mulher de modo a promover a consolidação de conhecimentos e técnicas que permitirão à mãe tornar-se independente no aleitamento do seu bebé. A amamentação era iniciada na Sala de Partos com apoio e supervisão da EEESMO, continuando-se no serviço de internamento de puerpério. Contudo, aquando do acolhimento da puérpera no serviço, questionávamos a senhora quanto à sua decisão de amamentar e avaliávamos a sua disponibilidade. Verificámos que a maioria das senhoras queria amamentar, embora uma grande parte das puérperas, por nós cuidadas neste estágio, estivessem decididas a não o

fazer. Face a estas mulheres que não queriam amamentar e não mostravam qualquer motivação para o fazer, apesar dos nossos incentivos, oferecíamos leite adaptado aos RN's. No caso das que se mostravam indecisas, explicávamos as vantagens do colostro e as possíveis desvantagens do leite adaptado, incentivámos o estabelecimento da amamentação e apoiávamos em todas as mamadas. Apesar de todo o nosso apoio, ao longo do estágio, apercebemo-nos que grande parte das mulheres acabariam por desistir da amamentação exclusiva. O sucesso da amamentação está relacionado com a motivação, a preparação, a orientação e o apoio ativo prestado à mulher, mas também pode ser afetado por fatores físicos, sociais, culturais e comportamentais (DGS, 2015).

Verificámos, também, que esta atividade de apoiar na amamentação foi a que exigiu mais tempo e disponibilidade da nossa parte, mas, ao mesmo tempo, foi a mais gratificante.

De acordo com Martins e Santana (2013, p. 88) o *aleitamento materno é um processo fisiológico que traz inúmeras vantagens bio-psico-sociais para as puérperas*. Segundo a OMS (2017) a amamentação é um ato fisiológico, mas também um comportamento aprendido. A amamentação pode ser definida como o ato de alimentar o RN, oferecendo-lhe leite materno, diretamente da mama ou extraído desta (ICN, 2017). A OMS (2017) recomenda o início da amamentação na primeira hora após o nascimento, bem como, a amamentação exclusiva, sob livre demanda, até aos seis meses de vida da criança, e complementada até aos dois anos de idade ou mais, pelo que, os nossos ensinos às puérperas tiveram por base estas recomendações.

A OMS (2017) recomenda a amamentação em livre demanda, sem horário estipulado, no entanto, como estávamos numa prática supervisada, ensinávamos as mulheres a amamentarem de três em três horas, pelo menos 15 a 20 minutos em cada mama. Confrontando a tutora de estágio com este facto, que nos deu indicação de manter esta prática, argumentando que a população daquela localidade não entenderia o significado de "livre demanda".

Tendo em conta os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos da amamentação, as nossas intervenções foram maioritariamente educativas, com a finalidade de aumentar o conhecimento da mãe/pai. Deste modo, tivemos a oportunidade de ensinar as puérperas sobre as vantagens da amamentação, referindo que esta constitui um fator importante na redução das taxas de morbilidade e mortalidade infantil. A amamentação favorece o vínculo afetivo mãe-filho, fornece ao RN todas as calorias e nutrientes que ele precisa nos primeiros meses de vida, promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo, previne o aparecimento de doenças como diabetes, asma, obesidade, alergias, infeções gastrointestinais (diarreias), respiratórias (pneumonias e bronquiolites) e

urinárias; facilita a digestão e absorção intestinal e permite o exercício dos músculos faciais e das mandíbulas, promovendo o desenvolvimento da fala. No que diz respeito à mãe, a amamentação facilita a recuperação mais rápida de peso, tem efeito protetor no aparecimento de cancro do ovário e da mama, osteoporose, doenças cardíacas, diabetes e artrite reumatoide; promove a contração uterina, diminuindo o risco de hemorragia no pós-parto. Para além destas vantagens, podemos, ainda, referir que o leite materno é prático, económico, ecológico e conveniente, sem necessidade de preparação, aquecimento e esterilização, sempre disponível à temperatura ideal (Martins e Santana, 2013; Lowdermilk e Perry, 2008; Levy e Bértolo, 2012; DGS, 2015).

Com o intuito de promover a amamentação foram feitos vários ensinos relacionados com a amamentação, nomeadamente, sobre o posicionamento da mãe e do RN durante as mamadas para que ambos estivessem confortáveis e relaxados. Assim, explicámos às puérperas que poderiam estar sentadas, deitadas ou em pé, conforme se sentissem melhor. No entanto, verificámos que a maioria não tinha experiência de amamentar nem tinha realizado preparação para a parentalidade e, portanto, não sabiam qual a melhor posição. Nestes casos, aconselhávamos a experimentarem deitadas, em decúbito lateral, com a cabeça apoiada na almofada, o braço (do lado da mamada) a envolver o RN e a outra mão a apoiar a mamada. Esta posição, por nós escolhida, tem a vantagem de a mãe ter as costas apoiadas, é favorável à diminuição dos edemas e permite que os músculos relaxem. Era fundamental verificar e ensinar a mãe sobre a posição do RN, que deve ficar com o corpo e cabeça alinhados e apoiados, o abdómen voltado para o abdómen da mãe e o queixo a tocar na mama. Para as mães que preferiam dar de mamar em posição sentada, incentivávamos a manter as costas apoiadas, os pés alinhados com os joelhos e com uma almofada sobre as coxas para apoiar o RN (Levy e Bértolo, 2012; FEBRASCO, 2015). A puérpera era também informada para não deixar o RN mais de três horas sem mamar, ou mais de duas horas no caso de RN de baixo peso, devido ao risco de hipoglicemia. Para uma mamada eficaz, as mães eram ensinadas a colocar o RN a eructar, em posição vertical, no final das mamadas. Também eram incentivadas a estimular o RN, antes da mamada, se apresentasse sonolento e, uma forma de o fazer seria trocar a fralda, ou fazer massagem nos pés, ou na região dorsal (NICE, 2015).

Para a amamentação bem-sucedida é fundamental a boa pega do RN, de modo a realizar a sucção efetiva. Assim, ensinámos sobre uma pega adequada: a mãe tem de sustentar corretamente a mama, com a mão em forma de C, colocando o polegar na parte superior da mama e os outros quatro dedos sob a mama; o mamilo deve tocar no lábio inferior do bebé até que este abra amplamente a boca, de modo a que abocanhe o mamilo

e quase toda a aréola, ficando com o lábio inferior voltado para fora, as bochechas arredondadas, o nariz livre e a língua acoplada em torno do peito; deve permanecer tranquilo, com sucção lenta, profunda e ritmada, com períodos de atividade e pausa, sendo possível ver ou ouvir a deglutição (Levy e Bértolo, 2012; FEBRASCO, 2015; NICE, 2015).

De acordo com a NICE (2015) são indicadores de amamentação bem-sucedida os seguintes factos: deglutição auditiva e visível; sucção rítmica; braços e mãos relaxados; boca húmida; fraldas regularmente embebidas em urina; a mama fica mais leve; o RN larga o mamilo quando satisfeito; a mãe não sente dor durante a mamada e sente-se relaxada.

Vigiaram-se as mamas e a integridade dos mamilos, verificámos a presença de fissuras ou outras anomalias, bem como, o tipo de mamilo - normal, invertido, ou umbilicado, no sentido de despistar complicações/dificuldades na promoção da amamentação. As puérperas com mamilos rasos ou invertidos, cujo RN tivesse dificuldade na pega, eram aconselhadas a usar mamilos de silicone. De modo a prevenir lesões mamilares ensinámos sobre os cuidados de higiene das mamas e mamilos: manter uma adequada higiene (uma vez por dia), utilização de arejadores, não utilizarem por rotina cremes ou pomadas, pois podem causar reações alérgicas e, ainda sobre a necessidade de serem removidos antes de cada mamada. Nos casos em que as puérperas referiram dor nos mamilos, foi reavaliada a pega do RN durante a amamentação, sendo esta uma das principais causas da dor mamilar. Quando se verificava rubor, maceração ou fissura mamilar era incentivada a aplicação de algumas gotas de colostro sobre o mamilo e aréola, deixando secar ao ar ambiente, pois favorece a cicatrização, podendo fazê-lo antes e após cada mamada, antes para motivar o bebé para uma pega eficaz e, depois para potenciar a regeneração dos tecidos e prevenir lesões do mamilo. Também, desaconselhámos o uso de discos absorventes, pois estes diminuem a ventilação do mamilo, e informámos sobre a existência de arejadores de mamilos (Levy e Bértolo, 2012; FEBRASCO, 2015; NICE, 2015).

Assistimos mulheres com ingurgitamento mamário, principalmente em caso de internamento prolongado. Surge quando acontece a descida do leite, entre o terceiro e o quinto dias pós-parto, ou quando a amamentação é ineficaz (pega ou posição incorreta, início tardio, baixa frequência de mamadas, restrição do tempo de sucção ou sucção incorreta). As mamas apresentam-se tensas, quentes, distendidas e firmes. Esta complicação deve-se à estase do fluxo lácteo, levando ao aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos. Nestes casos, as mulheres foram instruídas para: amamentar a cada duas ou três horas, durante pelo menos 15 a 20 minutos, no sentido de esvaziar a mama o mais possível; aplicar calor húmido, através de aplicação tópica de compressas ou chuveiro, massajando suavemente a mama em movimentos circulares, especialmente nas regiões endurecidas e

dolorosas, promovendo a vasodilatação, no sentido de tornar o leite mais fluido; orientando para iniciar a mamada na mama mais tensa, pois no início da mamada o RN tem uma sucção mais eficaz, o que permite aliviar a tensão mamária; realizar expressão manual da mama, se estiver tensa, antes de iniciar a amamentação para obter maior flexibilidade areolar; usarem sutiã ajustado ao tamanho da sua mama, que seja firme, com alças largas de modo a fazer-se um bom suporte; foi fornecida bomba para extrair o leite no final da mamada, para aquelas que continuavam com a mama cheia e aconselhámos para aplicar compressas de água fria no final, promovendo a vasoconstrição. Quanto ao leite retirado, ensinou-se que pode conservar-se entre seis a oito horas à temperatura ambiente, até oito dias no frigorífico e até duas semanas no congelador (Levy e Bértolo, 2012; FEBRASCO, 2015; NICE, 2015; Beck et al, 2004).

Assistimos na amamentação de gémeos, RN‘s de baixo peso e RN’s macrossómicos. O aleitamento de todos estes bebés foi suplementado com leite adaptado pelo risco de hipoglicemias e para prevenir a exaustão da puérpera, facto que pode constituir um fator para o abandono da amamentação.

Ao longo deste estágio sentimos a necessidade de desmistificar algumas crenças e ideias preconcebidas, erradas, tais como a duração da mamada ter de ser 10 minutos em cada mama, ou ter de ser de três em três horas, ou ainda sobre a qualidade e quantidade do colostro, ou a lavagem frequente dos mamilos. Assim, as puérperas foram orientadas para: oferecerem uma mama em cada mamada, até esta esvaziar, pois o leite do final é mais rico em gordura e sacia mais o bebé e, também, como método preventivo para o ingurgitamento mamário, ou mastite por estase e bloqueio dos ductos; darem de mamar sempre que o RN peça, em livre procura, sem horário estipulado, tendo o cuidado de não o deixarem mais de três horas sem mamar; restringirem a lavagem dos mamilos ao momento de higiene diária, pois é suficiente; sobre as características do colostro e do leite, inicialmente com um aspeto aquoso, de seguida ficará amarelo (leite de transição) e por último branco (leite maduro). Este último produz-se mais ou menos 72 horas após o dequite (lactogéne II), de modo a responder às necessidades do RN, uma vez que no primeiro dia de vida tem uma capacidade gástrica de 5 a 7 ml, no terceiro dia 22 a 27 ml, no final da primeira semana 45 a 60 ml, e com um mês de vida o seu estômago tem uma capacidade de 80 a 150 ml. Também explicámos às puérperas que o leite materno contém água, hidratos de carbono, gordura, proteínas, minerais e imunoglobulinas. É um sinal de saciedade quando o RN liberta espontaneamente a mama. Contrariamente, os sinais precoces de fome são manifestados quando o RN acorda e se mostra agitado, leva as mãos à boca, abre a boca e roda a cabeça num sentido de procura. Aproveitámos este momento, para explicar que o choro do RN poderia indicar

outros desconfortos para além da fome, como seja a fralda molhada, a necessidade de eructar, a sensação de calor ou de frio, a cólica ou o cansaço. Ensinámos algumas técnicas de conforto ao RN, como a técnica de posicionamento para dormir e eructar, o embrulhar o RN para o acalmar e a massagem abdominal para diminuir a cólica (Bordalo, 2008; Mendes da Graça et al., 2010; Seabra, 2009; Gouveia e Órfão, 2009; Beck et al, 2004).

Promoveu-se a saúde mental e o bem-estar das puérperas, questionando sobre o seu estado emocional e bem-estar, o apoio familiar e social que tinham, e que estratégias continham para lidar com as questões do dia-a-dia. É, característico do puerpério, as mudanças bruscas dos níveis plasmáticos de hormonas, nomeadamente de estrogénios e progesterona, o que torna este período uma fase de maior vulnerabilidade emocional**.** Após o nascimento do filho(a), a mulher experimenta sentimentos ambivalentes de autoconfiança e medo, inerentes à experiência de parto e ao nascimento do filho(a) saudável e, ao mesmo tempo, o medo de não ser capaz de responder às necessidades do RN (Silva, 2012; DGS, 2015). Lidar com a complexidade de sentimentos que a maternidade engloba, de uma forma saudável, nem sempre é tarefa psiquicamente fácil, pelas mudanças que ocorrem a vários níveis, como privação de sono, isolamento social, alterações no relacionamento sexual com o companheiro, ou até da reestruturação da imagem corporal e da identidade feminina (Cantilino et al, 2010; DGS, 2015). Neste sentido, incentivámos a mulher para comportamentos preventivos, promotores da sua saúde mental, como cuidar de si mesma, praticar exercícios moderados, distrair-se saindo de casa e passeando com o seu bebé, falar sobre os seus sentimentos, pedir ajuda a familiares para tomar conta do RN quando precisar de algum tempo para descansar. As mulheres foram incentivadas a informar um profissional de saúde sobre quaisquer mudanças de humor, estado emocional e comportamento fora do padrão normal ou habitual (NICE, 2015).

Face ao foco: uso do contracetivo, foram efetuados ensinos sobre o retomar da atividade sexual e coital, duas a três semanas após o parto, ou quando a mulher se sentir confortável, desde que não provoquem desconforto ou dor (Mendes da Graça et al., 2010; DGS, 2015). Informou-se sobre a redução da libido e do interesse pela atividade sexual, relacionado com o cansaço e a preocupação com as novas responsabilidades, bem como a dispareunia decorrente da atrofia e da secura vaginal, devido aos baixos níveis de estrogénios (Pissolato et al., 2016; DGS, 2015). Aconselhámos, para estes casos, o uso de um gel lubrificante à base de água ou cremes com estrogénio tópico, para aliviar o desconforto durante a relação sexual. Informámos que a amenorreia e a amamentação não são garantias de ausência de risco de gravidez, pelo que recomendámos o uso de um método contracetivo (Mendes da Graça et al., 2010; DGS, 2015). Informou-se a mulher/casal sobre a possibilidade

de que os contractivos hormonais combinados podem diminuir a quantidade e qualidade do leite. Os métodos contracetivos hormonais progestativos apenas deverão ser iniciados seis semanas após o parto porque é desconhecido o seu efeito sobre o desenvolvimento hepático ou cerebral do RN (DGS, 2008). Por este motivo recomendou-se o uso do preservativo até à consulta de revisão do puerpério – entre a quarta e a seis semana pós-parto – (Mendes da Graça et al., 2010).

Deparámo-nos, ao longo do estágio, com puérperas que recorreram ao serviço de urgência por febre e ficaram internadas com diagnóstico de endometrites e/ou infeção da ferida cirúrgica. É considerado febre quando a temperatura corporal está acima de 37,5º C, em duas medições consecutivas intervaladas de 6 horas, pelo que avaliávamos frequentemente a temperatura a estas puérperas. A endometrite é uma *infeção polimicrobiana causada por agentes que normalmente colonizam o colo, a vagina e o aparelho gastrointestinal* (Mendes da Graça et al., 2010, p. 374). As manifestações clínicas desta patologia incluem sinais e sintomas como: febre, taquicardia, calafrios, anorexia, útero subinvoluído, amolecido e doloroso à palpação e lóquios com cheiro fétido. Estas mulheres eram medicadas com antibióticos, por via endovenosa e terapêutica antipirética. De acordo com o protocolo do serviço, os antibióticos de primeira linha eram a clindamicina, a gentamicina e o metranidazol, de 8 em 8 horas. Outras infeções possíveis no puerpério são as urinárias, as mastites e as da ferida perineal. Apesar de não nos depararmos com nenhuma situação dessas ao longo do estágio, efetuámos ensinos sobre como prevenir estas situações, explicando à mulher a importância dos cuidados de higiene geral e perineal e do esvaziamento mamário aquando da descida do leite, sublinhando sempre que devem procurar um profissional de saúde quando surgem sintomas.

Prestámos cuidados a puérperas com antecedentes de diabetes gestacional ou diabetes pré-gestacional. A diabetes gestacional *define-se como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez*, podendo complicar o desenvolvimento do feto (Consensos de Neonatologia, 2011, p. 19). À medida que a gravidez avança o metabolismo materno vai-se alterando, apresentando: resistência progressiva à ação periférica da insulina endógena, incremento da degradação da insulina e aumento da lipólise materna. A diabetes gestacional regride progressivamente após o parto, mas durante a gravidez exige um tratamento que passa pelo controlo através de dieta nutricional, ou através de administração de insulina (Mendes da Graça et al., 2010). No puerpério, as mulheres mantinham os cuidados iniciados durante a gravidez, relativamente à dieta ou à administração de insulina e às pesquisas de glicemia. Quando a diabetes era controlada com dieta, assim que a puérpera iniciasse alimentação

oral, suspendia a perfusão de soro glicosado e iniciava pesquisas de glicemia capilar antes das refeições. De acordo com o protocolo instituído, se a glicemia capilar fosse inferior a 120 mg/dl em três determinações sucessivas, suspendiam-se as pesquisas; se a glicemia capilar se mantivesse acima dos 200 mg/dl em duas determinações sucessivas, contactava-se o médico para instituir terapêutica. No caso de diabetes controlada com insulina, era monitorizada a glicemia capilar de duas em duas horas até iniciar a alimentação oral e, posteriormente, antes das refeições. Para estas situações seguíamos o algoritmo protocolado:

Quadro 3 - Algoritmo de correção de insulina para diabéticas insulinotratadas.

Algoritmo de correção	Glicemia capilar (mg/dl)	<140	≥ 141 <200	≥ 201 <250	≥251 <300	≥301 <350	≥351 <400
	Insulina SC (UI)	0	3	5	8	10	12
	>400 mg/dl – administrar 5 UI de insulina IM de 2/2 horas até glicemia < 160 mg/dl						

Durante este estágio não tivemos nenhuma puérpera com a glicemia capilar elevada. A maioria era controlada com dieta. Eram referenciadas para a prova de tolerância à glicose oral entre as 6 e 8 semanas após o parto, como recomendam os Consensos de Neonatologia (2011).

Dado que estes RN's eram frequentemente macrossómicos, foi identificado o risco de hipoglicemia. As intervenções de enfermagem, neste âmbito, passaram pela monitorização de glicemia capilar e vigilância de sinais de hipoglicemia: episódios de cianose, apneia, instabilidade térmica, hipotonia, letargia, sucção débil, alteração do tónus muscular, tremores, irritabilidade, mau mamar, choro gritado, taquipneia, apneia, convulsão, coma, hipotermia, hipoxia, isquemia, dificuldade respiratória ou sépsis (Consensos de Neonatologia, 2011; Mendes da Graça et al., 2010). Os RN's filhos de mães diabéticas são, geralmente, macrossómicos devido a hiperglicemias recorrentes, o que leva a uma hiperinsulinemia fetal, estimulando a síntese proteica e de glicogénio. A oscilação dos níveis glicémicos maternos produzem uma hiperplasia das células β no pâncreas fetal e, consequentemente, uma maior produção de insulina, levando a hipoglicemias neonatais (Mendes da Graça et al., 2010). O protocolo do serviço de Obstetrícia I para os RN's macrossómicos, os de baixo peso e para os filhos de mães diabéticas, recomendava monitorização de glicemia capilar no momento de admissão no serviço (duas horas após o parto) e, depois de 6 em 6 horas, antes da alimentação, até perfazer as 24 horas após o nascimento. Esta monitorização terminava ao fim de 24h se o RN apresentasse valores de glicemia normais (> 45 mg/ dL antes da alimentação). De acordo com os Consensos de

Neonatologia (2013), quando o RN tem um valor de glicemia baixo após alimentação com leite materno não implica que deva ser de imediato suplementado com fórmula para lactentes, deve aumentar a frequência da alimentação com leite materno, que deverá ser 10 a 12 vezes nas 24 horas. Neste estágio, recomendámos a amamentação destes bebés de duas em duas horas, ou sempre que o bebé pedir, no entanto, a maioria teve necessidade de ser suplementado com leite adaptado.

A administração da imunoglobulina Anti-D, também constituiu outra intervenção implementada com a finalidade de potenciar a saúde da mulher, no decorrer deste estágio. Com o avanço da gravidez, os vasos placentares e o espaço interviloso vão diminuindo de espessura, o que permite um aumento das trocas de sangue entre mãe e feto. *A partir da 6ª semana de gravidez, quando o feto Rh+ começa a ter antigénio Rh em circulação, é induzida a produção de anticorpos anti-D, nas grávidas Rh-, ficando estas sensibilizadas. Numa futura gestação, a consequência desta sensibilização será a doença hemolítica perinatal (DHPN), situação responsável por uma morbilidade e mortalidade perinatal significativa* (DGS, 2007, p.1). A primeira dose de imunoglobulina Anti-D é administrada às 28 semanas de gestação e a segunda dose deve ser oferecida a todas as mulheres com Rh-D negativas, não sensibilizadas nas primeiras 72 horas após o parto de um RN com RhD-positivo. Administram-se 300µg de imunoglobulina anti-D, por via intramuscular, em todas as puérperas Rh- (NICE, 2015; DGS, 2007; Mendes da Graça et al., 2010).

Prestámos cuidados a puérperas que haviam sofrido punção acidental da *dura mater,* após punção lombar para analgesia epidural. Trata-se de uma complicação ocasional desse procedimento. O sintoma mais evidente que as puérperas referiam era a cefaleia intensa, sendo este, o sintoma mais comum da punção da *dura mater*. Este sintoma acentua-se com a posição vertical, melhorando com o decúbito dorsal. Esta situação incapacitava a puérpera para a prestação de cuidados ao RN e impedia-a de manter o contacto com o seu filho, podendo contribuir como um fator negativo para o estabelecimento do vínculo mãe-filho e da amamentação. Para além da cefaleia, a picada da *dura mater* pode ainda causar náuseas, fotofobia, rigidez cervical e tonturas. A conduta comum no serviço e, portanto, nossa também, para estes casos foi o incentivo para o repouso no leito, incentivo para a hidratação, bem como a ingestão de cafeína (café e coca-cola) e a administração de analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteroides, de acordo com a prescrição. No entanto, um estudo elaborado por Antunes e colaboradores (2016) refere que nenhuma técnica pode ser recomendada como eficaz. O mesmo estudo defende que se a hidratação e a cafeína fossem administradas por via endovenosa, seriam obtidos resultados mais eficazes e mais rápidos.

