

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

STRESSE DECORRENTE DE UM INTERNAMENTO POR COMPLICAÇÕES DA
GRAVIDEZ

Relatório de estágio

Filipa da Silva Vieira

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

STRESSE DECORRENTE DE UM INTERNAMENTO
POR COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ

STRESS CAUSED BY AN HOSPITALIZATION DUE
PREGNANCY COMPLICATIONS

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

Autora: Filipa da Silva Vieira

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por estarem sempre presentes e não me deixarem desanimar nunca.

Por cada abraço nos momentos de maior cansaço, por me incentivarem a fazer cada vez mais e melhor e nunca desistir.

Aos meus irmãos pelo mimo, animo e apoio constante.

Sem vocês os quatro certamente nada disto teria sido possível!

À professora doutora Cândida Koch, pela compreensão, motivação e aprendizagem constante.

À professora Vitória Parreira pelo apoio e orientação.

À enf. Sônia Trevisan pelo apoio e compreensão.

À Sofia pela amizade.

A todas as enfermeiras com quem me cruzei durante esta caminhada, pelas oportunidades de aprendizagem.

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos com os quais me cruzei, o meu muito obrigada.

ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynaecologists

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

cm – Centímetro

CTG – Cardiotocografia/Cardiotocográfica

CU – Contrações Uterinas

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EV – Endovenoso

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPH – Hospital Pedro Hispano

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HTA – Hipertensão Arterial

IG – Idade Gestacional

IRP – Intervenções Resultantes de Prescrição

LA – Líquido Amniótico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPT – Parto Pré-Termo

RCF – Ruídos Cardíacos Fetais

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RCM – Royal College of Midwives

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RM – Rotura de Membranas

RN – Recém-Nascido

SAM – Síndrome de Aspiração Meconial

SBG – Streptococcus Grupo B

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

T – Temperatura Corporal

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo

UI – Unidades Internacionais

WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente documento relata o percurso enquanto estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que decorreu no Hospital Pedro Hispano entre 11 de setembro de 2017 e 20 de julho de 2018. Este relatório reflete a prática baseada na evidência, com recurso às mais variadas bases científicas, o que permite a reflexão e melhoria da prestação de cuidados de saúde especializados na área da saúde materna e obstétrica. Neste relatório estão descritas as experiências vividas ao longo do estágio, bem como uma análise crítico-reflexiva sobre as práticas.

O estágio de natureza profissional desenvolveu-se em três áreas: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade. Em todas as áreas foi possível desenvolver competências no que toca aos cuidados de enfermagem especializados à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido.

No caso das grávidas internadas com complicações decorrentes da gravidez existe um aumento do stresse, o que dificulta a vivência deste processo. No presente relatório é apresentada uma breve revisão da literatura sobre esta temática, pretendendo-se assim contribuir para uma melhoria dos cuidados, minimizando os níveis de stresse associados a uma gravidez com complicações.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Stresse; Gravidez com Complicações

ABSTRACT

The following document reports the passage as a student of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing that took place at Hospital Pedro Hispano between September 11, 2017 and July 20, 2018. This report reflects the practice based on the evidence using the most varied scientific bases, which allows reflection and improvement in the provision of specialized health care in the area of maternal and obstetric health. This report describes the experiences lived during the internship as well as a critical-reflective analysis of the practices.

The internship of a professional nature was developed in three areas: Pregnancy with Complications, Labor and Childbirth and Self-care in Postpartum and Parenting. In all areas, it was possible to develop skills regarding specialized nursing care for pregnant women, women in childbirth, women who had recently given birth and newborns.

In the case of pregnant women hospitalized with complications resulting from pregnancy, there is an increase in stress, which makes it difficult to experience this process. This report presents a brief review of the bibliography about this topic, aiming to contribute to an improvement in care, minimizing the levels of stress associated with a pregnancy with complications.

Keywords: Obstetric Nursing; Nursing care; Stress; Pregnancy with Complications

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	17
1.1 Intervenções na gravidez com complicações	18
1.2 Prática baseada na evidência	24
1.2.1 Definição da problemática	26
1.2.2 Método	28
1.2.3 Apresentação dos artigos selecionados	30
1.2.4 Resultados	36
1.2.5 Conclusão	38
2. TRABALHO DE PARTO E PARTO	41
2.1 Cuidar da mulher/casal no primeiro estadio do trabalho de parto	42
2.2 Cuidar da mulher/casal no segundo estadio do trabalho de parto	51
2.3 Cuidar da mulher/casal no terceiro estadio do trabalho de parto	56
3. PÓS-PARTO E PARENTALIDADE	59
3.1 Avaliação inicial da puérpera e RN	60
3.2 Atividades de diagnóstico/vigilância e promoção do autocuidado da mulher no pós-parto	61
3.2.1 Executar cuidados de higiene e conforto	62
3.2.2 Executar o primeiro levante	63
3.2.3 Monitorizar a dor	64
3.2.4 Vigiar contração e involução uterina e características dos lóquios	65
3.2.5 Vigiar eliminação vesical e intestinal	67
3.2.6 Promover a amamentação	68
3.2.7 Vigiar ingestão nutricional	71
3.2.8 Vigiar estado emocional	72
3.2.9 Cuidados à puérpera com patologia associada	73
3.3 Atividades de vigilância/diagnóstico e promoção da parentalidade	74
3.3.1 Avaliação das competências parentais	75

3.3.1.1	Pele e Mucosas.....	75
3.3.1.2	Estado Nutricional.....	76
3.3.1.3	Eliminação Vesical e Intestinal.....	77
3.3.1.4	Choro.....	78
3.3.1.5	Cuidados de Higiene ao RN.....	79
3.3.2	Cuidar do RN com icterícia.....	81
4.	ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	83
	CONCLUSÃO.....	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise e resultados dos artigos selecionados	35
Quadro 2 – Intervenções que visam diminuir o stresse	39
Quadro 3 – Experiências no serviço de bloco de partos	41
Quadro 4 – Índice de Bishop	48
Quadro 5 – Padrões anómalos de TP	49
Quadro 6 – Número de utentes assistidos durante o estágio de Pós Parto e Parentalidade..	60
Quadro 7 – Experiências vivenciadas durante o estágio	83

INTRODUÇÃO

O regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), contempla a realização de um estágio de natureza profissional bem como a elaboração de um relatório crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas no mesmo, com vista à conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO). É nesse sentido que surge o presente relatório, referente ao ano letivo 2017/2018.

Neste relatório estão espelhadas as atividades desenvolvidas durante os vários ensinamentos clínicos que permitiram a aquisição das competências profissionais para o exercício do papel de enfermeira especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como a justificação das mesmas tendo sempre por base a evidência científica mais atual.

Segundo o regulamento da OE (2012), o enfermeiro especialista é dotado de competências científicas, humanas e técnicas para, além dos cuidados gerais de enfermagem, prestar cuidados especializados na área da sua especialidade. No que concerne à Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e segundo a OE (2010), o EESMO assume tanto intervenções autónomas – no que toca ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo – como intervenções interdependentes, nomeadamente nas situações de risco em que estão envolvidos processos fisiopatológicos. Desta forma, a OE (2010) definiu como competências específicas do EESMO: 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto; 3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; 4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 5. Cuidar do grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Desta forma, todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio visam adquirir e desenvolver as competências anteriormente mencionadas.

O estágio de natureza profissional decorreu no Hospital Pedro Hispano (HPH), de 19 de setembro de 2017 e 21 de julho de 2018, dividido em três módulos: Gravidez com Complicações – desenvolvido no serviço de grávidas de risco, entre 19 de setembro e o dia 15 de dezembro de 2017 – Pós-Parto e Parentalidade – no serviço de puerpério entre dia 18

de dezembro de 2017 e o dia 30 de março de 2018 – e Trabalho de Parto e Parto – desenvolvido no bloco de partos entre 02 de abril de 2018 e 21 de julho de 2018.