Relativamente ao RN, os focos de atenção, ao nível do sistema informático, nas primeiras horas pós-parto, identificados foram: conforto e desenvolvimento infantil. Como intervenção, priorizámos a colocação do RN perto da mãe, de modo a prevenir hipotermia e a promover a ligação mãe-filho. Como atividades de vigilância vigiámos a pele, a eliminação urinária e intestinal, o reflexo de sucção e de deglutição, a alimentação e a ferida do coto umbilical (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Quando não era possível colocar o RN junto da mãe, por se encontrar no recobro, o pai podia permanecer junto do bebé, favorecendo a vinculação pai-filho. Aquando de uma cesariana, as equipas do serviço eram avisadas quando a grávida era levada para o bloco, para que fosse colocada a primeira roupa do RN no reanimador sob fonte de calor e assim eram prestados os cuidados imediatos no serviço, os quais foram referidos no capítulo anterior. Quando o RN chegava ao serviço, era pesado e, imediatamente, colocado debaixo da fonte de calor, de modo a permitir a manutenção da temperatura, evitando o stresse provocado pelo frio. Observávamos o RN verificando a respiração (caso não estivesse a chorar), a coloração da pele e a clampagem do coto umbilical, administrámos a vitamina K, aplicámos o colírio, e monitorizávamos a glicemia capilar, de modo a facilitar a tomada de decisão, no que diz respeito a fornecer a alimentação com leite adaptado ou esperar, aproximadamente, duas horas, para iniciar a amamentação e promover a vinculação, quando a mãe subia do recobro. Procurámos incluir o pai na prestação de cuidados ao RN, dando oportunidade de o vestir, fotografar, pegar ao colo ou fornecer a primeira refeição de leite adaptado, quando necessário, sob o nosso acompanhamento e supervisão. A avaliação física e neurológica dos RN's foi realizada diariamente pelos pediatras, e acompanhada pelo EESMO até 72 horas após o nascimento para despiste de complicações (NICE, 2015).

Relativamente à pele do RN, deve ser quente, seca, rosada, sem anomalias ou lesões e com boa tonicidade (Lowdermilk et Perry, 2008; Mendes da Graça et al., 2010). Frequentemente observámos RN com lanugo, com *vérnix caseoso*, com eritema tóxico e com *Caput Succedaneum*. O lanugo corresponde ao sistema piloso do RN, recobrindo a pele, essencialmente nas costas, ombros e face, persistindo nas duas primeiras semanas de vida, sendo um sinal de alguma imaturidade física. O *vérnix caseoso* consiste numa mistura de células epiteliais e sebo, caracterizando-se por ser gordurosa e esbranquiçada, que lubrifica e protege a pele contra bactérias e facilita a passagem através do canal de parto. O eritema tóxico manifesta-se através de erupções cutâneas benignas e auto limitadas, que surgem como uma resposta anti-inflamatória (Lobo, Machado e Selores, 2009; Consensos de Neonatologia, 2014). Explicámos, aos pais, que o lanugo, o *vérnix* e o eritema tóxico são achados comuns que desaparecem com a maturação do bebé. O *Caput Succedaneum*

corresponde ao céfalo-hematoma ao nível do escalpe fetal, que resulta da diminuição do retorno venoso provocada pela compressão dos vasos locais durante o processo de parto e/ou causado pela pressão da ventosa quando utilizada. Esta hemorragia consequente, de acordo com a sua extensão, ou grau, pode causar anemia e icterícia no RN, sendo reabsorvida entre quatro a seis semanas após o parto (Mendes da Graça et al., 2010).

A situação clinica do RN, mais vivenciada neste estágio, foi a icterícia neonatal, a qual exigia frequentemente que se prolongasse o internamento do RN, ficando a mãe como acompanhante deste. A icterícia do RN, ou hiperbilirrubinémia neonatal, é uma condição frequente nos primeiros dias de vida, que afeta cerca de 60 a 70 % dos RN's de termo e cerca de 80 a 90% dos RN's prematuros. Esta alteração caracteriza-se pela pigmentação amarelada da pele e da esclerótica, com progresso cefalocaudal, provocada por níveis sanguíneos anormalmente elevados de bilirrubina sistémica, com níveis séricos de bilirrubina total acima de 5-7 mg/dl (Levy e Bértolo, 2012; NICE, 2016). Segundo os Consensos de Neonatologia (2013), quase todos os RN's apresentam valores de bilirrubina em circulação superior a 1 mg/dl, quando este valor atinge 5 mg/dl torna-se visível. Quando ocorre nas primeiras 24 horas a icterícia geralmente resulta de hemólise, a forma mais grave de icterícia neonatal, que pode progredir rapidamente para toxicidade do sistema nervoso central (Kernicterus), manifestando-se entre o terceiro e o sexto dia de vida, sendo irreversível. No entanto, após as 24 horas, durante os primeiros 10 dias de vida, a maioria dos RN's apresenta icterícia fisiológica considerada clinicamente benigna e etiologicamente não patológica, com pico de bilirrubina entre o terceiro e o quinto dia de vida (Silva, 2011; NICE, 2016). A hiperbilirrubinemia traduz uma dificuldade de adaptação do fígado do RN à vida pós-natal, explicado pelo aumento ligeiro da bilirrubina não-conjugada devido a: aumento da síntese de bilirrubina por aumento do número de eritrócitos e diminuição da semi-vida destes; diminuição da capacidade de ligação da albumina à bilirrubina e transporte menos eficaz, uma vez que os recém-nascidos têm níveis de albumina plasmática baixos; conjugação e excreção menos eficazes por atraso da maturação hepática e dos sistemas enzimáticos; aumento da circulação entero-hepática uma vez que o intestino do recém-nascido é estéril e não tem capacidade de hidrolisar a bilirrubina em estercobilina e, também, devido à presença da beta-glucuronidase que transforma a bilirrubina conjugada em não conjugada, facilmente absorvida pela mucosa intestinal; e ainda pela deficiente captação hepática da bilirrubina, resultante de níveis de ligandina diminuídos (Silva, 2011; Consensos de Neonatologia, 2013; NICE, 2016).

Quando a icterícia se desenvolveu nas primeiras 24 horas de vida ou mais, foi monitorizada e avaliada juntamente com o bem-estar global do RN. Vigiámos os sinais e

sintomas de icterícia: letargia, diminuição da sucção durante o aleitamento, choro agudo e hipotonia. Neste estágio não se verificou nenhum RN com alterações neurológicas.

Efetuámos o doseamento sérico da bilirrubina total através de bilirrubinómetro transcutâneo. Este método tem vindo a ser sugerido como método de rastreio porque estima a bilirrubina total e evita colheitas por punção, parecendo ser tão efetivo como o doseamento sérico (NICE, 2016).

Efetuámos as seguintes intervenções preventivas da hiperbilirrubinemia grave: promovemos o aleitamento materno com uma frequência superior a 10 vezes por dia; determinámos os níveis de bilirrubina em todos os RN's com icterícia nas primeiras 24 horas após o parto; interpretámos os níveis de bilirrubina de acordo com a idade do RN em horas; proporcionámos informação sobre icterícia neonatal aos pais; identificámos recém-nascidos pré-termo, proporcionando monitorização seriada, tendo em conta o seu maior risco de desenvolver hiperbilirrubinemia grave (Silva, 2011).

O tratamento da hiperbilirrubinemia não conjugada, situação mais frequente ao longo do estágio, consistiu na fototerapia. O aparelho para fototerapia mais utilizado foi o Bilibed®, aparelho com luz fluorescente em berços abertos para promover o vínculo afetivo durante a terapia, permitindo o contacto entre mãe e filho (Consensos de Neonatologia, 2013). Realizámos ensinos às mães/pais para que os RN's ficassem apenas vestidos com a fralda e o fato de turco (Bilicombi), que permanecessem o maior tempo possível no Bilibed® e para a necessidade de serem bem agasalhados sempre que os retirassem do mesmo. Vigiámos o número de dejeções e a cor das fezes. Monitorizámos a temperatura do RN e garantimos o ambiente de conforto térmico para que minimizassem os gastos de energia. Monitorizou-se a hidratação através da diurese dos RN's, sendo que não há indicação de aumentar o aporte hídrico nos RN's sob fototerapia (Consensos de Neonatologia, 2013; NICE, 2016). Vigiaram-se os efeitos colaterais da fototerapia, tais como exantema eritematoso, fezes moles e hipertermia (Consensos de Neonatologia, 2013).

Ensinámos a mulher/pais sobre o padrão de eliminação vesical e intestinal do RN, sendo que, a primeira eliminação urinária deve ocorrer em 24h e a eliminação intestinal entre 24 a 48h. Podem ocorrer seis a dez micções diárias com uma coloração clara, o que indica uma adequada ingestão hídrica. O número diário de dejeções é muito variável durante a primeira semana, sendo em maior quantidade entre o terceiro e o sexto dia. O número de dejeções diárias diminui de cinco a seis, para uma ou duas por dia, nas primeiras duas semanas (Lowdermilk et Perry, 2008; NICE, 2016).

O reflexo de sucção foi avaliado na medida em que o RN abria a boca e começava a sugar e quando a bochecha, os lábios ou o canto da boca eram tocados com o dedo ou o

mamilo. Este reflexo mantém-se durante todo o período de lactação e durante o sono. O reflexo de deglutição verificou-se quando o RN deglutia de forma coordenada com a sucção, e quando o leite era colocado na parte posterior da língua (Lowdermilk et Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Relativamente ao foco papel parental, tivemos em consideração que a mulher/casal, inicialmente, experimenta sensações de stresse ao assumir a responsabilidade de prestar cuidados ao filho. No entanto, verificámos que a mulher/casal vai dando resposta a esse novo desafio, através do desenvolvimento e domínio das competências necessárias e que lhe permitem lidar com a nova condição, demonstrando mestria. Gradualmente, os sentimentos iniciais são substituídos pela sensação de bem-estar, sentindo-se confortável no exercício do seu novo papel. Estes padrões de resposta são fatores determinantes para a consciencialização, o envolvimento e a autoconfiança (Meleis et al., 2000, cit. por Cardoso, 2011). Assim, a apropriação dos conhecimentos e das habilidades parentais vai potenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, com consequente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel parental. Contrariamente, o défice dessas habilidades exercem um impacto negativo na perceção da autoeficácia e na satisfação com o exercício do novo papel, condicionando a saúde do RN e o bem-estar da mulher/família (Cardoso, 2011). A mestria nas competências parentais influencia o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio comportamento e o comportamento do RN. De facto, quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior será a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades do RN (Ribas & Bornstein, 2005, cit. por Cardoso, 2011). Neste contexto, compete ao EESMO capacitar a mulher/casal para desenvolver competências, conhecimentos e habilidades parentais, de modo a promover a saúde e a boa adaptação às novas circunstâncias e aos novos desafios, através de processos de aprendizagem (Meleis & Trangenstein, 1994, cit. por Cardoso, 2011). É por este motivo que grande parte das nossas atividades, ao longo do estágio, incidiram no ensinar, de modo a facilitar a transição para a parentalidade e diminuir o impacto no regresso a casa, dado que, muitas mulheres/casais experienciam pela primeira vez a responsabilidade de cuidar de uma criança, totalmente dependente de si (Cardoso, 2011).

Ao longo deste estágio, oferecemos informações e apoio às mães/pais no ajuste de seu novo papel e responsabilidades dentro da família unidade, nesse sentido, convidámos os pais a participarem nos cuidados de higiene ao seu filho. Ensinámos a mãe/pais sobre o banho ao RN, sobre o trocar a fralda e sobre os cuidados ao coto umbilical.

O banho ao RN nunca era efetuado antes das seis horas após o parto, até a temperatura e o sistema cardiorrespiratório permanecerem estáveis, prevenindo o risco de hipoglicemia e hipotermia. O tipo de banho eleito é o de imersão, uma vez que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais (Consensos de Neonatologia, 2014). Porém, nos RN's com internamento prolongado, que estavam a receber fototerapia eram os profissionais a dar o banho, sem a presença das mães. Nestes casos, como estávamos sob uma prática supervisada, não efetuávamos o banho de imersão ao RN, mas sob a forma de duche.

No serviço onde foi realizado este estágio, os banhos aos RN's eram efetuados no turno da manhã, pelo que, todos aqueles que não tivessem pelo menos seis horas de vida, recebiam o banho no dia seguinte, dado o reduzido número de profissionais nos turnos da tarde e da noite. Deste modo, no turno da manhã, as puérperas eram encaminhadas, duas de cada vez (por causa da limitação do espaço e para que a informação fosse individualizada), para o berçário com o material necessário para a higiene do bebé e eram instruídas sobre como dar banho, trocar a fralda e sobre os cuidados ao coto umbilical.

O banho do RN é um momento de interação promotor da vinculação entre mãe/pai e filho, pois é um momento que permite falar, acariciar e estimular expressões faciais e sorrisos no RN. Por rotina do serviço, eram prestados os cuidados de higiene ao RN no turno da manhã, por uma questão de gestão de cuidados, no entanto, era explicado às puérperas que no domicílio deveriam avaliar a reação do bebé relativamente ao horário do banho. Deste modo, instruíamos as mães, e os pais quando presentes (o que era pouco frequente, dado o horário das visitas ser incompatível com a organização das rotinas), que o banho é uma atividade para a higiene e conforto do bebé, que estimula a circulação e promove a sensação de relaxamento e, por isso, recomendámos que o banho fosse dado no final do dia ou início da noite, para os bebés descontraírem e dormirem melhor. No entanto, o banho pode ser estimulante para alguns bebés e, nesses casos, se o bebé ficasse mais ativo e desperto deveriam mudar o horário do banho para o período da manhã ou início da tarde, mas sempre à mesma hora, de modo a criarem rotinas ao RN. Também explicávamos às puérperas que o RN não necessita de banho diário, dadas as características da sua pele: é mais fina e frágil do que a do adulto, mais suscetível a agressões externas e a maior risco de toxicidade, por apresentar maior permeabilidade, especialmente nos primeiros quinze dias. O banho do RN pode ser realizado em qualquer parte da casa, quarto ou casa de banho, desde que o ambiente esteja aquecido (aproximadamente 22ºC), com portas e janelas fechadas, de modo a evitar correntes de ar porque os bebés são sensíveis à perda de calor e isso pode ocorrer rapidamente. Por esse motivo, aconselhávamos a puérpera a reunir e

preparar todo o material antes de despir o bebé, colocando o material e a roupa pela ordem a usar, para que o banho seja rápido, cerca de cinco minutos, e o RN esteja o menos tempo possível exposto ao frio (Beck et al, 2004; Lowdermilk e Perry, 2008; Machado, 2014; NICE, 2015; Consensos de Neonatologia, 2014).

Para a higiene do RN é necessário uma banheira, um termómetro, uma toalha de banho e produtos de higiene, uma fralda, a roupa, a escova do cabelo e compressas. Sugeríamos às puérperas que optassem por adquirir uma banheira sem apoios e para terem o cuidado de manter a banheira numa superfície plana, totalmente apoiada, de modo a prevenir deslizamentos. Também recomendávamos que nas banheiras de plástico, colocassem em primeiro lugar a água fria e de seguida a água quente porque o plástico absorve o calor e ao pousar o bebé no fundo da banheira pode causar queimaduras. A temperatura ideal da água para o banho do bebé é 37ºC e, podendo ser avaliada com termómetro ou mediante a imersão do cotovelo da mãe, se a água estiver boa para o cotovelo, também está para o bebé (Lowdermilk e Perry, 2008; Fernandes, Machado e Oliveira, 2011; Consensos de Neonatologia, 2014).

No que diz respeito aos produtos de higiene, não recomendámos qualquer marca, apenas que fossem adequados a RN's e que utilizassem a mesma marca para todos os produtos para evitar a exposição a vários alergénios. Assim, caso o RN faça uma reação alérgica, saberemos a que marca foi. Os produtos de higiene recomendados para o bebé devem ser isentos de componentes como: parabenos, perfumes e corantes, álcool, glicerina e devem conter um pH ligeiramente ácido. Contudo, como a grande maioria dos produtos comercializados contém estes componentes, ou parte deles, e como estes são potentes irritantes da pele e alteram o pH, foi aconselhado realizarem o banho do bebé só com água, no primeiro mês de vida, pois o objetivo da higiene do RN é a limpeza da pele sem remover a barreira lipídica, responsável pela manutenção da integridade da pele no desempenho da sua função de proteção. Após o primeiro mês, pode-se introduzir os produtos de higiene, gradualmente, pois a barreira protetora da pele já se encontra mais desenvolvida. Verificámos que esta informação nem sempre foi do agrado das mães (Fernandes, Machado e Oliveira, 2011; Machado, 2014).

Questionaram-nos, várias vezes, sobre o corte das unhas do RN e aconselhávamos limar com uma lima de cartão, para evitar cortes no bebé e, numa fase posterior, cortarem em linha reta com uma tesoura de bicos redondos (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Preparávamos o material, verificávamos a presença de etiquetas em algumas roupas, aproveitando para explicar que elas devem ser retiradas para não ferir a pele do bebé. Outro

cuidado a ter com a roupa do bebé diz respeito à lavagem, recomendando-se que seja separada da dos adultos e com detergentes adequados para bebé.

Depois de termos tudo preparado, despíamos o RN e explicávamos às mães que, no caso de a fralda estar suja, deve-se limpar a região nadegueira com compressas embebidas em água, antes de colocar o bebé na água. Informávamos que as toalhitas não são recomendadas para a muda da fralda, devido aos seus constituintes agressores da pele do RN, pelo que, estas devem ser substituídas por compressas húmidas com água morna (NICE, 2015; Fernandes, Machado e Oliveira, 2011). Para as senhoras que já tinham comprado toalhitas, aconselhámos a passarem as toalhitas por água morna antes de as utilizarem.

Explicávamos que nesta fase inicial o RN não gosta do banho e que, normalmente, choram, preparando assim as puérperas para a reação do RN ao banho. Ao iniciarmos o banho explicávamos a melhor posição do RN: pousa-se as nádegas do RN no fundo da banheira, o nosso punho esquerdo segura no RN, passando atrás da cabeça do bebé e a mão agarra-lhe o antebraço esquerdo, em forma de pinça, com os dedos indicador e polegar. A nossa mão que fica livre, lava o bebé, começando por lavar o rosto. Se optassem por usar gel de banho, deveriam ter o cuidado de não o colocar no rosto. A lavagem do resto do corpo não obedece a uma ordem, deveriam lavar da forma como se sentissem à vontade, deixando os genitais para o fim e, no caso das meninas, lavar sempre em sentido ântero-posterior. Ao virar o RN, os braços do bebé passam por cima do nosso braço, agarrando em forma de pinça o seu braço direito.

Instruímos as puérperas a embrulhar o RN na toalha e a secar muito bem, especialmente nas pregas cutâneas, explicando que não deveriam insistir para remover o *vérnix caseoso*, pois este constitui uma barreira mecânica para a colonização bacteriana e vai desaparecendo com o tempo. Após a secagem, incentivámos o uso de emolientes para a diminuir a descamação e a dermatite neonatal, devendo ser espalhado por todo o corpo depois de aquecido nas nossas mãos. Não se aconselha a colocar nos olhos e nas mãos porque os bebés levam-nas à boca (Fernandes, Machado e Oliveira, 2011; Machado, 2014). Recomenda-se o uso de emolientes tópicos com um balanço fisiológico de lípidos (colesterol, ceramida, palmitato e linoleato), que conferem uma hidratação adequada dos queratinócitos, permitindo a manutenção da função da pele, mediante o efeito de barreira contra agressões externas e mantendo o equilíbrio térmico e hidroeletrolítico, contribuindo para a formação de uma barreira epidérmica funcional saudável (Consensos de Neonatologia, 2014).

Realizámos ensinos no sentido de informar quais os materiais necessários para a troca da fralda: compressas, água morna para lavar a região genital do RN, uma fralda limpa

e roupa interior. Explicámos a importância de organizar o espaço, de modo a ter perto todo o material necessário para a troca da fralda, antes de iniciar a troca da mesma (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014). Instruíamos sobre colocação da fralda: coloca-se a parte mais alta da fralda para trás; à frente, faz-se uma dobra de modo a que, a fralda fique abaixo do coto umbilical sem o cobrir, de modo a promover o processo de mumificação; ajusta-se, sem apertar o abdómen do RN e fecha-se. Explicámos a importância de manter a fralda seca como método preventivo da irritação da pele, que pode ocorrer pelo contacto prolongado com urina e fezes (substâncias químicas e enzimas), pelo calor, pela humidade e pela fricção (Consensos de Neonatologia, 2014). Recomendámos a aplicação de um creme de barreira como vitamina A, vitamina D e óxido de zinco só em caso de rubor ou maceração, ou eritema da fralda. Instruímos sobre a limpeza da região genital se fazer no sentido ântero-posterior nas meninas e nos meninos limpar na zona do prepúcio, sem puxar para trás a pele que cobre a glande, e da região nadegueira até ao ânus (Lowdermilk et Perry, 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Administrámos a vacina da hepatite B (VHB) – Engerix®, e o respetivo ensino aos pais sobre a importância da vacinação. Esta vacina foi administrada por via intramuscular, no músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita, a todos os RN's com doze horas de vida ou mais (uma vez que este não constitui um cuidado imediato), altura em que o pediatra passava para observar o RN, o que nos permitia verificar se haveria alguma contraindicação médica para administrar a vacina, como por exemplo, peso inferior a 2,500Kg ou IG inferior a 28 semanas ou, ainda filhos de mães com alterações imunitárias (DGS, 2017). Não se verificou nenhum destes casos durante o nosso estágio. No entanto, exceptuando-se as alterações imunitárias, a DGS (2017) não considera que estas sejam situações impeditivas para administração desta vacina.

Ensinámos sobre o diagnóstico precoce de doenças metabólicas, conhecido como o rastreio de doenças metabólicas ou *Teste de Guthie*, e ainda sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, salientando a importância das consultas no Centro de Saúde.

Explicávamos e exemplificávamos os cuidados ao coto umbilical, de acordo com o protocolo do serviço: antes da prestação dos cuidados ao coto umbilical, caso este cuidado, não seja a seguir ao banho, deve-se lavar as mãos para não contaminar esta zona. Utilizam-se três compressas não esterilizadas, dobrando a primeira compressa em quatro, tocando apenas nas pontas da compressa, molha-se a compressa com água morna e coloca-se uma gota de sabão (sabão neutro que existia nas enfermarias ou gel de banho do bebé), limpa-se à volta do coto umbilical, de baixo para cima e ao longo do clamp. A segunda compressa molha-se em água morna e faz-se o mesmo procedimento para retirar o sabão. A terceira

compressa serve para secar. Aconselha-se que este procedimento seja realizado três vezes ao dia e sempre que o coto umbilical estivesse em contacto com urina ou fezes. Ensinámos as mães a vigiarem a presença de sinais inflamatórios como o rubor, o cheiro fétido, a presença de exsudado, alertando para recorrerem a um profissional de saúde nestes casos.

Dado que a forma cuidar o coto umbilical varia muito de instituição para instituição, no sentido de uniformizarmos essa mesma prática, efetuámos uma revisão integrativa da literatura, de modo a perceber qual a melhor evidência para os cuidados com o coto umbilical.

1.3.1 Revisão Integrativa da Literatura – Cuidados ao coto umbilical

Os cuidados adequados ao coto umbilical, do recém-nascido, tendem a diminuir o risco infecioso e mortalidade associada, no entanto, variam com a tradição do país e a prática das diferentes unidades de saúde, persistindo controvérsia acerca dos melhores cuidados a instituir.