Na realização do presente relatório foram tidas em conta as experiências vivenciadas em contexto clínico enquanto estudante da especialidade de saúde materna e obstétrica. Cada ensino clínico permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da saúde materna e obstétrica, bem como a consolidação dos conhecimentos adquiridos anteriormente. É de ressaltar ainda que durante todo este percurso foi dada ênfase ao desenvolvimento de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica mais atualizada.

Todas as intervenções de enfermagem descritas neste relatório estão de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

No contexto do estágio de gravidez com complicações, surgiu a oportunidade de prestar cuidados a mulheres internadas por complicações decorrentes da gravidez, percebendo-se assim que esse fator despoleta o sentimento de stresse. Esta constatação levou a uma investigação e revisão integrativa da literatura sobre a temática e sobre quais as intervenções que o EESMO pode adotar para diminuir o stresse em grávidas internadas com complicações decorrentes da gravidez.

O relatório é constituído por quatro capítulos principais. Optou-se por descrever os acontecimentos pela ordem fisiológica em que acontecem (gravidez – trabalho de parto – pós-parto) e não pela ordem cronológica dos estágios. No primeiro capítulo é descrito o desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações, incluindo um subcapítulo onde se engloba a revisão de literatura realizada sobre as intervenções de enfermagem que contribuem para a diminuição do stresse em grávidas internadas por complicações decorrentes da gravidez. No segundo capítulo são abordadas as competências no âmbito do trabalho de parto e parto. No terceiro capítulo são descritas as competências adquiridas no âmbito da promoção do autocuidado e parentalidade no contexto pós-parto. Por último, no quarto capítulo é apresentada numa análise crítico-reflexiva acerca do percurso de aprendizagem como EESMO e das experiências vividas.

Este relatório foi elaborado segundo as normas de elaboração de dissertação da ESEP, disponíveis para o ano letivo de 2019/2020.

1. GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O estágio desenvolvido no âmbito da gravidez com complicações decorreu no serviço de grávidas de risco do Hospital Pedro Hispano (HPH), entre o dia 19 de setembro e o dia 15 de dezembro de 2017, sempre sob a supervisão de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). O serviço de grávidas de risco do HPH tem uma lotação de 10 camas. Este reduzido número de vagas deve-se ao facto de cada vez mais as grávidas poderem ser tratadas em ambulatório, junto da sua família e das pessoas significativas. Neste serviço são cuidadas grávidas com patologia associada, ou agudizada pela gravidez, e funciona também como apoio ao bloco de partos (BP) para o acompanhamento e vigilância de grávidas submetidas a indução do TP.

Durante este estágio foi possível contactar com grávidas portadoras de diversas patologias, sendo as mais frequentes: colestase gravídica, restrição do crescimento intrauterino (RCIU), pré-eclampsia, ameaça de parto pré-termo (APPT) e hiperémese gravídica. Nesta experiência houve a oportunidade de prestar cuidados a 89 mulheres (26 mulheres a realizarem indução de TP e 63 mulheres com gravidez de alto risco).

A gravidez constitui-se como um evento de vida, fisiológico e biologicamente natural, assim, é espectável que, na maioria das vezes, a sua evolução ocorra sem intercorrências. Contudo, cerca de 20% das gravidezes apresentam maior possibilidade de uma evolução desfavorável, tanto para a mãe como para o bebé, constituindo-se assim como uma gravidez de risco. Este risco, associado à gravidez, pode decorrer da agudização de uma condição de saúde pré-existente ou pelo surgimento de um problema de saúde decorrente da própria gravidez (Tedesco, 2000 cit. por Dourado e Pelloso, 2007). É importante referir que o risco na gravidez poderá surgir a qualquer altura, ou seja, em qualquer um dos trimestres ou mesmo durante o TP. Podemos questionar-nos então sobre qual a utilidade da determinação do risco na gravidez. A determinação do grau de risco permite identificar o grau de vulnerabilidade durante a gestação, parto, puerpério e primeiro ano de vida da criança, revestindo-se assim de grande importância (Gomes, 2001).