A análise e reflexão da prática levou-nos a questionar sobre qual a melhor forma de cuidarmos o coto umbilical, tendo em conta que esta intervenção carece de uniformidade nos procedimentos efetuados nas diversas instituições hospitalares. Assim pretendemos determinar qual a evidência científica sobre o melhor método a ser aplicado no cuidado ao coto umbilical, de forma a possibilitar uma tomada de decisão consciente e informada; assim como, identificar recomendações efetivas, baseadas na evidência científica, de boas práticas nos cuidados de promoção da queda e na prevenção da infeção do coto umbilical do recém-nascido.

1.3.1.1 Introdução

O cordão umbilical ou *funis* é a estrutura que liga o embrião/feto à placenta, estendendo-se desde a face fetal da placenta até ao umbigo do feto, assegurando o desenvolvimento do mesmo, pois o cordão é o elo responsável pelo aporte de nutrientes e pelas trocas gasosas entre o sangue fetal e o sangue materno. O cordão umbilical é constituído por três vasos: duas artérias (provenientes das artérias ilíacas internas do feto) e

uma veia umbilical (que drena por duas vias: do ducto venoso e da veia hepática, drenando para a veia cava inferior), encontram-se envolvidos pela geleia de *Wharton*, que é uma substância mucóide que protege estes vasos de estiramentos e compressões. As artérias umbilicais conduzem o sangue venoso do feto para a placenta e a veia umbilical transporta sangue arterial da placenta para o feto, rico em nutrientes e oxigénio. Estes vasos dispõem-se, geralmente, de forma tortuosa e espiralada, em que as artérias se enrolam à volta da veia, no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio, o que lhes confere um comprimento maior que o do cordão e, por esse motivo, pode apresentar varicosidades denominadas por nós falsos, que não tem significado clínico, ao contrário dos nós verdadeiros que estão associados a mortalidade perinatal, geralmente ocorrem em cordões longos e são provocados pelos movimentos ativos do feto, sendo mais comum na gravidez gemelar monoamniótica (Mendes da Graça et al., 2010). De acordo com os mesmos autores, o cordão umbilical, no termo da gravidez, tem um comprimento médio de 50 cm (30 a 100 cm) e um diâmetro que pode variar entre 0,8 e 2 cm. Os cordões com comprimento inferior a 30 cm podem sofrer distensão e rotura dos vasos, sobretudo no trabalho de parto, com hemorragia intrafunicular e formação de hematomas, predispondo um maior risco de congestão e trombose vascular, podendo provocar morte fetal. Os cordões curtos são mais frequentes em situações de oligoâmnios, gravidez múltipla e em fetos com síndrome de Down (Mendes da Graça et al., 2010). O cordão umbilical insere-se, normalmente, na placa corial numa posição central ou paracentral – sendo menos frequente a inserção marginal e velamentosa – (Mendes da Graça et al., 2010; Luís, 2014).

Após o nascimento, o cordão umbilical é clampado e seccionado, com técnica assética, cerca de 2 a 3 cm do umbigo do RN, com o objetivo de manter os vasos umbilicais laqueados e, desta forma, evitar hemorragia e marcando o início do processo de cicatrização do coto remanescente. Este processo de cicatrização é decorrente da privação de oxigénio que é visível pela mudança rápida e progressiva do seu aspeto gelatinoso para seco, escurecido e endurecido até à sua queda, que em condições normais, acontece entre o quinto e o décimo quinto dia, após o nascimento (Luís, 2014; Barbosa, Moreira e Ferreira, 2017). O coto umbilical torna-se, assim, um local propício à colonização de microrganismos. Dado que os RN's começam a produzir a sua própria flora bacteriana 24 horas após o parto, esta colonização faz-se a partir de fontes ambientais, tais como o canal vaginal, a flora da pele e das mãos dos prestadores de cuidados (OMS, 1998, cit. por Luís, 2014). A pele do RN é, desta forma, colonizada por bactérias não patogénicas, após o parto, assim como o coto umbilical, nomeadamente espécies como staphylococcus coagulase-negativos e bacilos

difteroides. No entanto, o risco de infeção por espécies patogénicas não é desprezível, pelo que é essencial manter o coto limpo (Barbosa, Moreira e Ferreira, 2017).

As infeções no pós-parto continuam a ser a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal mundial. Uma elevada percentagem destas infeções, corresponde à colonização bacteriana do coto umbilical, derivado às disparidades nas práticas dos cuidados, quer pelas tradições culturais nas diferentes comunidades, quer pelos diferentes cuidados prestados e recomendados pelas instituições de saúde (American Academy of Pediatrics, 2016).

Os cuidados ao coto umbilical evoluíram ao longo dos tempos, de acordo com os costumes tradicionais e culturais. Os tratamentos usados noutra época variavam entre a aplicação de substâncias como extratos de plantas, cinzas, moedas, colostro materno, azeite, óleo de coco e flores, até ao estrume de vaca (Luís, 2014; Perry, 1982, cit. por Royal College of Midwives, 2003).

Atualmente os tratamentos ao coto umbilical, como forma de prevenção de infeção, ao nível mundial, continuaram a ser variados, sobretudo nos países mais desenvolvidos, salientando-se o *dry care*, a utilização de solutos antisséticos, a utilização de antibióticos tópicos, a lavagem com água e sabão, a aplicação de antibióticos tópicos, a água estéril e o álcool a 70^0C (Royal College of Midwives, 2003; Luís, 2014).

Desde 1998 que a OMS recomenda o "*dry cord care*", que preconiza manter o coto umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante. Nos países subdesenvolvidos, a OMS recomenda que seja lavado com água fervida, aplicando-se de seguida um antissético tópico para reduzir a colonização bacteriana e as possíveis infeções (Chidiebere et al., 2015).

O coto umbilical apresenta-se como um meio favorável para a colonização porque contém tecido em processo de desvitalização ou necrose, tornando-se um excelente meio de cultura para os microrganismos. Uma infeção a este nível torna-se, assim, uma iminente ameaça à vida do RN, uma vez que o seu sistema imunitário ainda se encontra débil. Pode desenvolver-se uma infeção localizada, como a onfalite, ou generalizada, dado que após a entrada de qualquer agente infecioso na corrente sanguínea, torna-se sistémica. Por isso, nesses casos surge a importância de se instituir um tratamento preventivo de infeção e facilitador da cicatrização (Erenel et al., 2010; Luís, 2014; Miranda et al., 2016).

Da nossa prática e da reflexão sobre a mesma e ainda, pelo conhecimento que temos de práticas diferentes em outras instituições, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento sobre – "Como cuidar o coto umbilical?". Pretendemos aumentar o conhecimento sobre este tema efetuando uma revisão integrativa da literatura, na procura

da melhor evidência sobre a problemática selecionada, de modo a potenciar o pensamento crítico para a tomada de decisão e a possibilitar contributos científicos para a sustentação das práticas e para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente dos recém-nascidos.

Aprofundar este tema permitirá dar resposta a uma necessidade da prática clínica. Na instituição hospitalar na qual desenvolvemos a nossa prática é defendido que os cuidados ao coto umbilical passem pela lavagem com água e sabão, pelo menos três vezes por dia. Este facto despertou o nosso interesse, pelo que decidimos realizar este trabalho de investigação que, apesar de ser um tema já muito debatido, poderá constituir um instrumento para reflexão na equipa, incentivando uma mudança das práticas, com base na evidência científica.

O EESMO, pela sua prática diária com puérperas e RN, desempenha um importante papel na prevenção de infeção do coto umbilical, pelo que se torna pertinente pesquisar a mais atual evidência sobre a melhor forma de cuidar o coto umbilical, de forma a ensinar corretamente as mães e a evitar possíveis infeções.

É neste contexto que surge o presente estudo, que objetiva esclarecer quais as boas práticas nos cuidados ao coto umbilical, visando uma prática de qualidade, de modo a antecipar possíveis complicações e possibilitando a descoberta de respostas a situações de urgência/ emergência.

1.3.1.2 Método de Investigação

Na abordagem desta problemática, de natureza qualitativa, iremos procurar analisar estudos publicados sobre os cuidados ao coto umbilical. O método utilizado para este trabalho fundamentou-se na prática baseada na evidência, sendo esta uma *abordagem que incorpora as evidências oriundas de pesquisas, a competência clínica do profissional e as preferências do paciente para a tomada de decisão sobre a assistência em saúde* (Brito e Galvão, 2009, p. 320). As mesmas autoras referem que a prática baseada na evidência preconiza a utilização de métodos na revisão de literatura, com o objetivo de avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis sobre o tema investigado.

A revisão integrativa da literatura trata-se de um método onde é possível sintetizar e analisar o conhecimento científico já construído, com base em pesquisas anteriores, viabilizando assim uma compreensão mais abrangente sobre o fenómeno em estudo. Este método de pesquisa busca respostas ao tema, investigando e permitindo a avaliação crítica

e a síntese das evidências disponíveis sobre esse mesmo tema, obtendo-se o conhecimento mais atual. Possibilita a implementação de intervenções efetivas para a saúde e a redução de custos em saúde, mas também permite a identificação de lacunas que podem orientar para o desenvolvimento de futuras pesquisas (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). De acordo com os autores Whittemore e Knalf (2005), a revisão integrativa é um método específico que sistematiza a literatura empírica ou teórica existente, de modo a fornecer uma compreensão abrangente de um determinado fenómeno, ou problema de saúde, e a contribuir para o desenvolvimento da teoria e da aplicabilidade direta na prática, evidenciando, assim, o seu potencial para construir e desenvolver a ciência da Enfermagem. A revisão integrativa da literatura constitui um processo sequencial "*que usa métodos rigorosos, explícitos e críticos para identificar, selecionar, colher dados, analisar e descrever as contribuições relevantes para a pesquisa científica, utilizando por norma uma metodologia retrospetiva."* (Luís, 2014, p. 35). Para a sua realização adotaram-se as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e elaboração da pergunta de investigação, procura de evidência de acordo com os critérios de seleção estabelecidos, categorização dos estudos, análise dos estudos incluídos, interpretação e discussão dos resultados e a apresentação da síntese do conhecimento.

A pergunta de investigação permite formular e orientar a pesquisa, bem como selecionar a melhor informação, possibilitando responder à questão de partida com evidência científica. Nesta revisão a questão de investigação foi formulada segundo o acrónimo PICO – Participantes, Intervenção, Comparação, *Outcomes* – tal como indica no quadro abaixo (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Como população em estudo considerámos os RN's nos primeiros quinze dias de vida ou que possuam ainda coto umbilical, e como intervenção entendeu-se as práticas nos cuidados ao coto umbilical. O resultado que pretendemos atingir é identificar recomendações efetivas, baseadas na evidência científica, de boas práticas nos cuidados de promoção de cicatrização e prevenção da infeção do coto umbilical do RN, comparando a eficácia da aplicação de substâncias com a técnica *dry care*, proposta pela OMS.

Quadro 4 - Componentes da pergunta PICO

População	**Intervenção**	**Comparação**	***Outcomes***
Recém-Nascidos	Práticas nos cuidados ao coto umbilical	Comparação entre as práticas: aplicação de solutos e a técnica *dry care*	Promoção de cicatrização do coto umbilical e prevenção de infeção

Assim, a partir do pressuposto elaborou-se a seguinte questão de investigação: "Como cuidar o coto umbilical?".

Para a realização da pesquisa foram delineados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo (*full text*), publicados nos idiomas como português, inglês, espanhol ou francês de estudos referentes às práticas de cuidados ao coto umbilical, com recurso à aplicação de substâncias e/ou utilização do técnica *dry care*, com descriminação dos métodos usados nessa avaliação; amostras que incluíssem RN's; estudos realizados entre 2012 e 2017 referentes a trabalhos de revisão sistemática, experimentais/comparativos, randomizados e *guidelines* ou recomendações de peritos.

De modo a dar resposta à nossa problemática, inicialmente identificámos os termos de busca através dos descritores DeCS/MeSH da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do MeSH Browser. Os termos utilizados para a esta pesquisa foram*: cord umbilical, newborn, nursing care, disinfectants, dry care, antiseptics.* Após construir a lista de descritores, para realizar a pesquisa, recorremos à utilização dos operadores booleanos (delimitadores), representados pelos conetores AND, OR e NOT, que permitem realizar combinações dos descritores usados na pesquisa, sendo AND uma combinação restritiva e OR aditiva (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

A estratégia de busca de evidência e seleção de estudos foi possibilitada pela pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados MEDLINE, NURSING REFERENCE CENTER, a COCHRANE Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host e a PUBMED, entre novembro de 2016 e em julho de 2017.

1.3.1.3 Resultados

Utilizando a estratégia anteriormente descrita, foram efetuadas várias pesquisas nas diferentes bases de dados, identificando-se uma amostra inicial de 1603 artigos. Após leitura do título foram excluídos 1560 artigos, pela leitura do resumo excluímos 20 e 6 pela leitura do texto na íntegra, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e por apresentarem baixo nível de evidência.

A primeira pesquisa foi efetuada com a seguinte sequência de descritores *"umbilical cord AND newborn AND nursing care"*, tendo-se encontrado 750 artigos no motor de busca EBSCOHost, e selecionaram-se 11 desses artigos. A segunda pesquisa foi realizada, também no motor de busca EBSCOHost, com a seguinte sequência "*cord umbilical AND newborn AND*

nursing care AND disinfectants OR dry care OR antiseptics", obtendo-se 774 artigos, selecionamos 4 artigos. A última pesquisa foi realizada na base de dados COCHRANE, com as mesmas sequências de descritores, obtendo-se 79 artigos, selecionamos 2.

Neste estudo foram incluídos 17 artigos que datam de 2011 a 2017, destacando-se os ensaios clínicos controlados e randomizados com 11 artigos e as revisões sistemáticas com 6 artigos.

Depois de selecionar os estudos que considerámos mais apropriados para responder à temática em questão, considerámos indispensável analisá-los de forma crítica, com o objetivo de verificar a sua relevância, se detinham qualidade suficiente para serem aplicados à prática clínica. Assim, a avaliação da qualidade metodológica do estudo e atribuição dos níveis de evidência foi realizada através da escala de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM, 2009). Esta escala divide os diferentes estudos pelo seu nível de evidência, desde 1 até 5, classificando-se em nível 1 os estudos de maior grau de evidências e os de menor grau classificam-se em 5. O grau de recomendação entre A e D, em que os estudos grau A têm o maior nível de recomendação e os estudos de grau D o menor.

O nível de evidência dos estudos selecionados influencia diretamente o grau de recomendação dos resultados para a prática clínica em Enfermagem (Jovella & Navarro-Rubio, 1995). Selecionámos 6 estudos de grau A e 11 estudos de grau B, que demonstravam elevado grau de evidência (grau 1). No entanto, e embora estes estudos demonstrem rigor e evidência científica que apoiam a sua implementação no exercício profissional, estes referem que ainda existe necessidade de realizar mais estudos científicos com o objetivo de responder a algumas lacunas, ainda existentes, e completar e demonstrar, de forma a evidenciar mais, os resultados já apresentados, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Os estudos selecionados apresentam, todos eles, origem internacional, uma vez que durante esta pesquisa não foram encontrados estudos nacionais alusivos à temática em questão. Na análise efetuada, constatamos que a maioria dos estudos evidenciam que o uso da técnica *dry care* reduz o tempo médio de queda do coto umbilical, quando comparado com a aplicação de solutos. No entanto, esta recomendação é questionável para os países em desenvolvimento, onde a maioria dos partos é realizada no domicílio ou em ambiente não hospitalar, com técnicas pouco ou nada assépticas, sendo a prevalência de onfalites e a mortalidade neonatal elevadas.

No Quadro 5 apresentamos os estudos selecionados na revisão integrativa da literatura, identificando-se o estudo, os autores, o ano, o local e o nível de evidência.

Quadro 5 - Caracterização dos estudos selecionados

Estudos selecionados

Autor, Título, Ano, País	Objetivo, Método e Amostra	Principais Resultados/ Conclusões	N.E.[1]
		Estudo I	
American Academy of Pediatrics By: STEWART, D.; BENITZ, W. and COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN – *Umbilical Cord Care in the Newborn Infant*. 2016, EUA	Objetivo: Analisar as evidências subjacentes às recomendações para o cuidado do coto umbilical em diferentes contextos clínicos. Método: Revisão sistemática Amostra: 4 metanálises, incluindo 2 revisões da Cochrane	- A aplicação de agentes antimicrobianos no coto umbilical pode ser benéfica para RN, cujo parto foi no domicílio, em países com recursos limitados, onde os riscos de onfalite e sequelas associadas são elevados. - A aplicação de agentes antimicrobianos no coto umbilical não proporciona um benefício claro em meio hospitalar ou em países desenvolvidos, onde a redução da colonização bacteriana pode ter consequências não desejadas, aumentando a seleção de estirpes bacterianas mais virulentas. Em países com recursos elevados houve uma mudança do uso de agentes antimicrobianos tópicos no cuidado do coto umbilical, por esse motivo. - Para partos fora das instalações hospitalares e em populações de recursos limitados, a aplicação, no coto umbilical, de agentes antimicrobianos tópicos profiláticos permanece apropriada. - A clorexidina é o antissético mais utilizado, no entanto, os dados sobre a segurança da aplicação de clorexidina estão incompletos e a quantidade de exposição à clorexidina que pode ser considerada segura não é conhecida. - No momento da alta, a educação dos pais sobre os sinais e sintomas de onfalite pode diminuir morbilidade significativa e até mortalidade associada. - De importância primordial é a necessidade de todos os prestadores de cuidados serem diligentes em relatar infeções associadas ao cuidado do coto umbilical. O desenvolvimento de um sistema de relatório local sobre a ocorrência de onfalite e/ou sua morbidade criará dados mais robustos para os prestadores de cuidados de saúde, no local de parto, permitindo a melhoria nos paradigmas de tratamento no futuro.	Ia
		Estudo II	
SINHA, A. et al. – *Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates.* 2015, London, UK	Objetivo: Avaliar a eficácia do cuidado neonatal da pele ou do coto umbilical com clorexidina versus cuidados de rotina ou nenhum tratamento para prevenção de infeções em prematuros tardios ou RN de termo em ambientes hospitalares e comunitários. Método: Revisão sistemática Amostra: 12 ensaios randomizados	Comparação 1: limpeza de pele ou do cotodo RN com clorexidina em comparação com *dry care* nos hospitais: - Não se encontrou diferenças entre os grupos quanto à diminuição das taxas de mortalidade neonatal; - Existe alguma incerteza quanto ao efeito da clorexidina aplicada no coto umbilical dos RN's em ambientes hospitalares quanto à diminuição da mortalidade neonatal; - A aplicação de clorexidina no coto umbilical em comparação com a técnica *dry cord care* diminui a incidência de onfalites; - Os estudos não mostraram diferença entre a limpeza da pele do corpo do RN com clorexidina e a técnica *dry cord care* na diminuição da incidência de onfalite; Comparação 2: limpeza de pele ou do coto do RN com clorexidina em comparação com *dry care* na comunidade: - A aplicação de clorexidina no coto, reduz as taxas de mortalidade neonatal e diminui a incidência de onfalite; - A limpeza preventiva do corpo do RN com clorexidina comparativamente com a limpeza sem clorexidina não diminui a taxa de mortalidade neonatal; - Há evidência, de nível elevado, de que a aplicação de clorexidina no corpo do RN ou no coto umbilical reduzem cerca de 50% a incidência de onfalite e 12% a mortalidade neonatal, na comunidade. Comparação 3: lavagem do corpo RN, da mãe e da vulva materna com clorexidina em comparação com nenhuma intervenção (solução salina estéril): - A desinfeção da vulva materna com clorexidina, para além da desinfeção do corpo, antes do parto, não mostrou alteração nas taxas de mortalidade neonatal, nem nas incidências de onfalites, nos hospitais; no entanto, na comunidade houve uma diminuição da incidência de infeções neonatais no grupo que utilizou a clorexidina. As amostras pequenas e a escassez de estudos realizados na comunidade reflete a incerteza sobre o efeito da desinfeção do corpo e da vulva materna com clorexidina, antes do parto, nas taxas de mortalidade neonatal.	Ia