Importa ressaltar que uma gravidez de risco não requer obrigatoriamente internamento, cada vez mais os profissionais de saúde procuram empoderar a mulher para que esta seja

capaz de gerir a sua condição de saúde no domicílio, num ambiente familiar. O internamento configura-se como uma medida de último recurso, sempre que a mulher e/ou feto necessitem de uma vigilância mais rigorosa.

Neste capítulo será abordada a temática relacionada com a gravidez de risco, dado que o acompanhamento e vigilância das mulheres a realizarem indução do TP visava essencialmente o bem-estar materno, nomeadamente no que toca ao controlo da dor, e o bem-estar fetal, recorrendo à cardiocotografia. Relativamente ao controlo da dor era dada preferência aos métodos não farmacológicos para o seu alívio como a deambulação, a alternância de posições, o duche de água quente ou a utilização de bola de pilates, bem como o recurso às várias formas de respiração. Caso estes métodos não fossem suficientes para proporcionar bem-estar à mulher era administrada Petidine, de acordo com o protocolo vigente no serviço. A par disto, era avaliada a progressão do TP e era esta mesma avaliação que ditava a transferência da grávida para o BP.

1.1 Intervenções na gravidez com complicações

Num serviço em que os clientes dos cuidados são portadores de alguma patologia e, conseqüentemente, de um maior risco, verifica-se muitas vezes que a atenção dos enfermeiros se foca sobretudo nas condições de saúde/doença e, conseqüentemente, nas intervenções interdependentes, relegando muitas vezes para segundo plano as intervenções autónomas.

De acordo com os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Regulamento das Competências Específicas do EESMO, é assumido que, *o EESMO assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida da mulher.* (OE, 2011 pág. 1). Face a isto, tendo em conta o contexto em que se encontravam as grávidas e as respetivas famílias, reveste-se de extrema

importância privilegiar as intervenções autónomas, que serão abordadas posteriormente, para que sejam prestados cuidados de saúde personalizados e de qualidade.

O acolhimento é uma das intervenções autónomas do EESMO com grande importância quando a grávida é admitida no serviço de grávidas de risco. O acolhimento estabelece o início da relação entre o enfermeiro e a utente e muitas das vezes determina a qualidade da relação terapêutica. Dado que o internamento é um fator gerador de stresse é fulcral ajudar a utente a sentir-se à vontade, calma e segura. Assim, o acolhimento tem como objetivo a transmissão de confiança para facilitar a adaptação da cliente ao novo espaço e à sua nova condição (Silva, 2010).

No momento do acolhimento existem algumas informações a fornecer, nomeadamente, aspetos estruturais do serviço ou da unidade da utente, rotinas e regras do serviço, como por exemplo os horários das refeições, das visitas médicas, das atividades de vigilância, os horários das visitas e a possibilidade de acompanhamento por familiares (Koch, 2014).

Neste contexto, aquando da admissão de uma grávida, apresentava-me como sendo aluna da especialidade em saúde materna e obstétrica (ESMO), apresentava-se o serviço à utente, bem como as regras de funcionamento do mesmo e efetuava-se a recolha dos dados mais relevantes da grávida. Esta colheita de dados era realizada através de entrevista e pela consulta do processo clínico e do boletim de saúde da grávida (BSG). Através da observação do comportamento e postura corporal foi possível perceber-se que, na maioria das situações, as grávidas se encontravam ansiosas face ao internamento por complicações decorrentes da gravidez, ou até mesmo face à gravidez. De facto, a gravidez é um período caracterizado pela ocorrência de múltiplas transformações, que integram processos dinâmicos de construção e desenvolvimento (Canavaro, 2001). A gravidez é uma experiência única na vida de um casal, podendo, contudo, desencadear uma grande vulnerabilidade emocional e, conseqüentemente, estados de grande ansiedade. (Gomes, 2003 cit. por Machado, 2010)