[1] N.E. – Nível de Evidência

		- A aplicação de clorexedina em mais do que um momento, em comparação com uma aplicação única, diminui as taxas de mortalidade neonatal. - A intervenção com clorexidina parece mais adequada para partos que ocorrem na comunidade em países em desenvolvimento onde a necessidade é clara, as possibilidades são escassas e os riscos são iminentes. - Há evidências de um benefício protetor da limpeza de pele e do coto umbilical do RN com clorexidina nas comunidades da região do sudeste Asiático. A frequência de aplicações de clorexidina a 4% precisa ser determinada. São necessários mais estudos, sobretudo nas comunidades em desenvolvimento como as comunidades de África.	
		Estudo III	
MULLANY et al – *Chlorhexidine Cleansing of the Umbilical Cord and Separation Time: A Cluster-Randomized Trial.* 2013, Bangladesh	Objetivos: - Avaliar o efeito da aplicação de clorexidina no risco de mortalidade neonatal e onfalite. - Descrever o tempo de queda do coto umbilical e avaliar o impacto da aplicação tópica de clorexidina no tempo de cicatrização do coto umbilical. - Avaliar a aceitação por parte do cuidador da clorexidina. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra: 29 760 RN's e cuidadores	- Neste estudo baseado na comunidade, o tempo médio de cicatrização do coto umbilical foram de 2,1 e 2,7 dias para os grupos de aplicação de clorexidina num único momento e em vários momentos, respectivamente, em comparação com o grupo que aplicou a técnica de *dry cord care*. - A técnica *dry care* reduz o tempo médio de cicatrização do coto umbilical, comparativamente com a aplicação de clorexidina. Contudo, em locais com elevado risco de onfalite e mortalidade neonatal deve considerar-se o uso de clorexidina como a escolha mais adequada, para os cuidados com o coto, pelo seu poder antimicrobiano. - A desinfeção do coto umbilical com clorexidina reduziu a colonização bacteriana no coto. - Há evidência consistente e estatisticamente forte de que a limpeza do coto umbilical com clorexidina reduz substancialmente o risco de onfalite, na comunidade. - O risco de onfalite moderada ou grave (ou seja, rubor em torno do coto com pus ou rubor que se estende ao redor da base do coto) foi maior por cada dia em que o coto não caiu, e maior entre os RN's cuja queda do coto umbilical se deu após 7 dias de vida. - De uma forma geral, a satisfação e a aceitação materna da aplicação de clorexidina no coto umbilical foi alta, impendentemente do tempo considerado para a queda do coto. No entanto, a insatisfação materna, quando expressada, predominantemente, nos grupos que utilizaram a clorexidina para tratamento do coto umbilical, do que os grupos que não usaram a clorexidina. - Este estudo sugere que o tratamento do coto umbilical com clorexidina pode melhorar a sobrevivência e reduzir o risco de infeção. Este tratamento deve ser iniciado logo após o nascimento, para obter cuidados ao coto limpos e higiénicos. E, embora, aumente o tempo de cicatrização normal e separação do coto por alguns dias, este aumento não é prejudicial para o RN.	Ib
		Estudo IV	
IMDAD, A. et al – *Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns.* 2013, Canadá	Objetivo: Determinar o efeito da aplicação de antimicrobianos no coto umbilical do RN versus *dry cord care* para diminuição de incidência de onfalite e das taxas de mortalidade em ambientes hospitalares e comunitários. Método: Revisão sistemática Amostra: 34 ensaios randomizados	Foram incluídos estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento que estudaram diferentes substâncias para o tratamento do coto umbilical, em ambientes hospitalares e em ambientes comunitários, sendo, a aplicação de álcool a 70%, de *triple dye* e de clorexidina os antissépticos mais comumente estudados. Estudos realizados em ambientes comunitários: A aplicação tópica de clorexidina no coto umbilical reduziu a colonização de bactérias patogénicas e, consequentemente diminui a incidência de onfalite e a mortalidade neonatal. Não houve diferença na redução da mortalidade com aplicação única versus múltipla de clorexidina no coto umbilical, no entanto, a aplicação múltipla parece vantajosa para a redução da onfalite e da colonização bacteriana em comparação com a aplicação única. A aplicação tópica de clorexidina pode aumentar o tempo de cicatrização do coto cerca de 1,7 dias, no entanto, não houve aumento do risco de onfalite ou de mortalidade. Não foi demonstrado efeito benéfico na lavagem do coto umbilical com água e sabão em comparação com o *dry cord care* para redução da taxa de mortalidade, incidência de onfalite ou tempo de queda do coto. Relativamente à aplicação de clorexidina no coto umbilical, na comunidade, verificou-se que este tratamento previne a onfalite e a mortalidade neonatal. Estudos realizados em ambientes hospitalares: Não houve estudos realizados em ambientes hospitalares que relatassem aumento ou diminuição das taxas de mortalidade ou tétano, relacionados com os cuidados ao coto umbilical. Em comparação com o *dry cord care*, nenhum antisséptico foi vantajoso para prevenir a onfalite. Os antissépticos mais estudados foram o álcool e o *triple dye*. Ambos reduziram a colonização	Ia

		bacteriana, mas não há dados que evidenciem que essa diminuição previna a mortalidade, a septicemia, o tétano ou a onfalite. O tempo de cicatrização do coto aumenta com a aplicação de álcool e *triple dye*. Não há evidência científica que justifique o uso de antisséptico, em ambientes hospitalares, em comparação com o *dry cord care*. A maioria dos estudos hospitalares foi realizada em países desenvolvidos. As oportunidades de obter cuidados terapêuticos para infeções perinatais são maiores nos partos hospitalares. Assim, pode-se concluir que o risco de infeção é baixo em partos hospitalares, em países desenvolvidos, em comparação com partos comunitários em países em desenvolvimento e, portanto, daí o efeito protetor aparente da clorexidina em estudos comunitários. O número de estudos foi insuficiente para inferir a eficácia de outros antissépticos. Implicações para a Prática: Há evidência significativa que sugere que a aplicação de clorexidina no coto umbilical reduz a onfalite e a mortalidade neonatal, nas comunidades e nas instituições dos países em desenvolvimento. A clorexidina pode aumentar o tempo de cicatrização do coto umbilical, no entanto, não há evidência de que ele aumente o risco de infeção ou mortalidade. Não há provas suficientes para apoiar a aplicação de um antisséptico no coto umbilical em ambientes hospitalares, quando comparado com a prática de *dry cord care* nos países desenvolvidos.	
		Estudo V	
OZDEMIR, H. et al – *Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time.* 2017, Istanbul, Turquia	Objetivo: Investigar os efeitos de seis diferentes práticas de cuidados ao coto umbilical na taxa de colonização e no tempo de queda do coto umbilical. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 516 RN's	- O grupo 1 recebeu tratamento *dry care*; os grupos 2, 3, 4 receberam uma única aplicação de álcool a 70%, clorexidina a 4% e iodopovidona na sala de parto, respetivamente; os grupos 5 e 6 receberam uma primeira aplicação de álcool a 70% e clorexidina a 4%, respetivamente, no pós-parto, uma segunda aplicação a cada seis horas até ao momento da alta clínica. - No total, 49% (253/516) dos casos em estudo foram colonizados. A maioria dos casos foi colonizada com a flora normal da pele, enquanto 12% (62/516) foram colonizados com organismos patogénicos. - Os grupos sujeitos à aplicação de clorexidina foram menos colonizados com a flora normal da pele, em comparação com todos os outros grupos. - O tempo de queda do coto umbilical foi significativamente menor no grupo de *dry cord care* em comparação com os outros grupos. - A aplicação de clorexidina pareceu ser o agente mais eficaz na diminuição da colonização, embora tenha aumentado significativamente o tempo de queda do coto umbilical. - Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de onfalite entre os grupos de estudo. - São necessários mais estudos para chegar a uma conclusão sobre práticas rotineiras de cuidados ao coto umbilical, particularmente nos países em vias de desenvolvimento, onde a onfalite é um problema significativo.	Ib
		Estudo VI	
GOLSHAN, M.; HOSSEIN, N. – *Impact of ethanol, dry care and human milk on the time for umbilical cord separation.* 2013, Irão	Objetivo: Comparar o tempo de queda do coto umbilical com a sua taxa de infeção aplicando etanol, leite materno ou *dry care*. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 316 RN's	- A média do tempo de queda do coto umbilical apresentou diferenças significativas entre os grupos de aplicação de leite materno, etanol ou *dry care*. Os tempos de queda mais baixos e mais altos pertenceram ao leite materno e ao grupo de etanol, respetivamente. Os tempos de queda do coto umbilical, mais baixos e mais altos, variaram entre 3 e 15 dias. - A incidência de onfalite não apresentou diferença significativa entre os três grupos. - Neste estudo verificou-se uma redução no tempo de queda do coto umbilical, bem como uma diminuição da incidência de onfalite nos casos onde foi aplicado topicamente leite materno. Este método pode ser usado como sendo um método seguro, económico e adequado para promover a cicatrização e a queda do coto umbilical. - A técnica *dry* care como cuidado ao coto umbilical, nos países em desenvolvimento, precisa de mais estudos que sustentem esta prática. - O uso tópico de antisséptico no coto umbilical reduziu a colonização bacteriana e a secreção de leucócitos, que eram necessários para a cicatrização do coto umbilical e aumentou a taxa de infeção. Vários estudos mostraram que a aplicação de etanol na limpeza do coto umbilical quando comparada com a aplicação de outras soluções antissépticas, como *triple dye* e clorexidina, teve menor impacto sobre a taxa de infeção e colonização bacteriana.	Ib
		Estudo VII	
AGHAMOHAMMADI, A.; ZAFARII, M.;	Objetivo: Comparar o efeito da aplicação tópica de	- O leite materno é uma fonte de substâncias que aceleram a recuperação da cartilagem e do músculo e o processo de cicatrização das feridas. Os fatores de crescimento, semelhantes à insulina e presentes no leite	Ib

MOSLEMI, L. – *Comparing the Effect of Topical Application of Human Milk and Dry Cord Care on Umbilical Cord Separation Time in Healthy Newborn Infants*. 2012, Irão	leite materno com o *dry cord care* no tempo de queda do coto umbilical. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 152 RN's	materno, melhoram o metabolismo das células, estimulando a proliferação celular e recuperação de tecidos nas feridas. - O leite materno pode acelerar o processo de cicatrização do coto umbilical e, consequentemente diminuir o tempo de queda do mesmo, através de compostos imunológicos presentes. - O tempo médio de queda do coto umbilical no grupo de aplicação de leite materno foi significativamente menor que o grupo de *dry cord care.* - Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos na proliferação do tecido granulado após a queda do coto. - Nenhum caso de infeção do coto umbilical foi observado nos dois grupos. - Neste estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de parto (vaginal ou cesariana) em relação ao tempo de cicatrização do coto. No entanto, mostrou que houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de *dry cord care* e o grupo de aplicação tópica de leite materno em dias, relativamente à perda sanguínea após a queda do coto. - Os autores argumentam que a aplicação tópica de colostro ou leite materno no coto umbilical reduz o tempo de queda, sendo esta técnica de utilização fácil, económica e não invasiva.	
		Estudo VIII	
SAEIDI, R. et al – *Effect of Topical Application of Aloe Vera Gel on Umbilical Cord Stump: A Clinical Trial.* 2016, Irão	Objetivo: Avaliar o efeito do gel tópico de aloé vera na prevenção das complicações do coto umbilical. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 144 RN's	- Os estudos sobre cuidados tradicionais e médicos, especialmente nos países em desenvolvimento, são escassos e, por isso, procurou-se investigar o efeito do gel de aloé vera no tempo de queda do coto umbilical. Aloé-vera tem propriedades antivirais, antibacterianas e antifúngicas e acelera a cicatrização de feridas. - Os tempos mínimos e máximos de queda do coto umbilical foram 3 e 20 dias, respetivamente. No grupo de aplicação de aloé-vera no coto umbilical, o tempo de cicatrização foi significativamente menor do que no grupo sujeito a *dry care.* - Assim, pode inferir-se que a aplicação tópica de gel de aloé-vera reduz o tempo de queda do coto umbilical e, consequentemente reduz a taxa de complicações e infeções. - A comparação das complicações do coto apresentou diferenças significativas entre os grupos: aplicação de aloé vera e *dry cord care*. A incidência de rubor à volta do coto no grupo de *dry cord care* foi significativamente maior do que nos grupos sujeitos a aplicação de aloé-vera. A incidência de edema no grupo de *dry cord care* foi significativamente maior comparado com os grupos de controlo e aloé-vera. O número de recém-nascidos com infeção do coto umbilical foi significativamente maior no grupo de *dry cord care* do que nos grupos sujeitos a aplicação de aloé-vera. O número de lactentes com secreção purulenta no coto umbilical foi significativamente maior no grupo de *dry cord care* do que nos grupos sujeitos a aplicação de aloé-vera.	Ib
		Estudo IX	
QUATTRIN, R. et al. – *70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care*. 2016, Itália	Objetivo: Comparar a incidência de complicações e o tempo de queda do coto umbilical entre os RN's utilizando a técnica*dry care* versus álcool a 70% num hospital académico italiano. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 200 RN's	- Este estudo comparou dois procedimentos diferentes para o tratamento ao coto umbilical de RN's: *dry cord care* versus álcool a 70%. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as duas práticas de cuidados ao coto umbilical em relação à ocorrência de complicações como infeção local, sepsis, granuloma, perda hemática, etc. Quanto ao tempo de cicatrização do coto umbilical, foi significativamente menor no grupo de *dry cord care*. - O estudo demonstra uma diferença significativa no tempo médio de cicatrização do coto entre os dois grupos (*dry cord care*: 10,1 dias versus álcool a 70%l: 12,0 dias). A taxa de incidência de granuloma foi de 0,67‰ dias de vida no grupo de *dry cord care*. - O método *dry cord care* é fácil, direto e seguro na manipulação do coto umbilical em RN's saudáveis, nascidos em ambiente hospitalar em países desenvolvidos. - O estudo evidencia uma diferença com significado estatístico quanto ao tempo de cicatrização do coto umbilical. No grupo que recebeu no *dry cord care* verificou-se uma redução média de cerca de dois dias quando comparado com o tempo médio de cicatrização no grupo sujeito ao cuidado com álcool. - O impacto clínico dos atrasos da queda do coto umbilical é desconhecido, mas tem implicações sociais e de custo: o atraso torna as mulheres ansiosas e aumenta o número de visitas da *midwife* ao domicílio. - Conclui-se que os profissionais de saúde e as famílias preferem uma cicatrização do coto umbilical mais rápido.	Ib

		Estudo X	
MIRANDA, J. et al. – *Evidence for umbilical stump care practices: integrative review.* 2016, Brasil	Objetivo: Analisar as evidências sobre práticas de cuidados ao coto umbilical dos recém-nascidos. Método: Revisão sistemática Amostra: 10 ensaios randomizados	- Fornecer orientações para as mães e os cuidadores sobre a lavagem das mãos com água e sabão, o corte asséptico do cordão umbilical, não aplicação de substâncias domésticas no coto umbilical e adoção de práticas higiénicas são medidas que devem ser adotadas para reduzir a exposição do RN a riscos associados ao processo de cicatrização do coto umbilical e das taxas de mortalidade. - A implementação de ações simples – uso de antissépticos, tópicos, e intervenções de baixo custo, como contacto de pele-a-pele, lavagem das mãos e evitar o uso de substâncias contaminadas ao manusear o coto umbilical – deve ser promovida pelos profissionais de saúde, pois constituem fatores de proteção contra a infeção no coto umbilical. No entanto, um dos estudos não mostrou evidência de que a lavagem das mãos tivesse influência na redução da onfalite e da mortalidade. - O antissético mais adequado é a clorexidina, embora prolongando o tempo de queda, foi efetivo na redução de infeções e mortalidade. Estudos com outras substâncias, como o álcool a 70%, são escassos. - Os resultados desta revisão e as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde brasileiro reforçam a necessidade de avaliar as condições ambientais, humanas e sociais dos espaços institucionais e de atendimento domiciliário, na perspetiva de definir as melhores práticas de cuidados para a limpeza do coto umbilical.	Ia
		Estudo XI	
COFFEY, P.; BROWN, S. – *Umbilical cord care practices in low and middle-income countries: a systematic review.* 2017, USA	Objetivo: Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de mudança de comportamento para apoiar a introdução de novos regimes de cuidados com o coto umbilical, particularmente o digluconato de clorexidina a 7,1%. Método: Revisão sistemática Amostra: 46 estudos	- Uma substância hidratante é aplicada se o coto for muito frágil e uma substância para secar é aplicada se o coto demorar a cair. Por exemplo, no sul da Zâmbia, óleo de gelatina ou mabono (fruta selvagem) pode ser usado se o coto apresentar sinais inflamatórios ou estiver a sangrar, enquanto o pó de carvão vegetal ou a tronco de abóbora queimada podem ser usados se o coto demorar a cair. Nas regiões da Tanzânia, do Uganda e da Zâmbia, a criança não pode sair da casa até que o coto caia, ou a mãe não pode retornar às tarefas até então. No distrito de Tonkolili, na Serra Leoa, um assistente de parto tradicional observou o propósito de aplicar a mandioca no coto. Um pó preto, feito a partir do caule queimado, da planta de abóbora é aplicado no coto umbilical de lactentes de termo, enquanto um pó verde, feito a partir das raízes secas da planta de espinheiro, é aplicado ao coto de bebés prematuros, por ser mais suave que o anterior. Também no sul da Zâmbia, substâncias como vaselina, óleo de cozinha / motor, carvão vegetal, estrume seco de vaca ou excremento de frango, caule de abóbora queimada e loma esmagado (ninho de vespas) são aplicados ao coto do RN saudável. No entanto, um conjunto separado de substâncias que são consideradas medicinais são aplicadas se o coto apresentar rubor ou secreções purulentas. As substâncias que são consideradas medicinais incluem: óleo de pitão, leite materno, álcool, banana, estrume de vaca, mukunku (casca de uma árvore) ou ervas tradicionais. - As conclusões desta revisão sugerem que a documentação das práticas de cuidados ao coto umbilical não é consistente em países de baixos e médios recursos, mas a literatura existente retrata uma tradição firme de cuidados ao coto umbilical em todas as culturas. As práticas de cuidado ao coto variam de acordo com o país e por regiões ou grupos culturais no mesmo país, aplicando uma ampla gama de substâncias. O desejo de promover a cicatrização e acelerar a queda do coto são as crenças subjacentes relacionadas à aplicação de diversas substâncias. A frequência de aplicação da substância (seja o número de dias ou o número de vezes por dia em que a substância foi aplicada), a fonte e o custo dos produtos utilizados não estão bem caracterizados. Este desejo de cuidar ativamente do coto umbilical de um RN, poderia ser utilizado para promover mudanças de comportamento positivas, como a introdução de digluconato de clorexidina a 7,1%. A variedade de práticas e crenças nos cuidados com o coto umbilical, observadas nesta revisão, aponta para a necessidade de contextualizar qualquer abordagem de mudança de comportamento adequada à cultura local.	Ia
		Estudo XII	
GATHWALA, G.;SHARMA, D.; BHAKHRI, B.K. – *Effect of Topical Application of Chlorhexidine for Umbilical*	Objetivo: Comparar a aplicação tópica de clorexidina para o cuidado ao coto umbilical com tratamento convencional de *dry cord care* para	- O tempo médio para a cicatrização do coto no grupo da clorexidina foi menor do que no grupo controlo. Houve uma diminuição significativa da incidência de sepsis comprovada por hemocultura entre os RN's no grupo de intervenção, porém não houve diferença estatística observada entre os grupos em relação à infeção umbilical, sepsis e meningite. - Este estudo sugere a aplicação local de clorexidina como uma intervenção simples, acessível e facilmente disponível para a prevenção da sepsis neonatal, comprovada em culturas com baixos recursos, no	Ib

Cord Care in Comparison with Conventional Dry Cord Care on the Risk of Neonatal Sepsis: a Randomized Controlled Trial. **2013, India**	prevenção de sepsis neonatal, numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 140 RN's	entanto, é aconselhável cautela, no sentido em que este estudo generaliza o resultado para a população em geral. - Este estudo conclui que nenhum efeito adverso foi observado com o uso de clorexidina para cuidados com o coto umbilical. - Os resultados do presente estudo sugerem que o cuidado ao coto umbilical com clorexidina, nas unidades de cuidados intensivos de neonatologia, é mais apropriado do que o *dry cord care* como recomendado pela OMS. É uma intervenção simples que pode contribuir para diminuir a sepsis neonatal, causa importante para a mortalidade neonatal na Índia.	
		Estudo XIII	
CHAWLA, G.; DIWAKAR, K. – *Comparison of Umbilical Cord Cleansing Using Sterile Water and Povidine IodineSpirit During Early Neonatal Period: A Double Blind Randomized Control Trial.* **2015, Síria**	Objetivo: Avaliar o efeito da limpeza do coto umbilical com água estéril ou com iodopovidona na prevenção da infeção durante o período neonatal. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 1518 RN's	- Houve uma diminuição significativa nos isolados bacterianos em lactentes tratados com limpeza sequencial do coto com combinação com iodopovidona. Verificou-se que, na ausência de limpeza antisséptica, houve um aumento no crescimento bacteriano. - Embora pareça preferível ter alguma colonização para facilitar a queda do coto, o crescimento excessivo de uma única espécie de bactéria acarreta complicações maiores. - A limpeza do coto umbilical com água estéril foi tão vantajosa como manter o coto seco, e não ofereceu nenhuma vantagem adicional em relação à colonização bacteriana. - Talvez seja mais seguro evitar métodos de limpeza que inibam o crescimento misto de bactérias comensais, pois isso pode resultar em crescimento excessivo inadvertido de uma única espécie de bactéria patogénica. - O tempo de cicatrização do coto não foi documentado, porque a maioria dos RN's teve alta após 96 horas de vida. - Manter o coto seco e evitar a limpeza antisséptica proporcionou uma maior oportunidade para o crescimento de bactérias.	Ib
		Estudo XIV	
COVAS, M. et al. – *Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado.* **2011, Argentina**	Objetivos: - Comparar a eficácia de *dry cord care* e o banho diário com sabão neutro, com a aplicação de álcool e o banho depois da queda do coto umbilical, para reduzir o tempo de cicatrização. - Comparar a incidência de infeções do umbigo, pele e mucosas. - Comparar a colonização bacteriana nosocomial do coto umbilical, e o grau de satisfação dos pais em ambos os grupos. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 362 RN's	- Os seguintes fatores foram associados, de forma estatisticamente significativa, a maior frequência de colonização: parto vaginal, baixo peso à nascença e maior número de horas de internamento. Outras variáveis mostram, também, relação com o tempo de cicatrização do coto umbilical: a colonização do coto durante a hospitalização e o peso ao nascer. Em ambos os grupos, mais de 90% dos pais referiram manter os cuidados ao coto de acordo com o indicado, no entanto, observou-se uma percentagem de mães que modificou o tipo de cuidado ao coto umbilical. - Esta investigação foi realizada num serviço de neonatologia, cujas condições e práticas de cuidados, apesar de ser num país de baixos a médios rendimentos, são semelhantes aos países desenvolvidos: a lavagem das mãos é uma prática adotada e valorizada pelos profissionais; os RN's permanecem em quartos individuais com as suas mães; os cuidados à díade mãe-RN são prestados por enfermeiras especializadas. Estas práticas, só por si, constituem um fator protetor para o risco de infeções neonatais. - Este estudo comparou a eficácia entre distintas alternativas para o cuidado ao coto umbilical. O *dry care* associa-se, com maior frequência, à colonização durante a hospitalização, no entanto, este não aumenta o risco de onfalites ou infeções da pele e mucosas, quando comparado com o uso do álcool a 70%, para além de reduzir o tempo de queda do coto e não mostrar qualquer diferença na satisfação dos pais. - Este estudo demonstra que o uso de antissépticos, como o álcool, reduz a colonização do coto umbilical, no entanto, as implicações clínicas desta descoberta sobre a ocorrência de infeções, bem como o tempo da queda do coto, são difíceis de interpretar. - Alguns autores associam o tempo de queda do coto umbilical com a sua colonização, referindo que o tempo de queda do coto é explicado pelo desaparecimento dos microrganismos, responsáveis por processos necrobióticos contaminantes. No entanto, neste estudo, esta relação desaparece, mostrando o efeito independente do uso de antissépticos. - Os cuidados ao coto umbilical com antissépticos continua a ser um comportamento amplamente aceite, mesmo em países industrializados. - A limpeza do coto umbilical e o *dry cord care* poderia ser considerada uma prática alternativa à desinfeção com álcool, nas instituições que possuem uma assistência neonatal especializada e um acompanhamento dos RN's. - Em suma, a secagem natural e o banho reduziram o tempo de queda do coto umbilical, mesmo que a incidência de colonização se tenha mostrado	Ib

		maior no grupo de estudo; nenhum aumento do risco de infeção foi encontrada.	
		Estudo XV	
IMDAD, A. et al. – *The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis.* 2013, Paquistão	Objetivo: Avaliar os efeitos da aplicação de Clorexidina no coto umbilical para RN's, nos países em desenvolvimento, na prevenção de onfalite e mortalidade neonatal. Método: Revisão sistemática Amostra: 3 estudos envolvendo 54.624 participantes.	- Os resultados desta meta-análise indicam que a aplicação de clorexidina no coto umbilical reduziu substancialmente a mortalidade e a onfalite neonatal em 3 países em desenvolvimento, na Ásia. - A aplicação de clorexidina a 4% no coto umbilical do RN leva a uma redução de 23% da taxa de mortalidade neonatal, em comparação com os grupos que não aplicaram clorexidina. A aplicação de clorexidina leva à redução da onfalite de 27% a 56% dos casos, em comparação com os grupos de controlo, conforme a gravidade da infeção. - Os efeitos protetores mais proeminentes da clorexidina ocorrem na primeira semana de vida do RN. O seu impacto diminui após esse período, mas permanece significativo ao longo do período neonatal. - Esta meta-análise fornece informações promissoras, de relevância, para as políticas de cuidados ao RN no sul da Ásia, especialmente entre os nascidos em casa e nas situações de alto risco, pondo em questão as recomendações atuais da OMS para o *dry cord care,* nestas circunstâncias. - O benefício protetor da clorexidina parece ser semelhante entre os bebés que nascem em instituições e domicílios. Esse achado não é surpreendente, dado os desafios de alcançar práticas higiénicas nos hospitais durante o parto e o período pós-parto imediato e o facto de, na maioria dos casos, os bebés nascidos em instalações serem muito rapidamente enviados para casa, ficando nas mesmas condições que os bebés nascidos no domicílio.	Ia
		Estudo XVI	
ABBASZADEH, F.; HAJIZADEH, Z.; JAHANGIRI, M. – *Comparing the impact of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns.* 2016, Irão	Objetivo: Comparar o efeito da aplicação tópica de leite humano e clorexidina no tempo de cicatrização do coto umbilical. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 174 RN's	- Na maioria das amostras relativas aos vários estudos, os tempos de cicatrização do coto variaram de cinco a dez dias, verificando-se em 67,5% dos participantes do grupo sujeito ao uso do leite humano; e em 34,5% dos participantes que usaram clorexidina. No grupo tópico de leite humano, os cotos umbilicais foram destacados no período normal (entre 5-15 dias após o nascimento) documentados na literatura. Os resultados deste estudo mostrou que o tempo médio de queda do coto nos RN's que recebem solução tópica de clorexidina é significativamente maior do que o grupo recetor de leite materno (13,28 ± 6,7 e 7,14 ± 2,15 dias, respetivamente). O tempo médio de queda do cotofoi de 53 dias no grupo da clorexidina e 14 dias no grupo do leite materno. - O leite materno pode acelerar o processo de cicatrização do coto através de leucócitos polimorfonucleares, enzimas de proteólise e outros compostos imunológicos disponíveis. O leite materno possui muitos agentes imunológicos e anti-infeciosos, assim como o colostro, que contém quantidades significativas de componentes que atuam como agentes antimicrobianos naturais e, também, contém na sua composição fatores de proteção que fornecem imunidade passiva específica e não específica. - A aplicação tópica de leite materno no coto umbilical foi associada a um menor tempo de cicatrização em comparação com a aplicação de clorexidina. O leite materno reduziu a incidência de infeção, tanto quanto a clorexidina tópica. Geralmente, o leite humano está sempre disponível e pode ser usado como um meio fácil, barato e não invasivo para o cuidado do coto.	Ib
		Estudo XVII	
SEMRAU, K. et al. – *Effectiveness of 4% chlorhexidine umbilical cord care on neonatal mortality in Southern Province, Zambia (ZamCAT): a cluster-randomised controlled*	Objetivo: Comparar o efeito da clorexidina com o *dry cord care* nas taxas de mortalidade neonatal na Zâmbia. Método: Ensaio clínico controlado e randomizado Amostra total: 37758 RN's	- A clorexidina não reduziu a mortalidade neonatal em comparação com o *dry cord care* na província do sul da Zâmbia. A clorexidina não foi mais eficaz na redução da mortalidade neonatal. A localização do parto, o peso ao nascer, a prematuridade e o estado infecioso materno também não mostraram reduções significativas na taxa de mortalidade neonatal. - A incidência observada de onfalite foi menor do que o esperado; é possível que os casos leves ou moderados não tenham sido relatados, pois o diagnóstico foi baseado na presença de secreção purulenta ou rubor no coto umbilical. - Neste estudo, apenas 7% dos participantes do grupo sujeitos à aplicação de clorexidina e 11% dos participantes do grupo*dry cord care* aplicaram substâncias não estudadas (por exemplo, leite materno, pó de bebé, e pó de carvão) no coto. - São necessárias soluções simples e baseadas em evidências para reduzir a mortalidade neonatal em ambientes com recursos limitados: partos qualificados, ressuscitação neonatal, acesso a cuidados obstétricos de emergência básicos e abrangentes, visitas pós-natais, cuidados com a	Ib

***trial.* 2016, Zâmbia**		mãe, deteção precoce e práticas adequadas da sepsis neonatal, entrega de *kit's* de parto, o *dry cord care* e a amamentação exclusiva podem reduzir substancialmente a mortalidade neonatal. Embora a clorexidina seja potencialmente benéfica em locais com alta taxa de mortalidade neonatal, nas comunidades com partos nos domicilio no sul da Ásia, o tratamento não teve efeito sobre a mortalidade neonatal na Zâmbia, um ambiente com menor taxa de mortalidade neonatal, maior taxa de nascimentos nas instituições e com representação de locais urbanos e rurais. - Com base nestes achados, a clorexidina não deve ser implementada globalmente, especialmente em ambientes de moderada taxa de mortalidade neonatal na África.	

1.3.1.4 Discussão

Os estudos incluídos nesta revisão abordam diferentes práticas de cuidar o coto umbilical, em diferentes países. Todas elas com o objetivo de prevenir complicações no processo de cicatrização, nomeadamente, a onfalite e reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade neonatal.

Esta investigação compreendeu a análise de estudos com realidades culturais diferentes da nossa e, consequentemente diferentes tradições e práticas. Embora cada vez mais, no nosso país exista uma população multicultural, a maioria dos partos em Portugal é realizada em meio hospitalar, onde as práticas são controladas, o meio é tendencionalmente assético, e os enfermeiros vigiam, ensinam, instruem e demonstram novas práticas. Na comunidade portuguesa as práticas populares e a aplicação de substâncias menos comuns, como por exemplo o leite materno e o gel de aloé-vera, são raras, contudo, mantivemos estes estudos porque comparam a aplicação dessas substâncias, menos comuns, com outras muito frequentes na nossa população.

Os cuidados ao coto umbilical divergem, de acordo com a cultura e tradições de cada país, bem como as práticas instituídas nas instituições de saúde. São várias as comunidades em que a laqueação e secção do cordão umbilical é realizada com instrumentos não esterilizados, seguindo-se a aplicação de diversas substâncias no coto umbilical do RN, como por exemplo, vaselina, óleo de mabono (fruta selvagem), óleo de cozinha ou de motor, carvão vegetal, estrume seco de vaca ou excremento de frango, caule de abóbora queimada e loma esmagado (ninho de vespas), entre outros. Estas substâncias constituem potenciais fontes bacterianas (Coffey e Brown, 2017). Atualmente, a técnica asséptica para laqueação e secção do cordão é aceite mundialmente, no entanto, nos países subdesenvolvidos ainda existem muitos partos no domicílio sem qualquer condição ou material esterilizado.

A literatura apresenta controvérsia no que diz respeito ao melhor tratamento para a cicatrização do coto umbilical, sendo a aplicação de antissépticos a prática mais frequente. A American Academy of Pediatrics (2016) efetuou um estudo comparando a aplicação de solutos antissépticos com a técnica *dry cord care*, verificando que a aplicação de solutos antissépticos é mais adequada para os países subdesenvolvidos e a aplicação da técnica *dry cord care* mas eficaz em países desenvolvidos. A OMS preconiza o *dry cord care* como o tratamento mais adequado para o coto umbilical, nos países desenvolvidos, onde existe uma taxa muito baixa de mortalidade neonatal e os partos são efetuados em meio hospitalar. Nestes casos, o uso de um antissético para o cuidado ao coto umbilical, pode ser ponderado, em substituição de uma outra prática tradicional mais nociva. Todavia, nos países em desenvolvimento, onde a taxa de mortalidade neonatal é elevada (30 ou mais óbitos neonatais por 1000 nados vivos) é recomendado o uso de clorexidina – diguclonato de clorexidina a 7,5%, em solução aquosa ou gel, que fornece 4% de clorexidina (OMS, 2013). Contudo, não existe uma convenção, unanimemente estabelecida, para definir países ou regiões desenvolvidas ou não desenvolvidas (OMS, 2003), pelo que, com o intuito de melhor definir e compreender estes conceitos, para este trabalho, foi utilizada a classificação *High-Income Economies* do Banco Mundial (The World Bank, 2017).

Os estudos selecionados nesta revisão comparam os efeitos da aplicação de diferentes práticas e o seu respetivo impacto no tempo de cicatrização do coto umbilical, bem como na prevenção da infeção neonatal e consequentemente na redução da mortalidade. Entre essas práticas destacam-se: *dry cord* care, limpeza com água estéril, aplicação de álcool a 70% e a aplicação de clorexidina.

O método *dry cord care* consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, sem qualquer intervenção. A preponderância da evidência favorece o uso de *dry cord care* em países desenvolvidos, onde a incidência de onfalite é muito baixa e a sua gravidade é leve. Não há evidências convincentes para recomendar o uso de um antisséptico em ambientes hospitalares, quando em comparação com o *dry cord care*. Esta técnica reduz significativamente o tempo de cicatrização do coto umbilical, relativamente ao uso de antissépticos. O método de *dry cord care* é considerado um método fácil, direto e seguro de manipulação do coto umbilical em recém-nascidos saudáveis, nascidos em ambiente hospitalar dos países desenvolvidos (Imdad et al., 2013; American Academy of Pediatrics, 2016; Ozdemir et al., 2017; Quattrin et al., 2016). Para Coffey e Brown (2017) a técnica *dry care,* como cuidado ao coto umbilical, nos países em desenvolvimento, precisa de mais estudos que sustentem a sua prática. Pois, este método associa-se a uma maior frequência de colonização durante a hospitalização, no entanto, não aumenta o risco de onfalites ou

infeções da pele e mucosas, apesar de reduzir o tempo de queda do coto. Por outro lado, não mostrou qualquer diferença no grau de satisfação dos pais (Covas et al., 2011).

Dos estudos selecionados destacam-se duas substâncias que reduzem o tempo de cicatrização e queda do coto umbilical: o leite materno e o gel de aloé-vera. Os estudos que compararam o efeito entre a aplicação tópica de leite materno e o *dry cord care* no tempo de queda do coto umbilical concluíram que o tempo médio de queda do coto umbilical, no grupo de aplicação de leite materno (± 28,68 horas), foi significativamente menor do que no grupo sujeito ao *dry cord care* (± 37,42 horas). Também, comparando a aplicação de leite materno com a aplicação de clorexidina, a evidência aponta para uma redução no tempo de cicatrização e da incidência de infeção no grupo sujeito a aplicação de leite materno (Abbaszadeh, Hajizadeh e Jahangiri, 2016; Aghamohammadi, Zafarii e Moslemi, 2012; Coffey e Brown, 2017).

A separação do coto umbilical é um processo complicado, compreendendo infiltração polimorfonuclear entre o coto umbilical e a parede abdominal. O leite materno acelera o processo de cicatrização do coto umbilical, pois é fonte dos principais fatores que aceleram a recuperação da cartilagem e do músculo, e o processo de cicatrização das feridas porque possui enzimas polimorfonucleares e fotolíticas. O fator de crescimento, semelhante à insulina, melhora o metabolismo da ferida e estimula o crescimento e a recuperação muscular. Os fatores de crescimento interferem na atividade natural da célula, como na proliferação celular e na recuperação de tecidos. O uso de colostro, ou de leite materno, como tratamento ao coto umbilical, pode ser uma alternativa ao uso de antisséticos, nos países em desenvolvimento, uma vez que este pode acelerar o seu processo de cicatrização e, consequentemente levar à diminuição do seu tempo de queda, por ação dos compostos imunológicos presentes, reduzindo a taxa de incidência de onfalite. Este método pode ser usado como sendo seguro, económico e adequado para promover a cicatrização e a queda do coto umbilical (Aghamohammadi, Zafarii e Moslemi, 2012; Coffey e Brown, 2017). O estudo que compara o efeito de aplicação de gel aloé-vera com o *dry care* mostrou que aplicação tópica de gel de aloé-vera reduz o tempo de queda do coto umbilical e reduz a taxa de complicações e infeções, uma vez que, a aloé-vera possui propriedades antivirais, antibacterianas e antifúngicas e acelera a cicatrização de feridas (Saeidi et al, 2016). Estas substâncias, o leite materno e o gel de aloé-vera, não são utilizadas em Portugal como tratamento ao coto umbilical, no entanto, nos países subdesenvolvidos poderão ser práticas vantajosas na promoção da cicatrização do coto.

A evidência não demonstrou efeito benéfico na lavagem do coto umbilical com água e sabão, em comparação com o *dry cord care,* para redução da incidência de onfalite, do

tempo de queda do coto ou da taxa de mortalidade (Imdad et al., 2013; Chawla e Diwakar, 2015).

As recomendações da American Academy of Pediatrics (2016) sugerem que a aplicação de agentes antimicrobianos no coto umbilical pode ser benéfica para RN's que nascem no domicílio, em países em desenvolvimento, onde os riscos de onfalite e as sequelas associadas são elevados. No entanto, a aplicação de agentes antimicrobianos no coto umbilical não proporciona um benefício claro quando os partos são no meio hospitalar ou em países desenvolvidos. O uso tópico de antisséptico no coto umbilical reduziu a colonização bacteriana e a secreção de leucócitos, os quais são necessários para a cicatrização do coto umbilical, aumentando o tempo de queda do coto, bem como a taxa de infeção. Por esse motivo, nos países desenvolvidos, houve uma mudança quanto ao uso de agentes antimicrobianos tópicos no cuidado do coto umbilical. Para partos fora das instalações hospitalares ou casas de parto e em populações de recursos limitados, a aplicação de agentes antimicrobianos tópicos, profiláticos, no coto umbilical, permanece apropriada. A evidência científica mostra que nenhum antisséptico é vantajoso para prevenir a onfalite, quando comparado com o *dry cord care* (Imdad et al., 2013; Golshan e Hossein, 2013).

A clorexidina, agente antisséptico de amplo espectro e, atualmente incluída na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, tem sido muito utilizado em hospitais e outras instituições clínicas, há várias décadas. Dos inúmeros produtos para aplicação tópica, a clorexidina é o agente mais eficaz na diminuição da colonização, com atividade contra microrganismos gram positivos (aeróbicos) e gram negativos (anaeróbicos), incluindo aqueles mais frequentemente envolvidos em infeções perinatais. Os efeitos protetores mais proeminentes da clorexidina ocorrem na primeira semana de vida do RN. O impacto diminui após a primeira semana de vida, mas permanece significativo ao longo do período neonatal. Há evidências de que a aplicação de soluções de clorexidina para lavagem vaginal durante o parto, a limpeza da pele do RN, de corpo inteiro, ou a limpeza do coto umbilical, ou ambos, reduzem a colonização bacteriana neonatal, a infeção e a mortalidade. A clorexidina tem um perfil de segurança extensivo. Raramente está associada à resistência bacteriana, é fácil de administrar e tem um baixo custo. No entanto, são necessários mais estudos para chegar a uma conclusão sobre práticas rotineiras de cuidados com o coto umbilical, particularmente em países em desenvolvimento, onde a onfalite é um problema significativo. A aplicação de clorexidina como cuidado ao coto umbilical pode reduzir as taxas de mortalidade neonatal, quando comparado com o *dry cord care*, nas várias comunidades (Sinha et al., 2015; Imdad et al., 2013; Ozdemir et al., 2017).

Relativamente ao tempo de queda do coto, verificou-se que a queda do coto foi mais prolongada com o uso da clorexidina face ao uso de outras substâncias como álcool, iodopovidona ou mesmo face ao *dry cord care.* No entanto, não houve aumento no risco de mortalidade nas crianças que tiveram aumento do tempo de cicatrização do coto umbilical. A aplicação de clorexidina no coto umbilical reduziu, substancialmente, a onfalite e a mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento. Porém, os dados sobre a segurança da aplicação de clorexidina estão incompletos e o tempo de exposição à clorexidina, considerado seguro, não é conhecido, existindo alguma incerteza quanto ao efeito da clorexidina aplicada no coto umbilical dos RN's em ambientes hospitalares para diminuição da mortalidade neonatal, pelo que, não há provas suficientes para apoiar a aplicação de um antisséptico no coto umbilical em ambientes hospitalares em comparação com o *dry cord care* em países desenvolvidos (Sinha et al., 2015; Imdad et al., 2013; Ozdemir et al., 2017; Miranda et al., 2016).

Existe alguma controvérsia na literatura, quanto ao uso de clorexidina como cuidado ao coto umbilical. Pois, para os autores Gathwala, Sharma e Bhakhri (2013) o cuidado ao coto umbilical, com clorexidina, nas unidades de cuidados intensivos de neonatologia, é mais apropriado do que o *dry cord care* como recomendado pela OMS, uma vez que, nenhum efeito adverso foi observado com o uso de clorexidina nos cuidados com o coto umbilical. Não obstante, Semrau e colaboradores (2016) referem que a clorexidina não reduziu a mortalidade neonatal em comparação com o *dry cord care* na província do sul da Zâmbia. A American Academy of Pediatrics (2016) relatou que existe alguma incerteza quanto ao efeito da clorexidina sobre a mortalidade quando aplicado ao coto umbilical de RN's em ambiente hospitalar, mas há evidências moderadas dos efeitos para prevenção de infeção.

Embora a aplicação de clorexidina seja considerada segura, foram detetados vestígios desse composto no sangue de bebés, após a limpeza do coto umbilical. Além disso, a dermatite de contacto foi relatada em 15% de RN's de muito baixo peso, após a colocação de um penso, impregnado com clorexidina a 0,5%, sobre um cateter venoso central (American Academy of Pediatrics, 2016).

O uso de álcool a 70% na limpeza do coto umbilical teve menor impacto sobre a taxa de infeção e colonização bacteriana no coto umbilical quando em comparação com outras soluções antissépticas, como a clorexidina. Verificou-se um atraso na cicatrização do coto umbilical em alguns neonatos que usaram o álcool como tratamento ao coto, quando comparado com o *dry cord care* (Golshan e Hossein, 2013; Quattrin et al., 2016; Imdad et al., 2013).

Miranda e colaboradores (2016) são de opinião que o álcool a 70% acelera a mumificação, mas não interfere com a colonização. No entanto, em resultado do estudo Covas e colaboradores (2011), argumentam que os efeitos da aplicação do álcool na redução das infeções e na duração do tempo de queda do coto são difíceis de interpretar. De acordo com Imdad e colaboradores (2013), a aplicação de álcool reduz a colonização bacteriana, embora não obtivessem dados para mostrar que essa diminuição se relacione com menor incidência de onfalite, tétano, septicemia, ou menor taxa de mortalidade.

O cuidado ao coto umbilical com antissépticos, contínua a ser um comportamento amplamente aceite, mesmo em países industrializados. A limpeza do coto umbilical e o *dry cord care* poderiamser consideradas práticas alternativas à desinfeção com álcool, nas instituições que possuem uma assistência neonatal especializada e um acompanhamento dos RN's (Covas et al., 2011).

Outra substância, outrora utilizada para a desinfeção do coto umbilical, foi a iodopovidona. De acordo com Imdad e colaboradores (2013) não houve diferença na diminuição da incidência da onfalite, na aplicação de álcool versus iodopovidona. O tempo de cicatrização do coto umbilical foi significativamente reduzido quando o coto umbilical foi tratado com iodopovidona versus bacitracina. O estudo de Chawla e Diwakar (2015) mostra que houve uma diminuição significativa nos achados bacterianos em lactentes tratados com limpeza sequencial do coto com iodopovidona.

1.3.1.5 Conclusão

Os cuidados ao coto umbilical continuam a ser tema de grande controvérsia na literatura e nas práticas utilizadas nas instituições de saúde. No entanto, este é um cuidado mediato ao RN, de extrema importância no que diz respeito à prevenção de infeções, nomeadamente, as onfalites que poderão contribuir para o aumento da mortalidade neonatal.

Na nossa pesquisa encontrámos muitos trabalhos que dão resposta à questão norteadora do estudo, tendo sido uma dificuldade nossa, selecionar os artigos. Este estudo surgiu da nossa prática clínica, por nos depararmos com diferentes práticas, nas diferentes instituições. Em Portugal, há poucos estudos, a prática baseada na evidência talvez seja uma constante, dado constatarmos ainda heterogeneidade nas nossas práticas, nas várias instituições de saúde.

A evidência científica resultante da nossa revisão da literatura sugere que o cuidado ao coto umbilical através do *dry card care* será a prática mais recomendada, quer para prevenção de infeção, quer para promoção da cicatrização e queda do coto. Os estudos analisados recomendam a técnica *dry care* para os RN´s em ambientes hospitalares, em países com baixa taxa de mortalidade neonatal, e onde o risco de onfalite é reduzido, como é o caso de Portugal. A evidência resultante destes estudos demonstra que a utilização de antissépticos para o cuidado com o coto umbilical não tem qualquer vantagem em ambiente hospitalar, podendo atrasar o tempo de cicatrização e de queda do coto, e aumentar o estado de ansiedade dos pais por esse facto. Contudo, os estudos incluídos nesta revisão foram realizados em países diversos, a maioria em países subdesenvolvidos, com elevadas taxas de mortalidade neonatal e altas taxas de partos não hospitalares, sendo este, um cenário diferente da realidade portuguesa.

Em Portugal, existe uma discrepância nos ensinos que são efetuados aos pais, consoante os diferentes contextos de saúde (profissionais, maternidade, hospital, centro de saúde), o que pode pôr em causa a relação de confiança, terapêutica, entre a família e os profissionais de saúde. De acordo com Barbosa, Moreira e Ferreira (2017, p.44), *uma uniformização dos conselhos, fundamentados na melhor evidência disponível, poderá eventualmente reduzir os níveis de ansiedade dos pais, aumentar a sua segurança nos seus cuidados ao RN, promover a ligação ao novo membro da família e reforçar a sua relação terapêutica com os profissionais de saúde.*

Este trabalho incluiu estudos de elevado nível de evidência (Ia e Ib), possibilitando uma tomada de decisão consciente e informada, por nossa parte, nos cuidados ao coto umbilical, promovendo-se, assim, o *dry care*, o que vem reforçar as recomendações da OMS.

A evidência baseada no conhecimento científico pode fundamentar uma prática de cuidados de enfermagem eficiente e efetiva, sendo possível fornecer os melhores cuidados ao menor custo em locais com recursos limitados. A prática baseada na evidência, evidencia conhecimento científico que ajuda a caminhar para a excelência e uniformização dos cuidados, obtendo-se ganhos em saúde. Seria interessante, estudos que comparassem a utilização da técnica *dry care* e a aplicação de leite materno, visto serem escassos e dado, as inúmeras vantagens que este apresenta no cuidado ao coto umbilical.

Ao longo deste trabalho pudemos reunir algumas recomendações relativamente aos cuidados específicos ao coto umbilical, das quais se destacam: lavagem das mãos do cuidador antes e depois dos cuidados; limpeza do coto umbilical sempre que sujo por urina ou fezes; apertar a fralda abaixo do coto, deixando o coto livre ou coberto com roupas limpas; no

momento da alta, os pais devem ser informados sobre alterações que justificam a procura de cuidados de saúde.

Em suma, o principal objetivo desta revisão era conhecer qual a melhor prática para o cuidado com o coto umbilical e após uma análise criteriosa de todos os estudos, observou-se que a evidência científica orienta para a técnica de *dry care* como o cuidado mais adequado.

Apresentamos as principais orientações para uma prática baseada na evidência científica:

- A técnica *dry care* é o tratamento mais eficaz para o coto umbilical nos países desenvolvidos, onde o risco de onfalite e mortalidade neonatal é reduzido, como é o caso de Portugal;
- A técnica *dry care* reduz o tempo de cicatrização e queda do coto umbilical quando comparado com a aplicação de substâncias;
- A aplicação de leite materno acelera o processo de cicatrização do coto umbilical e reduz a incidência de infeção, quando comparado com a técnica *dry care* e a aplicação de clorexidina;
- A aplicação tópica de gel de aloé-vera reduz o tempo de queda do coto umbilical e reduz a taxa de complicações e infeções, quando comparado com a técnica *dry care*;
- Não foi demonstrado efeito benéfico na lavagem do coto umbilical com água e sabão, quando comparado com o *dry cord care* para redução da incidência de onfalite, tempo de queda do coto ou taxa de mortalidade;
- Nos países em desenvolvimento, onde a incidência de onfalite e a taxa de mortalidade neonatal são elevadas, e para partos fora das instalações hospitalares, a aplicação de agentes antimicrobianos tópicos, profiláticos, no coto umbilical permanece apropriada;
- A clorexidina é o antissético mais utilizado, pela sua atividade de largo espetro contra microrganismos gram positivos (aeróbicos) e gram negativos (anaeróbicos);
- A aplicação de clorexidina no cuidado ao coto umbilical pode reduzir as taxas de mortalidade neonatal, quando comparado com o *dry cord care*, nas comunidades dos países em desenvolvimento;
- Há evidências significativas de que a aplicação tópica de clorexidina no coto umbilical reduz a onfalite e a mortalidade neonatal nas comunidades e nas instituições dos países em desenvolvimento;

- A clorexidina pode aumentar o tempo de cicatrização do coto umbilical, no entanto, não há evidências de que este produto aumente o risco de mortalidade ou infeção;
- A aplicação de etanol na limpeza do coto umbilical teve menor impacto sobre a taxa de infeção e colonização bacteriana, quando comparado com outras soluções antissépticas, como a clorexidina;
- Verificou-se um atraso na cicatrização do coto umbilical em RN's submetidos ao uso do álcool como tratamento ao coto;
- O uso de iodopovidona deve ser rejeitado pelo risco de absorção de iodo, para além de não demostrar qualquer vantagem, quando comparado com o *dry cord care*;
- O risco de onfalite, moderada ou grave, foi maior por cada dia em que o coto não caiu;
- O aumento do tempo de queda do coto umbilical causa ansiedade nos pais.