No caso do primeiro filho, a transformação da díade (casal) em tríade, exige uma adaptação gradual com alterações ao nível da vida pessoal, profissional, conjugal e familiar. Por este motivo, a atenção dos EESMO deve direcionar-se não apenas para as transformações fisiológicas e, por vezes patológicas, que ocorrem durante a gravidez, mas também para as transformações emocionais, nomeadamente medo, stresse ou ansiedade. (Santos e Cardoso, 2010)

A mulher, inicialmente, tem que incorporar o feto como parte do seu esquema corporal para que assim compreenda e aceite as mudanças que daí possam advir (alterações físicas e fisiológicas). Nesta altura há uma redefinição de papeis, a mulher deixa de ser apenas

filha e esposa para ser também mãe, podendo resultar alguns conflitos interiores. Com o avançar da gravidez começam a ser perceptíveis os movimentos fetais e a gravidez vai-se tornando cada vez mais real. Neste momento, a ansiedade surge ligada ao medo de malformações fetais. O nível de ansiedade é diretamente proporcional à idade gestacional, à medida que se vai aproximando o parto a ansiedade vai sendo cada vez maior e mais marcada (Cruz, 1990 cit por Lisboa, Loureiro e Lucas, 1995). A ansiedade, inerente à própria gravidez, pode agravar-se perante um evento crítico como seja o caso de um internamento, onde a mulher está fora do seu contexto social e familiar e com medo do desconhecido.

De entre as patologias mais frequentes no serviço de grávidas de risco, durante o estágio, encontrou-se a ameaça de parto pré-termo (APPT). Importa distinguir os conceitos de APPT e trabalho de parto pré-termo (TPPT). A APPT caracteriza-se pela ocorrência de contrações uterinas (CU) rítmicas e regulares antes das 37 semanas de gestação, as quais não produzem repercussões ao nível do cérvix. Já no caso do TPPT, responsável por 75% dos partos pré-termo (PPT), existem CU rítmicas e regulares, antes das 37 semanas de gestação, que se repercutem ao nível do cérvix, tendo como consequência a sua dilatação e extinção (Brittar e Zugaib, 2009). Nestes casos, a nossa intervenção passava por vigiar tanto o bem-estar materno como fetal, efetuando-se a vigilância da contratilidade uterina e a auscultação dos ruídos cardíacos fetais (RCF). Como intervenções resultantes de prescrição (IRP), a administração de tocolíticos como a Nifedipina, 30mg PO, segundo protocolo do serviço, e corticoterapia para maturação pulmonar como a Dexametasona, 6mg IM, segundo protocolo do serviço.

Em casos de APPT é prescrito repouso relativo ou absoluto no leito, apesar de esta ser uma intervenção que não é consensual entre todos os profissionais de saúde. Nestes casos, o repouso no leito é considerado uma das intervenções de primeira linha, contudo é a menos avaliada quanto à sua eficácia (Sousa et al., 2015). Os estudos mais recentes referem que o repouso no leito não traz qualquer benefício no que toca à APPT, sendo esta intervenção prescrita, muitas vezes, para descanso e salvaguarda dos profissionais de saúde. O repouso relativo ou absoluto no leito não é uma intervenção inócua quer para a grávida, quer até mesmo para o feto, pois daqui podem advir problemas físicos como: atrofia muscular, perda de massa muscular, perda de peso materno e diminuição do peso do RN ao nascimento; e ainda problemas psicológicos como: depressão, ansiedade e stresse; assim como problemas ao nível familiar (Maloni, 2011). Wagner e colaboradores (2017) compararam dois procedimentos diferentes no que concerne às situações de APPT, concluindo que uma hospitalização mais curta, associada a tocólise de curta duração e seguida da administração de progesterona, por via vaginal, era mais eficaz do que um

protocolo que incluía permanência hospitalar de longa duração, a administração de β -miméticos, antibióticos e repouso no leito.

A eficácia do repouso no leito para a diminuição de PPT é ainda pouco estudada, e comprovada, pelo que esta intervenção deveria ser prescrita com mais parcimónia (Maloni, 2011).

Nos casos de APPT, a utilização de tocolíticos visa diminuir a contratilidade uterina e, conseqüentemente, manter a gravidez pelo maior tempo possível. Face a este diagnóstico, existem 3 tipos de mecanismos de ação, diferentes, para prolongar a gravidez: os agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores de cálcio, e os antagonistas do recetor de ocitocina. No caso da Nifedipina, utilizada nesta instituição, atua bloqueando os canais de cálcio. Apesar de nas primeiras 48h não contribuírem significativamente para a redução do risco de PPT, demonstram-se eficazes num período de 7 dias, tendo ainda a vantagem de diminuírem a Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) do RN (Brittar e Zugaib, 2009).

Relativamente à maturação pulmonar, de acordo com o protocolo do serviço, o fármaco utilizado era a Dexametasona, em 4 doses de 6mg cada, via intramuscular, com um intervalo de 12h entre cada toma. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) defende que a maturação pulmonar deve ser instituída em todos os casos de APPT, entre as 24 e as 34 semanas de gestação, e apresenta como principais benefícios a diminuição do risco de morte neonatal, de doença da membrana hialina e de hemorragia intraventricular neonatal.

A vigilância da contratilidade uterina era feita através da realização de cardiotocografia (CTG), 1 vez por turno, e pela avaliação das CU percebidas pela grávida.

O CTG é utilizado para a avaliação do bem-estar fetal, importante em gestações de alto risco e tendo por base a análise de registos gráficos da frequência cardíaca fetal (FCF) e do tónus uterino (Namura, Miyadahira e Zugaib, 2009).

Além desta patologia, foi possível cuidar de grávidas com o diagnóstico de colestase gravídica. É uma patologia de origem desconhecida, recorrente e caracterizada por prurido generalizado e que, em casos mais graves, pode associar icterícia. Esta patologia, habitualmente, é mais frequente na segunda metade da gravidez, desaparecendo no puerpério. Nos casos de colestase intra-hepática da gravidez verifica-se quase sempre uma elevação dos níveis séricos das enzimas transaminases hepáticas e dos ácidos biliares. Esta é a segunda causa mais frequente de quadros ictericos na gravidez, sendo superada apenas pelas hepatites virais. (Souza et al., 2014)

A etiologia da colestase gravídica não é totalmente conhecida. Pensa-se que na sua origem possam estar fatores ambientais, geográficos, nutricionais e hormonais. Contudo, a

predisposição genética familiar, com possíveis mutações genéticas, tem sido muito considerada. (Souza et al., 2014)

Esta patologia assume especial relevância na medida em que está associada a maus desfechos obstétricos como PPT, presença de mecónio, bradicardia fetal, sofrimento fetal e até morte fetal. Para evitar o desfecho mais trágico é habitual interromper-se a gravidez às 37 semanas de gestação.

Nos casos de grávidas com colestase gravídica, as intervenções consistiam essencialmente na vigilância do prurido, administração de Prednisolona, de acordo com o protocolo do serviço, para alívio do mesmo e manutenção do bem-estar materno, e ainda administração de Ácido Ursodesoxicólico para controlo dos ácidos biliares (Souza et al., 2014). O controlo dos níveis séricos de ácidos biliares era feito por análise sanguínea, através de punção venosa. Para garantir a vigilância do bem-estar fetal era realizado CTG uma vez por turno.

Houve oportunidade ainda de cuidar de mulheres com hiperémese gravídica.