Concluímos assim, que o método *dry care* é o mais adequado para a nossa realidade em Portugal, considerando-se uma técnica segura, fácil e uma boa prática no processo de cuidados ao coto umbilical. Podemos considerar que a técnica para tratamento ao coto umbilical utilizada no CHTS, onde decorreu o estágio, não é a mais recomendada. No entanto, enquanto estudante cumprimos o protocolo instituído. No entanto, foi uma forma importante para refletirmos sobre a nossa prática e permitir-nos sensibilizar os profissionais do serviço para a importância da mudança e melhoria das práticas.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO NO ESTÁGIO

A realização do relatório de estágio permitiu-nos descrever e expressar as vivências e as atividades desenvolvidas, pelo que chegou o momento de fazermos uma autorreflexão sobre a nossa prestação nessas atividades, numa introspeção sobre todo o percurso, refletindo sobre as competências desenvolvidas e o processo de investigação realizado.

Apercebemo-nos o quão enriquecedor foi a realização deste trabalho em simultâneo com a prática clínica, orientando-nos para uma prática baseada na evidência. É neste momento que tomamos consciência do longo e, por vezes difícil, caminho percorrido, marcando o início de uma nova fase da nossa vida.

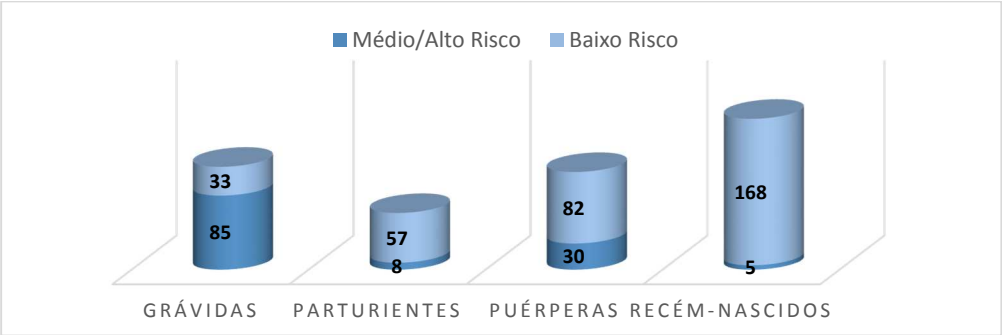
Este percurso formativo permitiu-nos aprimorar e aprofundar competências do domínio dos cuidados gerais, que nos competem enquanto enfermeiras que somos, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. E ainda, permitiu-nos o desenvolvimento de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetríca.

Todos os momentos vividos ao longo do estágio, se constituíram como momentos de aprendizagem que permitiram a consolidação dos conhecimentos e o desenvolvimento das competências, bem como a integração da evidência científica mais recente. Assim, ao longo deste relatório descrevemos este importante percurso, que nos permitiu adquirir e desenvolver novos conhecimentos e competências, contactar com famílias de diferentes contextos socioculturais e compreender os projetos de gravidez e parentalidade de cada mulher/casal.

Na primeira parte deste relatório descrevemos as atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações, tendo-se prestado cuidados a 118 grávidas, das quais 85 eram de risco. Na segunda parte deste trabalho relatámos o desenvolvimento de competências no âmbito de trabalho de parto e parto, tendo prestado cuidados a 65 parturientes, entre as quais 8 eram de risco. Por último, a terceira parte deste trabalho consistiu na descrição do desenvolvimento das atividades prestadas no âmbito do autocuidado e da preparação para a parentalidade, tendo-se prestado cuidados a 112 puérperas, sendo 30 de risco. Ao longo do estágio prestámos cuidados a 173 RN's, dos quais

5 apresentaram fatores de risco. De modo a facilitar esta leitura, apresentamos de forma esquemática, no gráfico, o número de mulheres e de recém-nascidos assistidos ao longo do estágio:

Gráfico 1 - Mulheres e recém-nascidos assistidos ao longo do estágio



A área da obstetrícia é complexa, vasta e imprevisível, tornando difícil a composição deste relatório pela diversidade de experiências. Experienciámos diferentes situações e circunstâncias, todas promotoras da nossa aprendizagem e do desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências específicas para assistir a mulher no seu ciclo reprodutor e com as respetivas particularidades.

A primeira componente deste estágio, realizado no serviço de Obstetrícia II, onde prestámos cuidados a mulheres em situação de gravidez com complicações, foi muito enriquecedora, no sentido que desenvolvemos capacidades que nos permitiram intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez de risco. Esta parte do estágio foi bastante rotineira, apesar da variedade de situações que surgiram, o que, de certa forma, nos concedia mais tempo livre para comunicar com as grávidas e também, porque nos era atribuído o número de grávidas presentes no serviço, que por vezes era reduzido. Revelou-se muito gratificante a comunicação e a interação com as gestantes. Estabelecemos uma relação de empatia e confiança com as mulheres, estando muito presentes e respondendo a todas as questões e dúvidas que a situação de risco lhes trazia, bem como, distraindo as atenções para coisas mais positivas, quando prevalecia o pensamento negativo perante o diagnóstico de uma complicação associada à gravidez. Foi importante perceber quais as expectativas criadas pelas grávidas ao longo do seu processo de transição para a maternidade, identificando-as como influências positivas ou negativas na adaptação psicológica a uma nova identidade, o que nos ajudou a perceber a quão desejada era aquela gravidez. Contudo, com o surgimento de uma situação inesperada (complicação durante a gravidez), todas essas expectativas positivas eram transformadas numa panóplia de ideias, muitas vezes irrealistas, sobre o desfecho daquela gravidez.

O acompanhamento das gestantes, com complicações associadas, que permaneciam em internamento prolongado, permitiu-nos compreender o quanto é importante a presença da enfermeira e do suporte emocional adequado, na medida em que foi possível promover as expectativas realistas e a esperança de esperarem por um bebé "normal" e saudável, atenuando o medo, a ansiedade e o desespero de querer que aquele internamento termine. Nem sempre foi uma tarefa fácil manter ou promover alguma esperança, ou ânimo, a todas as mulheres, sobretudo para aquelas que tinham filhos menores em casa que necessitavam dos seus cuidados enquanto mãe. Conseguimos, no entanto, promover uma relação de confiança através de uma escuta ativa, uma linguagem simples e demonstrando-nos sempre disponíveis. Foi extremamente gratificante ouvir um obrigado pelas nossas palavras, ou conseguir um sorriso no meio de lágrimas, ou ouvir um simples "é bom voltar a vê-la", ou "tivemos saudades suas", entre outras expressões que nos faziam lembrar do quanto é bom ser-se enfermeira.

Todavia, esta componente de estágio foi percecionada como sendo a mais difícil para nós, no qual nos sentimos menos confortáveis, mais desorientadas e mais perdidas, talvez por ter constituído o primeiro contacto com o CHTS, consistindo no período inicial de adaptação a toda a filosofia do serviço e da instituição. Também, porque estivemos afastadas do ambiente hospitalar durante algum tempo e as rotinas hospitalares exigiram alguma ambientação da nossa parte. Por outro lado, no que diz respeito à orientação tutorial, tivemos que nos adaptar a duas tutoras diferentes, sendo a primeira menos presente, apesar de se mostrar disponível sempre que solicitada.

A segunda componente deste estágio, desenvolvida no serviço de Obstetrícia I, prestámos cuidados a puérperas e respetivos RN's, onde desenvolvemos e adquirimos competências específicas no âmbito do autocuidado e da preparação para a parentalidade. O puerpério é uma fase de grande vulnerabilidade não só para a mulher, pelas alterações fisiológicas, mas também para a família, por se encontrarem com um bebé desconhecido, pela nova responsabilidade e muitas vezes sem experiência na prestação de cuidados a bebés. Foi, por esse motivo, um estágio promotor de aprendizagens e enriquecedor no que diz respeito ao desenvolvimento e aquisição de habilidades e competências de apoio, orientação, instrução e educação da mãe/casal, promovendo o desenvolvimento das capacidades individuais e adquisição de autonomia na prestação de cuidados ao RN.

Esta componente constituiu uma parte do estágio em nada semelhante às outras áreas. Foi um estágio muito intenso, relativamente à quantidade de mulheres que nos era distribuída por turno, e à carga horária, num curto espaço de tempo, definida pela escola, o que constituiu grande dificuldade, dado que a tutora que nos foi atribuída tinha redução de

horário, por estar em regime de amamentação, fazendo unicamente turnos de manhã, de seis horas. Este facto tornou este estágio desgastante, não só emocionalmente ou psicologicamente como todos os outros, mas também fisicamente, o que dificultou a realização do relatório.

O serviço de puerpério apresentava um baixo rácio de enfermeiros por puérpera. Enquanto estudante, numa fase de adaptação, foi-nos atribuído uma ou duas mulheres, o que nos permitiu uma adaptação gradual e facilitadora. À medida que o estágio se foi desenrolando, a nossa tutora atribuiu-nos o número de puérperas que lhe era atribuído. Este volume de trabalho, para nós, inicialmente, parecia quase impossível, mas foi com grande satisfação que demos resposta ao desafio com a vantagem de termos o incondicional apoio da tutora. O facto de termos ao nosso encargo mãe e filho foi um fator stressante, pela pouca experiência com crianças, por sentir a insegurança das mães e por ter de redobrar a atenção nos cuidados prestados pelas mães/famílias ao RN. Apercebemo-nos que a maioria das puérperas que surgiu no serviço, durante o nosso estágio, eram mulheres muito pouco informadas ou instruídas, com um baixo nível de conhecimentos relacionados com os cuidados ao RN. Associando a este facto, tínhamos internamentos de curta duração, no qual tentávamos dar o máximo de informação possível à mulher/casal até à alta hospitalar, promovendo a capacidade de lidar com o bebé. Contudo, verificámos que a informação era demasiada para tão pouco tempo, apesar dos nossos esforços em repetir sempre que necessário. Também verificámos que o CHTS não proporciona um momento de treino para desenvolvimento de habilidades às mães/casal para dar o banho ao bebé, pois o primeiro banho ao RN é efetuado e demostrado pelo EESMO, mas não existem condições físicas necessárias – existindo apenas dois berçários equipados para esse efeito – nem profissionais suficientes para treino de habilidades, dado o alto número de partos que a instituição recebe.

Nos turnos mais calmos foi possível acompanhar a amamentação de vários RN's com mais calma e durante mais tempo. Verificámos que esta foi a intervenção que mais exigiu de nós, por todo o nosso investimento, pela calma perante um bebé agitado, pela paciência perante uma mãe desesperada por não conseguir amamentar, mas também a mais gratificante sempre que os bebés aprendiam a fazer uma pega correta e pelo reconhecimento das mães, quando se mostravam satisfeitas com o progresso do bebé e delas mesmas; tal como quando conseguíamos evitar a alimentação adaptada e instituímos a amamentação exclusiva. Em contrapartida, verificámos que muitas vezes acontecia o nosso esforço ter sido em vão, pois os colegas voltavam a introduzir o leite adaptado aos bebés, com os quais tínhamos investido tanto e tudo indicava que mãe e filho estavam orientados para continuar a amamentação.

Outra dificuldade por nós sentida no puerpério foi cuidar de RN's gémeos e a orientação da mãe/casal para esses cuidados. Foi extremamente difícil saber qual o RN que já tinha sido cuidado, qual tinha mamado ou qual deles precisava de suplemento. Embora tivéssemos o apoio e orientação da tutora, achámos que conseguimos alcançar o pretendido.

A última componente deste estágio foi realizada no bloco de partos. As experiências mais marcantes e mais emocionantes proporcionaram-se no bloco de partos, por toda a envolvência e entrega que exigiu, mas também pela sua imprevisibilidade. Todas as áreas de cuidados, que fizeram parte deste estágio, permitiram a aquisição e o desenvolvimento de várias competências, conhecimentos, relações interpessoais e realização profissional, no entanto, aquela que mais se destacou no que diz respeito ao desenvolvimento de competências para o cuidado especializado à parturiente/feto/recém-nascido, casal e família durante os quatro estadios do trabalho de parto, bem como ao encontro das nossas expectativas, foi o estágio no bloco de partos.

A prática em contexto de bloco de partos despertou grande ansiedade e expectativas, a qual nos fez sentir um turbilhão de emoções e sentimentos positivos e negativos: fazendo-nos sentir pequeninas no mundo da obstetrícia, mas grandes no ajudar a "dar à luz" uma vida. Foi o estágio que inicialmente nos proporcionou mais medo, insegurança, receio, mas que com o seu decorrer se foi ultrapassando, ganhando confiança, segurança e autonomia. É curioso como os nossos sentimentos se foram transformando gradualmente, mas de uma forma mais rápida do que nos contextos anteriores. Apesar das dificuldades, que também nos ajudaram a crescer e aprender, foi a área onde nos sentimos mais confortáveis, como se esperássemos uma vida inteira para experienciar cada momento e cada parto efetuado neste estágio.

Foi um estágio rico em experiências e foram várias as situações que nos marcaram, como por exemplo um prolapso do cordão; ou como o nascimento de um RN com Apgar 5 ao primeiro minuto, apresentando cordão curto; ou como a realização do parto de nado morto; ou como o acompanhamento na transferência de uma grávida em TP, às 24 semanas, para a maternidade mais próxima com neonatologia preparada para grandes prematuros; ou como situações de hipertonia e bradicardia, entre muitas outras. No entanto, o verdadeiro desafio foi a vigilância do TP, sendo deveras importante para promover o bem-estar materno-fetal, mas também para compreendermos o mecanismo do TP e, entendermos a forma como esse mecanismo pode diferir de mulher para mulher, de parto para parto, de situação para situação.

Foi gratificante o acompanhamento da mulher/casal ao longo do TP. Bem como presenciar um momento tão importante na vida destes e constituir um elemento facilitador

do desenrolar saudável de todo o processo. Foram momentos de intensas emoções, pois rimos e chorámos com as alegrias e tristezas destas mulheres. Houve momentos difíceis para nós, sobretudo no caso de mulheres com parto de nado morto, que exigiu muito profissionalismo da nossa parte e muita preparação psicológica da mulher. Apesar de todo o nosso receio, conseguimos estar à altura e estabelecer uma relação de confiança com a mulher, o que facilitou a sua interação durante o parto.

Foi notório o nosso crescimento, não só como profissional e futura EESMO, mas também como pessoa. Desde cedo que pretendemos fomentar o parto natural e a autonomia da mulher/família na tomada de decisão, defendendo uma prática de cuidados segura que garantisse o bem-estar materno-fetal, sem recurso a técnicas desnecessárias e invasivas, bem como prestar cuidados de enfermagem especializados que permitissem potenciar a saúde do RN, apoiando no seu processo de adaptação à vida extrauterina. Contudo, encontrando-nos numa instituição hospitalar, em situação de prática supervisionada, nem sempre foi possível implementar o ideal. Por exemplo, o uso da bola de parto, como método de alívio da dor e desconforto, não farmacológico, só foi possível utilizar uma vez, para além de ser recusada pela maior parte das mulheres, dado que quase todas estavam sob o efeito de analgesia epidural e não conseguiam colocar-se de pé. Sabemos que noutras instituições é possível deambular com este tipo de analgesia, no entanto, neste hospital todas as senhoras com esta analgesia perdiam quase por completo a sensibilidade dos membros inferiores, não sendo capazes de se manter em pé.

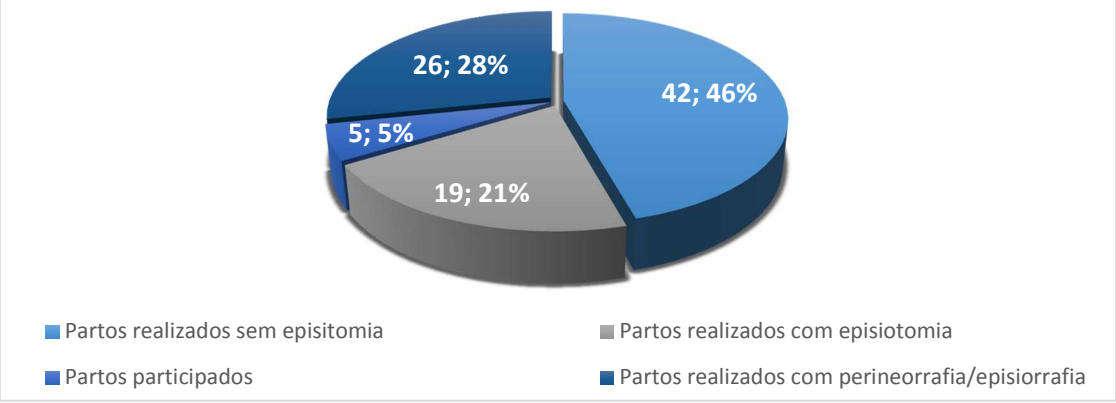
A permanência no bloco de partos proporcionou momentos promotores da nossa aprendizagem, sendo a equipa de enfermagem, que nos foi atribuída, sensacional no que diz respeito ao acompanhamento do aluno. Podemos dizer que, a tutora foi incansável na forma como nos estimulou a querer aprender sempre mais, a querer e saber fazer sempre mais e melhor, na procura da excelência na prestação dos cuidados. Estabelecemos uma relação de cumplicidade com todos os elementos da equipa, o que nos ajudou a ganhar confiança nas atitudes, e promovendo um desempenho satisfatório que foi melhorando ao longo do estágio. No entanto, achámos que a equipa médica deste serviço é muito intervencionista, no uso da analgesia epidural, da ocitocina, dos exames vaginais, sobretudo de uma forma rotineira. Uma situação que constatámos, e que retrata muito bem a "força do médico", foi o caso de uma mulher em TP com dor controlada, que não tinha frequentado sessões de preparação para o parto e tendo nós investido tempo a prepará-la para um TP o mais natural possível, dada a sua disponibilidade para tal; acabou por se submeter à vontade médica porque lhe foi comunicado que para acelerar o TP tinha que colocar ocitocina e, como a ocitocina provoca dor, aconselhava a analgesia por via epidural. A parturiente mudou

imediatamente de ideias, com o argumento que não queria um TP demorado. Tornou-se evidente que as atitudes da equipa médica dificultavam a implementação de intervenções ideais para um desenrolar normal do TP. Foi vivível a diferença nos TP durante o dia e durante a noite, pois durante a noite a EESMO assumia total controlo do TP, sendo possível um parto com o mínimo de intervenções possíveis.

Outra situação que nos suscitou dificuldades foi o protocolo de ocitocina, em que se aumentava o débito da perfusão de meia em meia hora, regra instituída em todas as mulheres que não entrassem na fase ativa do TP. Foi inicialmente difícil coordenar o aumento da perfusão de ocitocina, simultaneamente em várias parturientes. Também tivemos dificuldade na execução da técnica para realização de episiotomia, episiorrafia ou perineorrafia e na amniotomia. A episiotomia com o tempo foi-se aperfeiçoando; a episiorrafia ou perineorrafia, porque no início era extremamente difícil identificar os bordos da ferida e por onde deveria passar o fio de sutura, foi como uma vitória consegui-lo fazer sozinha na fase final do estágio; quanto à amniotomia, foi a técnica que nos suscitou maior dificuldade e stresse na sua realização. Não foi uma técnica muito aplicada, mas quando acontecia só conseguimos ter sucesso e romper a bolsa amniótica uma ou duas vezes, pelo que consideramos necessário aperfeiçoar esta técnica.

Realizámos 61 partos durante este estágio, dos quais 19 necessitaram da realização de episiotomia, 26 precisaram de sutura, para correção da episiotomia e de pequenas lacerações, e 4 culminaram em partos instrumentados, tendo-se colaborado com o obstetra. O gráfico seguinte apresenta a síntese destas experiências:

Gráfico 2 - Distribuição dos partos de acordo com as suas características



Todas as experiências, umas mais simples que outras, proporcionaram o desenvolvimento ou a aquisição de uma ou várias competências, ajudando-nos no desenvolvimento de uma maior autonomia na ação e na tomada de decisões, face às

situações concretas, enriquecendo-nos, dando-nos segurança e ajudando-nos a desenvolver a nossa capacidade de argumentar. Este trabalho permitiu, também, o desenvolvimento de competências na área de investigação. Considera-se que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério foi executado e fundamentado em evidência científica, tendo em vista a promoção da saúde da mulher, da família e da criança. Fomos, desde o início da formação, motivadas e incentivadas pela escola para a procura da evidência científica que fundamente a nossa prática, o que se tornou um objetivo na realização deste relatório. Ao pesquisar e investigar sobre determinadas práticas encontrámos novos conhecimentos que nos ajudou a melhorar as nossas práticas no local, sendo possível discutir algumas delas com a equipa, proporcionando-se um momento de reflexão, no sentido de promover cuidados de excelência fundamentados cientificamente. Ao longo deste percurso foi nosso objetivo a busca pela melhor evidência, constituindo esta o caminho para o desenvolvimento da Enfermagem, enquanto Ciência, e para a uniformização das práticas, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. No entanto, esta busca foi extremamente complicada pela nossa dificuldade na compreensão da língua inglesa, uma vez que grande parte dos artigos científicos disponíveis nas bases de dados são em inglês. O nosso domínio prevalece no francês e português, encontrando-se menos estudos.

A última parte deste trabalho reflete a problematização de uma temática de interesse para a prática de EESMO, que surgiu em contexto hospitalar e por não corresponder à evidência recente, embora não tenha sido possível implementar as recomendações sugeridas pela revisão, devido ao protocolo institucionalizado, contribuiu para a sensibilização da equipa.

Refletindo sobre este percurso, podemos afirmar que adotámos uma postura construtiva, no sentido em que esteve sempre presente a participação ativa, assídua, interessada e empenhada, bem como, o nosso espírito crítico, a fim de compreender as práticas exercidas e, ao mesmo tempo, contrapor com evidência científica atual. Sendo esta última a que nos orientou para a tomada de decisão, no entanto, visto ter sido uma prática supervisionada, muitas das nossas práticas foram de acordo com os protocolos do serviço.

CONCLUSÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito de estágio profissionalizante no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, num período de um ano letivo, com o intervalo de tempo entre setembro de 2016 a julho de 2017.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio, e descritas neste documento, surgiram no nosso percurso como uma exigência do curso MESMO, determinada pela 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, Artigo nº 37 do Decreto-Lei nº 16/2009 de 4 de Março, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, e adquiriu uma natureza profissional pelo desenvolvimento de competências no contexto da prática profissional.

Ao longo do relatório foram abordadas diferentes componentes do estágio que fizeram parte da nossa atuação no domínio dos cuidados prestados pelo EESMO, que contribuíram para a nossa progressão académica e profissional, no que diz respeito ao ato de cuidar a mulher inserida na família durante os períodos de gravidez, parto, e puerpério, potenciando a saúde materna, detetando e tratando precocemente possíveis complicações, com o objetivo de promover o bem-estar da mulher, do casal, da família e do RN. Deste modo, podemos concluir que desenvolvemos e adquirimos as competências promotoras das práticas emancipatórias do casal no seu papel parental, e do diagnóstico e intervenção de Enfermagem especializada dirigida à mulher e família, para a saúde reprodutora, e em processo de transição para a parentalidade, assumindo toda a responsabilidade pela condução do trabalho de parto e parto, no pós-parto e nos cuidados ao RN nas situações de baixo risco.

O desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, que permitiram um cuidar especializado e de excelência à mulher, RN e família, constituiu-se como o grande objetivo no ensino clínico. O estágio profissionalizante oferece a oportunidade única de colocar o aluno na eminência da prática clínica autónoma. Foi possível enfrentar diferentes situações e alcançar os objetivos propostos inicialmente, através dos diferentes contributos proporcionados por cada uma das componentes que fizeram parte deste estágio: gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado e preparação para a parentalidade.

Estas competências, pilares da prática clínica, foram adquiridas com a supervisão de tutores que concederam responsabilidade e liberdade na execução autónoma, sempre com a máxima segurança para a mulher/casal/RN, permitindo deste modo a humildade de reconhecer o "erro", bem como a sua resolução, e proporcionando o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências profissionais e pessoais. A realização deste estágio proporcionou-nos uma importante oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. A nossa prestação nos cuidados de Saúde Materna e Obstetrícia exigiu-nos um grande domínio de conhecimentos e competências, permitindo-nos acompanhar a mulher/casal numa das mais importantes transições do seu ciclo vital.

A nossa prestação de cuidados, ao longo do estágio, incluiu o preconizado no processo formativo do EESMO, passando pela implementação dos cuidados no acompanhamento da gravidez de risco, pela preparação para o parto, criando expectativas realistas, pela preparação dos casais para a vivência da gravidez e parentalidade, pelo cuidado à mulher/casal durante o TP, parto e pós-parto e pelo cuidado ao RN.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tem como foco de atenção a mulher no âmbito do ciclo reprodutor, atendendo à sua individualidade e às suas necessidades como um ser inserido na sociedade. Assim, o desenvolvimento de competências de EESMO, ao longo do estágio profissionalizante, preconizou os pressupostos expostos no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica.

O processo de investigação desenvolvido no presente relatório teve por base um tema que suscitou a nossa reflexão no decorrer do estágio. Apesar de ser um tema bastante debatido, decidimos desenvolver esta revisão da literatura com o objetivo de fornecer um documento de consulta para o serviço, baseado na evidência científica mais recente, de modo a promover a uniformização das práticas no cuidado ao coto umbilical. Desta investigação podemos concluir que em países desenvolvidos como é o caso de Portugal, sugere-se 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, recomendando-se que seja fornecida esta informação a todas as mães.

Fazendo uma análise de todo o percurso, consideramos que, apesar de nos sentirmos munidas de ferramentas capazes de prestar cuidados específicos à mulher e família no seu ciclo reprodutivo, sabemos que a nossa prática vai exigir sempre um conhecimento baseada na evidência científica atual, o qual nos vai exigir investigação constante ao longo do nosso percurso profissional. Sentimo-nos realizadas, quer profissionalmente quer pessoalmente, por conseguir chegar ao fim deste processo formativo com sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBASZADEH, F.; HAJIZADEH, Z.; JAHANGIRI, M. Comparing the impact of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns. *Pakistan Journal Of Medical Sciences* [Em linha], 2016, vol. 32, nº 1, pp. 239-243. [Consult. 4 Maio 2017]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=993dc891-6418-4aa4-a0bc-ddaba9fe55fd%40sessionmgr101&vid=5&hid=116
- AGHAMOHAMMADI, A.; ZAFARII, M.; MOSLEMI, L. Comparing the Effect of Topical Application of Human Milk and Dry Cord Care on Umbilical Cord Separation Time in Healthy Newborn Infants. *Journal of Pediatrics* [Em linha], 2012, vol. 22, pp. 158-162. [Consult. 14 Abril 2017]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea56e7e2-bc73-4af8-a762-23005c4548e6%40sessionmgr106&vid=8&hid=123
- ALMEIDA, M. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto Contexto Enferm* [Em linha], 2011, ed. 20, pp. 131-7. [consult. 18 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Moderate Caffeine Consumption During Pregnancy* [Em linha]. Washington, Agosto, 2010, nº 462. [consult. 18 Janeiro 2017]. Disponível em: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co462.pdf?dmc=1&ts=20170925T1734044738
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Safe prevention oh the primary cesarean delivery* [Em linha]. Washington, Março, 2014, nº 1. [consult. 18 Julho 2017]. Disponível em: https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20170925T1914462823
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Vaginal birth after previous cesarean delivery.* Practice Bulletin. Obstet Gynecol [Em linha]. 2010; ed. 116, nº 115, pp. 450-63. [consult. 21 Julho 2017]. Disponível em: http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery

- AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *American Academy Pediatrics* [Em linha]. Setembro, 2016, vol. 138, nº 3, pp. 1-7. [Consult. 26 Novembro 2016]. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/3/e20162149.full.pdf
- AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina* [Em linha]. Novembro, 2010, vol. 38, nº 11. [consult. 18 Julho 2017]. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf
- ANTUNES, M. et al. Punção Acidental da Dura e Cefaleia Pós-punção da Dura na População Obstétrica: Oito Anos de Experiência *Acta Med Port* [Em linha]. Abril, 2016, vol. 29, nº 4, pp.268-274. [consult. 18 Abril 2017]. Disponível em: http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6815/4655
- ANDRADE, B.; GAGLIARDO, G. e PÉRET, F. Tromboembolismo venoso no ciclo gravídico puerperal. *Femina* [Em linha]. Novembro, 2009, vol. 37, nº 11, pp. 611-618 [consult. 18 Março 2017]. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n11/a004.pdf
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO. *O plano de parto ou de nascimento ou de preferências de parto* [Em linha]. Setembro, 2015. [consult. 21 Julho 2017]. Disponível em: http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf
- BARBOSA, M.; MOREIRA, S. e FERREIRA, S. Desinfeção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam* [Em linha]. 2017, ed. 33, pp.41-7. [consult. 21 Abril 2017]. Disponível em: http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12022/11319
- BECK, D. et al. *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta* [Em linha]. Save the Children Federation, 2004, pp.1-237. [consult. 21 Abril 2017]. Disponível em: http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf
- BENDIX, J. et al. Recommendations of activity restriction in high-risk pregnancy scenarios: a Danish national survey. *J. Perinat. Med*. [Em linha]. 2015, vol. 43, nº 4, pp. 429–438. [consult. 16 Outubro 2016]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fb36689f-68a3-40be-9de1-8bb14eab2df4%40sessionmgr101&vid=17&hid=129

- BOMFIM, R. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistémica* [Em linha]. Janeiro/Junho, 2012, vol. 1, nº 1, pp. 46-63. [Consult. 2017-01-10]. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/app/biblioteca/pdf/AR500493.pdf
- BORDALO, J. *Aleitamento Materno: Relactação e lactação induzida.* Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade da Beira Interior, 2008. Tese de Mestrado.
- BRAS, J. Como praticar a medicina baseada em evidências. *Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular* [Em linha], 2007, vol. 6, nº 1, pp. 1-4. [consult. 18 Dezembro 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf
- BRITO, M. e GALVÃO, C. Os cuidados de enfermagem no uso da eletrocirurgia. *Rev Gaúcha Enferm* [Em linha]. Junho, 2009, vol. 30, nº 2, pp.319-27. [consult. 18 Dezembro 2016] Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5733/6691
- CANAVARRO, M. C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín* [Em linha], 2010, vol. 37, nº 6, pp.278-84. [consult. 18 Abril 2016] Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12782/art_RENNO_JR_Transtornos_psiquiatricos_no_pos-parto_2010.pdf?sequence=1
- CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais.* Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2011. Tese de doutoramento.
- CARVALHO, A. *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Tese de Mestrado.
- CARVALHO, M. *O Bebé Imaginário, as Memórias dos Cuidados Parentais e as Representações Sonoro-Musicais na Gravidez no Estudo da Representação da Vinculação Materna Pré-Natal e da Orientação para a Maternidade.* Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, 2011. Tese de Doutoramento.
- CARVALHO, M. e ZANGÃO, M. Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras* [Em linha]. 2014, n.º 14, 63-67. [consult. 23 Julho 2017]. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13591/1/APEO-2014-Contributo-do-contacto-pele-a-pele-na-temperatura.pdf
- CASTRO, C. e CENTENO, A. Cuidados básicos no puerpério. In: *Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia* [Em linha]. Hospital de Santa Maria: Bayer Health Care, 2012, 2ª ed., pp. 1-239. [consult. 18 Fevereiro 2017] Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf

- CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE (CEBM). *Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence* [Em linha]. Março, 2009. [consult. 18 Novembro 2016] Disponível em: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/
- CHAWLA, G.; DIWAKAR, K. Comparison of Umbilical Cord Cleansing Using Sterile Water and Povidine IodineSpirit During Early Neonatal Period: A Double Blind Randomized Control Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Em linha], 2015, vol. 9, nº 7. [Consult. 2 Maio 2017]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4573010/pdf/jcdr-9-SC01
- CHIDIEBERE, O. et al. Umbilical Cord Care Practices and Incidence of Febrile Illnesses in the First Month of Life among Newborns- A Population Based Study. *British Journal of Medicine & Medical Research* [Em linha]. 2015, vol. 5, nº 11, pp. 1422-1430. [Consult. 2 Maio 2017]. Disponível em: http://www.journalrepository.org/media/journals/BJMMR_12/2014/Nov/Chidiebere5112014BJMMR14056_1.pdf
- CHICK, N. e MELEIS A. *Transition: a nursing concern* [Em linha]. University of Pennsylvania ScholarlyCommons, Aspen Publication, 1986, p. 237-257. [consult. 23 Janeiro 2017]. Disponível em: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs
- COFFEY, P.; BROWN, S. Umbilical cord-care practices in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Em linha], 2017, vol. 17, nº 68, pp. 1-21. [Consult. 2 Maio 2017]. Disponível em: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3b581efb-f83f-42e1-ad5e-68327bc022bf%40sessionmgr4009&vid=56&hid=4112
- COLMAN, L. e COLMAN, A. *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1973.
- CONCENSOS DE NEONATOLOGIA. *Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae* [Em linha]. 2013, ed. 1, pp. 1-11. [consult. 23 Julho 2017]. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-StreptoB.pdf
- CONCENSOS DE NEONATOLOGIA. *Relatório de consenso sobre a diabetes e gravidez* [Em linha]. Janeiro, 2011, pp. 1-48. [consult. 23 Julho 2017]. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2011-diabetes_gravidez.pdf

- CONCENSOS DE NEONATOLOGIA. *Reanimação do recém-nascido de termo na sala de partos* [Em linha]. 2012, pp. 1-10. [consult. 23 Julho 2017]. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Reanima%C3%A7%C3%A3o%20RN%20Termo%20Sala%20de%20Partos.pdf
- CONCENSOS DE NEONATOLOGIA. *Icterícia Neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo* [Em linha], 2013. [consult. 13 Abril 2017]. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- CONCENSOS DE NEONATOLOGIA. *Consenso clinico: Cuidados cutâneos no recém-nascido* [Em linha], 2014, pp. 1-8. [consult. 13 Abril 2017]. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2014-Pele_RN.pdf
- CORREIA, M. et al. *A Psicologia na saúde da mulher e da criança: intervenções, práticas, e contextos numa maternidade.* Lisboa: Placebo Editora, Lda. 1ª edição. Novembro, 2012.
- COUTO, C. e CARNEIRO, M. Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global* [Em linha]. Julho, 2017, nº 47, pp. 552-563. [consult. 13 Agosto 2017]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=a0e8cb04-37ed-44ed-a2bd-b5e36e3087a0%40sessionmgr104
- COVAS, M. et al. Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado*. Arch Argent Pediatr, Scielo* [Em linha], 2011, vol. 109, nº 4, pp. 305-313. [Consult. 3 Maio 2017]. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v109n4/v109n4a05.pdf
- CRAIG J. e SMYTH R. *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.
- CUBAL, A.; PEREIRA, S. Parto pré-termo: rastreio e prevenção. *Acta Obstet Ginecol Port* [Em linha]. 2014, vol. 8, nº 3, pp. 276-282. [Consult. 16 Outubro 2016]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/13-aogp-d-14-00082.pdf
- CULLUM N., et al. *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DECRETO-LEI nº 322/87. D. R. I Série. N.º 197 (28-08-1987), pp. 3332.
- DECRETO-LEI nº 16/2009. D. R. *I Série* N.º 9 (14-01-2009), PP. 268-273.
- DIAS, A. *A tomada de decisão autónoma em enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, 2012. Tese de Mestrado.

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2007. [consult. 23 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Alimentação e nutrição na gravidez. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.* [Em linha]. Lisboa: Março, 2015, pp.1-27. [consult. 23 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaonagravidez.pdf
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco* [Em linha]. Lisboa: Novembro, 2015, pp. 1-111. [consult. 23 Fevereiro 2017]. Disponível em: https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Relatório de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez* [Em linha]. Lisboa. Julho, 2013, pp. 1-16. [consult. 18 Outubro 2016]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1LcwG4iRxQoJ:www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/relatorio-de-analise-das-complicacoes-relacionadas-com-a-interrupcao-da-gravidez-2011-2012-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Trabalho de parto estacionário*. Orientação da Direção Geral de Saúde* [Em linha]. Lisboa, Janeiro, 2015, pp. 1-3. [consult. 18 Julho 2017]. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Parto vaginal após cesariana. *Orientação da Direção Geral de Saúde* [Em linha]. Janeiro, 2015, nº 003/2015 pp.1-3 [consult. 28 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n32015-de-19012015-parto-vaginal-apos-cesariana.aspx
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Contraceção no pós-parto. *Orientação da Direção Geral de Saúde* [Em linha], 2008, pp. 51-58. [onsult. 22 Abril 2017]. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/planeamento-familiar--contracepcao/contracepcao-no-pos-parto-.aspx

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Profilaxia da Isoimunização Rh. *Orientação da Direção Geral de Saúde* [Em linha]. Janeiro, 2007. [onsult. 22 Abril 2017]. Disponível em: http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20materna/Profilaxia%20da%20Isoimuniza%C3%A7%C3%A3o%20Rh.pdf
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Programa Nacional de Vacinação 2017. *Orientação da Direção Geral de Saúde* [Em linha]. Julho, 2017. . [onsult. 22 Abril 2017]. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx
- DOMINGUES, A. *Parto Prematuro Estudo Epidemiológico e Genético, O envolvimento do gene HBD1.* Universidade de Coimbra. Julho, 2014. Tese de Doutoramento.
- DOUDOU, H. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: perceções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Em linha]. Abril/Junho, 2014, vol. 18, nº 2. [consult. 23 Julho 2017] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf
- ERENEL, A. et al. Comparison of Olive Oil and Dry-Clean Keeping Methods in Umbilical Cord Care as Microbiological. *Matern Child Health* [Em linha]. 2010, nº 14, pp. 999-1004 [Consult. 12 Novembro 2016]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea56e7e2-bc73-4af8-a762-23005c4548e6%40sessionmgr106&vid=46&hid=123
- FEBRASCO. *Manual de aleitamento materno* [Em linha]. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015, 3ª ed., pp.1-168. [consult. 23 Abril 2017] Disponível em: http://epuroevidro.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Manual_Aleitamento_Materno_25NOV_AF.pdf
- FELGUEIRAS, M. e GRAÇA,L. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. Dezembro, 2013, n.º 11, pp. 77-84. [consult. 23 Janeiro 2017] Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn11/serIIIn11a09.pdf
- FERNANDES, J.; MACHADO, M. e OLIVEIRA, Z. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol* [Em linha]. 2011, vol. 86, nº 1, pp.102-10. [consult. 15 Abril 2017] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf
- FILHO, J. A resiliência e seus desdobramentos: a resiliência familiar. *Psicologia.pt Portal dos psicológicos* [Em linha]. Julho, 2014, pp. 1-15. [consult. 23 Janeiro 2017] Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0806.pdf

- FONSECA, S. *Ansiedade nas Grávidas: Prevalência e Fatores Associados*. Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas, 2012. Dissertação de Mestrado.
- GATHWALA, G.; SHARMA, D.; BHAKHRI, B.K. Effect of Topical Application of Chlorhexidine for Umbilical Cord Care in Comparison with Conventional Dry Cord Care on the Risk of Neonatal Sepsis: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, *Oxford* Academy [Em linha]. 2013, vol. 59, nº 3, pp. 209-213. [Consult. 7 Maio 2017]. Disponível em: https://academic.oup.com/tropej/article/59/3/209/1668507/Effect-of-Topical-Application-of-Chlorhexidine-for
- GALVÃO, C., SAWADA, N. e ROSSI, L. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Junho, 2002, vol. 10, nº 5. [consult. 18 Dezembro 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- GERANMAYEH, M. et al. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet* [Em linha]. Janeiro, 2012, vol. 285, nº 1, pp. 77-81. [consult. 29 Julho 2017] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21614497
- GOLSHAN, M.; HOSSEIN, N. Impact of ethanol, dry care and human milk on the time for umbilical cord separation. *Department of Pediatric, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services* [Em linha], 2013. [Consult. 14 Abril 2017]. Disponível em: http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/4628.pdf
- GOUVEIA, C. e ÓRFÃO, A. Problemas comuns da amamentação. *Rev Port Clin Geral* [Em linha]. 2009, vol. 25, pp. 370-5. [consult. 12 Abril 2017] Disponível em: http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10634/10370
- GRIVELL, R. et al. Antenatal cardiotocography for fetal assessement (Review). C*ochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. Edição 9. 2015. [consult. 10 Janeiro 2017]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007863.pub4/epdf
- IMDAD, A. et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha], 2013, ed. 5, pp.1-110. [Consult. 22 Abril 2017]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008635.pub2/epdf
- IMDAD, A. et al. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis.

BioMed Central Public Health [Em linha], 2013, vol 13, nº 3, pp. 1-11. [Consult. 4 Maio 2017]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=104659f8-f2b4-48f7-9f39-df7230adaa5d%40sessionmgr102&vid=137&hid=124

- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). *Essential competencies for basic midwifery practice* [Em linha], 2013, pp. 1-19. [consult. 19 Fevereiro 2017]. Disponível em: http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *ICNP Browser* [Em linha], 2017. [consult. 01 Janeiro 2017] Disponível em: http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html
- INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS (FIGO). *The 2015 FIGO classification of intrapartum cardiotocography: differences to the STAN classification* [Em linha]. Outubro, 2015. [consult. 17 Janeiro 2017] Disponível em: http://www.neoventa.com/2015/12/the-2015-figo-classification-of-intrapartum-cardiotocography-differences-to-the-stan-classification/
- JOVELL, A. e NAVARRO-RUBIO, M. Evaluación de la evidencia científica. *Medicina Clinic* [Em linha], 1995, vol. 105, nº 19, pp. 740-3. [consult. 20 Dezembro 2016] Disponível em: http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/Evaluacion_de_la_evidencia_cientifica.pdf
- KOCH, C. *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem.* Instituo Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de Doutoramento.
- LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. 2013, ed. 10. [consult. 17 Julho 2017]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/epdf/abstract
- LEVY, L. e BÉRTOLO, H. *Manual de aleitamento materno* [Em linha]. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2012. [consult. 17 Abril 2017]. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf
- LOBO, I.; MACHADO, S. e SELORES, M. Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido. *NASCER E CRESCER revista do hospital de crianças maria pia* [Em linha]. 2009, vol XVIII, n.º 1, pp. 19-24. [consult. 17 Abril 2017]. Disponível em:

http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1231/1/AlteracoesCutaneas_18-1.pdf

- LOURENÇO, I. *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé*. Universidade de Évora, 2013. Tese de Mestrado.
- LOWDERMILK, D. e PERRY, S. – *Enfermagem na Maternidade*. Edição 7. Camarate: Lusodidacta, 2008.
- LUIS, S. *Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão.* Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014. Dissertação de Mestrado.
- MACEDO, M. *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Universidade de Aveiro, 2012. Tese de Mestrado.
- MACHADO, J. *O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido – Uma revisão integrativa da literatura.* Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Relatório de Estágio.
- MAGALHÃES, S. *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.
- MALONI, J. Antepartum Bed Rest for Pregnancy Complications: Efficacy and Safety for reventing Preterm Birth. *Biol Res Nurs OnlineFirst* [Em linha]. Agosto, 2010, pp. 1-19. [Consult. 2015-10-23]. Disponível em: http://www.mamasonbedrest.com/wp-content/uploads/2010/03/2010-Bio-Res-Nrsg-AP-BR-PTB.pdf
- MARTINS C. et al. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm* [Em linha]. Julho 2006, vol. 15, nº 3, pp. 472-8. [consult. 10 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12
- MARTINS, M. e SANTANA, L. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente* [Em linha]. Junho, 2013, vol.1, nº 3, pp. 87-97. [consult. 10 Março 2017]. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/763/443
- MATOS, T. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília [Em linha]. Novembro/Dezembro, 2010, vol. 63, nº 6, pp. 998-1004. [consult. 10 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf
- MENDES DA GRAÇA, L. et al. *Medicina Materno-Fetal.* Edição 4. Lisboa: Lidel, 2010.
- MENDES, K.; SILVEIRA, R. e GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Em

linha]. Outubro/Dezembro, 2008, vol. 17, nº 4, pp. 758-64. [consult. 10 Dezembro 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico* [Em linha]. Edição 5, Brasília, 2012. [consult. 23 Janeiro 2017]. Disponivel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- MINISTRY OF HEALTH. *Guideline: Maternity - Fetal Heart Rate Monitoring* [Em linha]. Sydney: Ministry of Health, 2016. [consult. 19 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2016_001.pdf
- MIRANDA, J. et al. Evidence for umbilical stump care practices: integrative review. *Journal of Nursing* [Em linha]. Fevereiro, 2016, nº10, pp. 821-9. [consult. 12 Novembro 2016]. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fea9f144-8e89-4294-8c4e-b0e0b3259c58%40sessionmgr102&vid=16&hid=129
- MONTEIRO, M. *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento.* Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.
- MONTENEGRO, C. e REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. Edição 13. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.
- MOURÃO, C. *Tomada de decisão em enfermeiros experientes e não experientes. Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. Lisboa, 2009. Tese de Mestrado.
- MULLANY et al - Chlorhexidine Cleansing of the Umbilical Cord and Separation Time: A Cluster-Randomized Trial. *American Academy of Pediatrics* [Em linha], 2013. [Consult. 22 Abril 2017]. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/131/4/708.full.pdf
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Preterm labour and birth. NICE guideline: short version* [Em linha]. Junho, 2015, pp. 1-38. [consult. 29 Outubro 2016]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/NG25/documents/preterm-labour-and-birth-draft-guideline-nice2
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Jaunice in newborn babies under 28 days* [Em linha]. Outubro, 2016. [consult. 6 Março 2017]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/chapter/Recommendations
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Postnatal care up to 8 weeks after birth* [Em linha]. Fevereiro, 2015. [consult. 20 Março 2017]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-recommendations

- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline* [Em linha]. Fevereiro, 2017, pp. 1-89. [consult. 29 Julho 2017]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations
- NETO, C.; SOUZA, A.; AMORIM, M. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Em linha]. Julho, 2010, vol. 32, nº 9, pp. 459-68 [consult. 29 Novembro 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n9/v32n9a08.pdf
- NUNES, P. Experiência auditiva no meio intra-uterino. *Psicologia.pt Portal dos psicológicos* [Em linha]. Janeiro, 2010, pp. 1-15. [Consult. 24 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0157.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010 [consult. 19 setembro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Abril, 2006. [consult. 19 Janeiro 2016]. Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Parecer nº 16: Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico eletrónico externo em consulta de vigilância pré-natal* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro, 2011. [consult. 19 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer16_MCEESMO.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Livro de bolso de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia / Parteiras* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [consult. 19 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Parecer nº 23: Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro, 2011. [consult. 19 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Guia Orientador de Boas Práticas cuidados À Pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação* [Em linha]. Dezembro, 2013, série 1, nº7, pp. 1-76. [consult. 19 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) e ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). *Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada* [Em linha]. Maio, 2012. [consult. 19 Julho 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Les naissances prématurées* [Em linha]. Novembro, 2015. [Consult. 17 Outubro 2016]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infeções maternas no período periparto* [Em linha]. Genebra, 2015. [consult. 17 Outubro 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205681/4/WHO_RHR_16.01_por.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto* [Em linha]. Abril, 2015. [consult. 17 Julho 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Care in normal birth: a practical guide* [Em linha]. Genebra, 1996, pp. 1-54. [consult. 17 Julho 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil* [Em linha], 2013. [consult. 19 Julho 2017]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2114934/mod_resource/content/1/Corte%20do%20cord%C3%A3o%20e%20anemia%20WHO_RHR_14.19_por.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Allaitement maternel* [Em linha], 2017. [consult. 19 Abril 2017]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn* [Em linha]. Genebra, 2013, pp. 1-62. [consult. 19 Maio 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO framework convention on tobacco control: report by the Chair of the Intergovernmental Negotiating Body* [Em linha]. Genebra: OMS, 2003, pp. 1-9. [consult. 19 Maio 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56id7r1.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento de hemorragia pós-parto* [Em linha]. Genebra: OMS, 2014, pp. 1-41. [consult. 19 Fevereiro 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf
- OZDEMIR, H. et al. Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. *The Journal Infection in Developing Countries* [Em linha], 2017, vol. 11, nº 2, pp. 152-157. [Consult. 18 Abril 2017]. Disponível em [http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da2e6b9e-92da-452c-b04d-38d0c4556266%40sessionmgr4007&vid=12&hid=4201]
- PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática Profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm* [Em linha]. Novembro, 2009, vol.14, nº4, pp. 760-763. [consult. 18 Dezembro 2016] Disponível em: https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%AAncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf
- PEREIRA, R.; FRANCO, S.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [Em linha]. Maio/Junho, 2011, vol. 61, nº 3. [consult. 20 Julho 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf
- PEREIRA, L et al. Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: Haverá lugar para a PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus). *Revista do clube de anestesia regional* [Em linha]. Julho/Agosto/Setembro, 2014, nª 74. [consult. 26 Julho 2017]. Disponível em: http://www.anestesiaregional.com/uploads/media_items/revista-car-n%C2%BA-74.original.pdf
- PISSOLATO, L. et al. Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Rev Fund Care* [Em linha]. Julho/Setembro, 2016, vol. 8, nº 3, pp.4674-4680. [consult. 23 Abril 2017]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4236/pdf_1
- PORTO, A.; AMORIM, M.; SOUZA, A. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina* [Em linha]. Outubro, 2010, vol. 38, nº 10. [Consult. 17 Julho 2017]. Disponível em:

http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf

- QUATTRIN, R. et al. 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care. *Medicine* [Em linha], 2016, vol. 95, nº 14, pp. 1-5. [Consult. 12 Abril 2017]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998765/
- RODRIGUES, D. et al. *Cuidados ao binómio mãe-filho no puerpério imediato: estudo descritivo* [Em linha]. Junho, 2014, vol. 13 nº 2, pp. 227-38. [consult. 26 Março 2017]. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852014000200012
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. *The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance* [Em linha]. Londres, 2001, nº 8, pp. 1-136. [consult. 20 Julho 2017]. Disponível em: http://www.ctgutbildning.se/Course/referenser/referenser/RCOG%202001.pdf
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Evidence Based Guidelinesfor Midwifery-Led Care in Labour: Positions for Labour and Birt* [Em linha]. Londres, 2012, pp. 1-9. [consult. 21 Julho 2017]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. How to provide postnatal perineal care. *Midwives magazine* [Em linha], 2013. [consult. 21 Fevereiro 2017]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/how-to-provide-postnatal-perineal-care
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Management of the umbilical cord – a guide to best care. *Midwives magazine* [Em linha]. Julho, 2003. [Consult. 12 Novembro 2016]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/management-of-the-umbilical-cord-%E2%80%93-a-guide-to-best-care
- SAEIDI, R. et al. Effect of Topical Application of Aloe Vera Gel on Umbilical Cord Stump: A Clinical Trial. *Iranian Journal of Neonatology* [Em linha], 2016, vol. 7, Ed. 4. [Consult. 10 Maio 2017]. Disponível em: http://ijn.mums.ac.ir/article_7865_db93fbd80855c770e8591f497f29e68f.pdf
- SANTO, C. As competências dos enfermeiros e as práticas de enfermagem: contributos para a mudança. *Revista Referência* [Em linha]. Novembro, 1999, nº 3, pp. 53-58. [consult. 10 Janeiro 2017]. Disponível em:

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=107&codigo=

- SANTOS, C.; PIMENTA, C. e NOBRE, M. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem* [Em linha]. Maio/ Junho, 2007, vol. 15, nº 3. [consult. 21 Dezembro 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
- SEABRA, J. O choro do bebé. *Psicologia. pt, o portal dos psicólogos* [Em linha]. Novembro, 2009, pp. 1-16. [consult. 10 Abril 2017]. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf
- SEMRAU, K. et al. Effectiveness of 4% chlorhexidine umbilical cord care on neonatal mortality in Southern Province, Zambia (ZamCAT): a cluster-randomised controlled trial. *Elsevier Ltd* [Em linha], 2016, vol. 4, pp. 827-36. [Consult. 6 Maio 2017]. Disponível em: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(16)30215-7.pdf
- SILVA, A. *Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências Da Educação, Universidade de Coimbra, 2011. Tese de Mestrado.
- SILVA, A.; NOBREGA, M. e MACEDO, W. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. *Revista Eletrónica de Enfermagem* [Em linha]. Junho, 2012. [consult. 10 Abril 2017]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a06.htm
- SILVA, L. et al. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS* [Em linha]. Porto Alegre. Outubro/Dezembro, 2009, vol. 53, nº 4, pp. 354-360. [Consult. 25 Outubro 2016]. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/53-04/08-445_fatores_de_risco.pdf
- SILVA, S. *Icterícia Neonatal.* Faculdade de medicina, Universidade do Porto, 2011. Tese de Mestrado.
- SILVA, S. *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stresse e suporte social*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, 2012. Dissertação de Mestrado.
- SINHA, A. et al - Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. 2015, ed. 3, pp.1-57. [Consult. 12 Novembro 2016]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007835.pub2/epdf

- SOSA, CG. et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing pretermbirth. C*ochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. 2015, ed. 3, pp. 1-21. [consult. 17 Outubro 2016]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003581.pub3/epdf
- SOUSA, A. *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem.* Instituto de Ciência da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2015. Tese de Doutoramento.
- TEIXEIRA, A.; ROCHA, G. e GUIMARÃES, H. Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria* [Em linha]. Janeiro, 2008, vol. 38, nº 6, pp. 250-6. [consult. 26 Julho 2017]. Disponível em: http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4718/3536
- TEIXEIRA, C. et al. *Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos*. *Texto Contexto Enferm, Scielo* [Em linha]. Outubro/Dezembro, 2015, vol. 24, nº 4, pp. 1071-8. [consult. 10 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf
- THE WORLD BANK. *World Bank country and lending groups* [Em linha]. Washington: The World Bank Group, 2017 [consult. 25 Maio 2017]. Disponível em: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups
- VAZIRI, F. et al. Spontaneous Pushing in Lateral Position versus Valsalva Maneuver During Second Stage of Labor on Maternal and Fetal Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Pediatrics* [Em linha]. Agosto, 2016, vol. 18, nº 10, ed. 29279, pp. 1-9. [consult. 23 Julho 2017]. Disponível em: file:///C:/Users/Susana/Downloads/ircmj-18-10-29279%20(1).pdf
- WALDIMIR, C. *Coleção Manuais para Provas e Concursos em Enfermagem.* Editora Sanar, 2015, 1ª edição. 282 páginas.[consult. 2017-01-17] Disponível em: https://www.editora2b.com.br/images/p/Cap%C3%ADtulo%201.pdf
- WEI, S. et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). C*ochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. Julho, 2013, ed. 8, pp. 1-75. [consult. 25 Julho 2017]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006794.pub4/epdf
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Em linha]. Dezembro, 2005, vol. 52, nº 5, pp.546-53. [consult. 28 Abril 2017]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861

- YUNES, M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo* [Em linha]. Junho, 2003, pp. 75-84. [consult. 23 Janeiro 2017] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10

ANEXOS

ANEXO I – PROTOCOLO: RASTREIO, DIAGNÓSICO E ORIENTAÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

PROTOCOLO:
RASTREIO, DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

(elaborado por Cristina Oliveira e Anabela Ferreira em Novembro 2003 – revisto por Juliana Rocha em Novembro 2012)

Definições

- **Parto pré-termo (PPT)** – aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação; contracções uterinas com frequência de 4 em 20 minutos ou 8 em 60 minutos, e alterações do colo uterino. Se, dilatação > 3 cm, extinção ≥ 80% - **trabalho de parto pré-termo (TPPT)**
- **Ameaça de parto pré-termo (APPT)** – contracções uterinas frequentes e regulares, com formação do segmento inferior, mas sem repercussão a nível cervical
- **Falso parto pré-termo** – contractilidade uterina durante 2-4 horas mas sem desenvolvimento do segmento inferior e sem alterações do colo; cessa espontaneamente

Rastreio e Diagnóstico de trabalho de parto pré-termo

Indicações

- entre 24 e 33 sem+6 dias
- clínica de APPT:
  - dores abdominais /lombares sugestivas de CU rítmicas e persistentes
  - sensação de peso pélvico
  - expulsão do rolhão mucoso
  - hemorragia escassa
- CTG com 4 contracções uterinas em 20 min ou 8 contracções uterinas em 60 min
- ausência de RPM ou TPPT

Procedimentos

- Realização de cardiotocografia
- Teste de FFN* (excepto se: hemorragia vaginal moderada/grave, toque vaginal, coito vaginal, citologia cervico-vaginal, ecografia transvaginal nas últimas 24 horas, candidíase vaginal ou tratamento tópico)
  - Exame com espéculo, sem lubrificante
  - Colheita de exsudado cervico-vaginal (rodar zaragatoa durante 10 segundos no fundo de saco vaginal posterior)
  - Imergir zaragatoa no tubo do teste, quebrar zaragatoa, fixá-la na tampa e fechar o tubo
  - Toque vaginal – se TPPT – rejeitar o tubo e não prosseguir com o teste
  - Medição ecográfica do comprimento do colo
    - ❖ Colo >30 mm ou <20mm – rejeitar tubo e não prosseguir com o teste
    - ❖ Colo 20-30 mm – inserir tira-teste no tubo e remover após 10 minutos; efectuar leitura: 2 linhas → teste positivo; 1 linha → teste negativo; ϕ linhas → teste inválido.

Orientação clínica

- Se RPM pré-termo ► internar e seguir protocolo
- Se TPPT ► internar e seguir protocolo
- Se colo >30 mm ► alta;
- Se colo 20-30 mm e teste FFN negativo ► alta; persistência dos sintomas, repetir dentro de 2 semanas
- Se colo 20-30mm e teste FFN positivo ► internamento; CTG 2X/dia; repouso
- Se colo <20mm ► internamento; CTG 2X/dia; repouso

*** teste de fibronectina fetal – ainda não disponível no Serviço**

Metodologia para medição ecocárdiográfica transvaginal cervical

- Bexiga vazia
- Visualização completa do canal cervical
- Mínima pressão na sonda
- Corte longitudinal
- Para colos encurvados: dividir colo em segmentos rectos e somar esses valores para obter o comprimento cervical total
- Máxima ampliação possível (75%)
- Efectuar 3 medições e utilizar a mais curta

Orientação de parto pré-termo

- Contactar neonatologista
- Internar
- Colher exsudado cervicovaginal e urina para ex bacteriológico e rastreio de Strep β hemolítico
- Repouso no leito
- Hidratação
- Iniciar profilaxia de infecção por Strep β hemolítico – segundo Protocolo
- CTG contínuo
- Se gestação > 34 semanas, não diferir o parto
- Se gestação 24 – 33 sem + 6 dias:
  - Iniciar maturação pulmonar fetal (betametasona 12 mg im, 24/24 horas, 2 tomas)
  - Tocólise (contra-indicações: patologia materna grave, patologia fetal, corioamnionite) - ***< 28 semanas: Nifedipina; ≥ 28 semanas Atosiban***

ATOSIBAN (administração por via ev em 3 fases)			
fase	**Regime**	**ritmo de perfusão**	**Dose**
1	bolus ev 0,9 ml	> 1 minuto	6,75 mg
2	3 h de perfusão de carga	24 ml/h*	18 mg/ h
3	perfusão até 24 horas	8 ml/h*	6 mg/h
efeitos laterais: náuseas, vómitos, cefaleias, tonturas; *2 frascos de 5 ml diluídos em 90 ml de soro fisiológico			

NIFEDIPINA

- Por via oral, 30 mg seguido de 10 a 20 mg de 4/4 h ou de 6/6 horas
- **Efeitos laterais**: hipotensão, astenia, alterações vasomotoras
- **Contra-indicações**: insuficiência cardíaca congestiva, estenose aórtica

ANEXO II – PROTOCOLO: ORIENTAÇÃO CLÍNICA NA PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA

POTOCOLO:
ORIENTAÇÃO CLÍNICA NA PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA

(elaborado por Anabela Ferreira - Fevereiro 2007)

definições

hipertensão - TAS ≥ 140 mm Hg e/ou TAD ≥ 90 mm Hg, em pelo menos 2 medições
proteinúria - 300 mg em urina de 24 horas ou ≥ 30 mg/dl em amostra de urina, sem ITU
hipertensão crónica - hipertensão anterior à gravidez, ou que surge antes das 20 semanas, ou hipertensão que surge pela primeira vez na gravidez e não desaparece no pós-parto
hipertensão gestacional - surge pela primeira vez após as 20 semanas de gravidez, sem proteinúria, e desaparece após o parto
pré-eclâmpsia - hipertensão e proteinúria após as 20 semanas em mulheres previamente normotensas; em caso de doença neoplásica do trofoblasto ou lúpus pode ocorrer antes das 20 sem
pré-eclâmpsia/eclâmpsia sobreposta a hipertensão crónica - aparecimento de proteinúria de novo em grávida com hipertensão crónica
pré-eclâmpsia moderada - sem critérios de severidade
pré-eclâmpsia grave:

- TAS ≥ 160 mm Hg ou TAD ≥ 110 mm Hg
- proteinúria ≥ 3 g / 24 horas, ou 3+ na amostra
- oligúria (< 500 ml/24 h)
- alterações cerebrais ou visuais (cefaleias, alt. consciência, escotomas, visão turva)
- dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdómen
- RCIU
- trombocitopenia
- disfunção hepatocelular (↑ DHL, ↑ TGO, ↑ TGP)
- evidência de hemólise (DHL > 600 UI/L, esquizócitos no sangue periférico)
- creatinina sérica > 8 mg/dl e clearance da creatinina < 60 mg/dl

eclâmpsia - convulsões em grávidas com critérios de pré-eclâmpsia e sem doença neurológica

pré-eclâmpsia moderada

- **internamento**
- **tratamento expectante**
  - repouso relativo no leito
  - TA 4/4 h, proteinúria diária
  - vigilância diária de peso e diurese
  - estudo analítico (hemograma, f. renal e hepática, proteinúria 24 h, clearance creatinina e est. coagulação) de 2/2 dias
  - fundoscopia semanal
  - ecografia para estimativa de peso de 2/2 semanas
  - perfil biofísico fetal 2X/semana
  - CTG diário
- **indução da maturidade pulmonar** se < 34 sem

- **programar parto se**
  - idade gestacional > 36 sem
  - evidência de maturidade pulmonar fetal
  - agravamento da situação materna (pré-eclâmpsia grave / eclâmpsia)

pré-eclâmpsia grave

- **princípios**
  - tratamento individualizado
  - abordagem multidisciplinar (obstetras, anestesistas, intensivistas)
  - tratamento de suporte da mãe e feto até ao parto
  - a decisão depende da idade gestacional e do estado materno e fetal
- **medidas imediatas**
  - prevenção das convulsões
  - controle da hipertensão (TAD entre 90 e 100 mm Hg)
  - manutenção do balanço hídrico
  - indução da maturidade pulmonar, se < 34 semanas

- **tratamento expectante**
  - repouso no leito
  - balanço hídrico
  - TA 4/4 horas, proteinúria diária, peso
  - vigilância diária de sinais de alarme
    - estudo analítico diário (hemograma, f. renal e hepática e est. coagulação)
  - ecografia para estim. de peso de 2/2 sem
  - perfil biofísico 3X / sem (diário se RCIU ou oligoâmnio)
  - CTG 2X /dia

- **programar parto se**
  - sinais e sintomas de eclâmpsia eminente
  - descompensação materna ou fetal
  - evidência de maturidade pulmonar fetal
  - idade gestacional > 34 ou < 25 semanas

- **via de parto**
  - decisão individualizada
  - cesariana se condições maternas e/ou fetais graves, pré-termo e I. Bishop desfavorável
- **transferência para a UCIP**
  - falência multi-orgânica
  - função miocárdica comprometida
  - oligúria persistente
  - edema agudo do pulmão
  - eclâmpsia recorrente
  - hipertensão resistente à terapêutica

terapêutica anti-hipertensora

- **princípios**
  - iniciar tratamento se TAS ≥ 170 mm Hg ou TAD ≥ 110 mm Hg
  - objectivo : manter TAD ≥ 90 mm Hg e ≤ 100 mm Hg
- **terapêutica**
  - *labetalol* (5 mg/ml de cloridrato, amp de 25 ml)
    - ∞ bolus de 20 mg ev lento seguido de 40 mg após 10 min, se necessário; depois 80 mg de 10/10 min até máx de 300 mg, ou perfusão ev contínua 2 mg/min
  - *nifedipina* (cáps 10 mg)
    - ∞ 10 mg per os 6 / 6 horas
    - ∞ atenção à administração concomitante de sulfato de magnésio, pelo risco de resposta hipotensiva exagerada devido ao potencial efeito sinérgico
- **puerpério**
  - manter terapêutica anti-hipertensora se TAD ≥ 105 mm Hg nas primeiras 24 horas
  - se HTA grave persistente > 3-5 dias ⇒ manter terapêutica e rever passado uma semana
  - recomendado: α-metildopa, β-bloqueador ou inibidores dos canais de cálcio; não usar tiazidas e evitar polimedicação

prevenção das convulsões na pré-eclâmpsia

- **indicações**
  - pré-eclâmpsia grave com sinais de eclâmpsia eminente
- **tratamento**
  - *sulfato de magnésio* (amp 10 ml a 50% - 500 mg/ml; amp 10 ml a 20% - 200 mg/ml)
    - ∞ dose de carga: 4 g em 10-15 min (2 amp 20% 1m 100 cc SF)
    - ∞ dose de manutenção: 2-3 g/h (8 amp 50% em 1000 cc SF, 50-75 ml/h)
    - ► manter 24- 48 h pós-parto
- medidas adicionais
  - determinação da magnesemia 2, 6, 12 e 24 h após o bólus inicial e ajustar o ritmo de perfusão de modo a manter níveis de 5-8 mg/dl
  - vigilância de reflexos rotulianos, débito urinário e frequência respiratória de 4/4 h
  - sinais de toxicidade:
    - ∞ diurese < 100 ml/4 h
    - ∞ ausência de reflexos rotulianos
    - ∞ depressão respiratória (< 12 ciclos/min)
    - ∞ náuseas, flushing, sonolência, astenia, diplopia (magnesemia 9-12 mg/dl)
    - ∞ paralisia muscular e paragem respiratória (magnesemia 15-17 mg/dl)
    - ∞ paragem cardíaca (magnesemia 30-35 mg/dl)
  - se sinais de toxicidade do sulfato de magnésio:
    - ∞ diminuir/suspender perfusão
    - ∞ corrigir oligúria (500 + 500 ml SF durante 60 min)
    - ∞ oxigenioterapia
    - ∞ gluconato de cálcio (1 amp 10 ml 10% durante 10 min)
    - ∞ entubar e ventilar

ECLÂMPSIA

- **estabilização da grávida**
  - controlar as convulsões
  - tratamento anti-hipertensor
  - correcção da hipoxia
- **após estabilização da grávida**
  - terminação da gravidez
  - ponderar profilaxia de tromboembolismo
  - no pós-parto - obrigatória transferência para a UCIP durante, pelo menos, 24 horas
- **tratamento anti-convulsivo**
  - evitar polimedicação (> risco de paragem respiratória)
  - sulfato de magnésio (1ª linha)
    - dose de carga (4 g ev lento em 10 min)
    - dose de manutenção (2-3 g / h)
    - dose de reforço se persistência de convulsão (2g ev lento - 1 amp 20%)
  - se refractária ao sulfato de magnésio:
    - *diazepam* 10 mg em 10 ml SF ev
    - *amobarbital de sódio* 250 mg ev em 3-5 min
  - se tiver mais convulsões - tratamento com ventilação com pressão positiva intermitente e relaxamento muscular, com necessidade de entubação e protecção da via aérea e oxigenação adequada
- **outras medidas**
  - prevenção de traumatismo materno durante as convulsões
  - manter a doente em DLE após colocação de tubo de Mayo
  - auscultação pulmonar após cada convulsão (excluir aspiração)
  - oxigenoterapia com máscara facial (8L/min)
  - monitorização horária: TA, FR, sat O_2, débito urinário (algaliação) e reflexos rotulianos
  - determinação da magnesemia 2, 6, 12 e 24 horas após o bolus inicial
  - se diurese < 25 ml/h:
    - determinação de magnesemia horária e ajuste da perfusão ev
    - correcção da oligúria (500 + 500 ml SF em 60 min)
  - se níveis tóxicos de magnésio - suspender perfusão e administrar gluconato de cálcio (1 amp 10 ml a 10%)
  - tratamento anti-hipertensor:
    - 1ª linha - labetalol
    - 2ª linha - nifedipina
  - balanço hídrico:
    - perfusão cristalóide de manutenção a 85 ml/h (ou débito urinário na última hora + 30 ml)
    - correcção da hipoalbuminemia - lactato de Ringer (500 + 500 ml) com 50 ml albumina 20% em cada frasco
    - no pós-operatório de cesariana - albumina 50 ml em 500 ml Lactato de Ringer de 8/8 horas
    - diuréticos só se edema pulmonar
    - expansão plasmática com colóides em casos seleccionados
    - monitorização da presssão venosa central em casos seleccionados