A náusea é um sintoma muito frequente durante o 1º trimestre da gravidez, ocorrendo em 80-85% das gravidezes, e associa-se ao vômito em 52% dos casos (Amorim, Ferreira e Carrapiço, 2013). A hiperémese gravídica afeta cerca de 0,3% a 1% das grávidas (Boelig et al., 2016). É uma síndrome, caracterizada por náuseas persistentes e vômitos incoercíveis durante o primeiro trimestre de gestação, resultando em distúrbios metabólicos com perda de peso e riscos para a gravidez (Dunker, Alvarenga e Alves, 2009). Estes autores referem que 66% das mulheres com hiperémese gravídica apresentam também um hipertiroidismo transitório e que a severidade do mesmo pode estar correlacionada com os vômitos.

Este quadro de náusea e vômitos incoercíveis tem como principais consequências a perda de peso materno, algumas das gestantes perdem mesmo mais de 5% do seu peso pré-gestacional, a diminuição do crescimento fetal, na medida em que o aporte de nutrientes, nestes casos, fica muito diminuído.

Perante este quadro, as intervenções visavam o conforto e o bem-estar materno, e, neste sentido, eram administrados antieméticos para reduzir a náusea e aumentar a tolerância à alimentação, efetuava-se vigilância da tolerância à alimentação, e realizava-se CTG uma vez por turno, a fim de vigiar o bem-estar fetal.

Foi também possível cuidar de mulheres com pré-eclampsia. A pré-eclampsia é uma doença multissistémica que ocorre em 2 a 8% das gravidezes e é a principal causa de morbilidade e mortalidade materna e neonatal. Tipicamente é caracterizada pelo

desenvolvimento de hipertensão, valores de TA acima de 140/90 mmHg, e proteinúria com valores de 300mg nas 24h, após as vinte semanas de gestação (Machado et al., 2013).

Com a evolução da investigação nesta área é cada vez maior a compreensão da patogénese da pré-eclampsia. Todos os tipos da doença se caracterizam por uma rutura na remodelação vascular e uma resposta anti-angiogénica sistémica, o que origina a hipertensão, proteinúria, endoteliose glomerular, síndrome de HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia) e edema cerebral, sinais clínicos de pré-eclampsia e eclampsia. O parto é a única cura conhecida para esta patologia (Machado et al., 2013).

Enquanto a gravidade da patologia não justifica a interrupção da gravidez existem algumas vias para o controlo da doença. O uso de Sulfato de Magnésio é recomendado em todos os casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia para prevenção e tratamento das crises convulsivas. Da mesma forma que é recomendado o tratamento das crises hipertensivas, sendo a Nifedipina o fármaco mais utilizado com essa finalidade. A corticoterapia para maturação pulmonar também está indicada sempre que exista o risco iminente de prematuridade. (Neto, Souza e Amorim, 2010)

Nos casos de pré-eclampsia sem sofrimento fetal, e sem HTA materna nem aumento da disfunção orgânica da mulher, pode adotar-se uma atitude expectante na tentativa de que a gravidez atinja as 37 semanas de gestação. (WHO, 2013)

Durante o estágio, dado que os casos de pré-eclampsia encontrados não tinham critérios de gravidade, o tratamento foi expectante. As intervenções incluíram monitorização da TA de 4/4h, vigilância dos sinais e sintomas associados à pré-eclampsia (edema generalizado, alterações visuais, cefaleias, epigastrias) e a capacitação da mulher para a identificação dos mesmos. Era ainda feita colheita de urina de 24h e de sangue para controlo analítico. O CTG era realizado uma vez por turno. No caso de a grávida apresentar valores de pressão sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg era comunicado ao médico obstetra da urgência e administrado Nifedipina CR 30, de acordo com o protocolo do serviço.

A gravidez é um período da vida de uma mulher que implica profundas alterações e reajustes a nível físico, hormonal, psicológico e social (Camacho et al., 2006). Estas alterações são, por si só, uma fonte de stresse e ansiedade. Perante um evento crítico como é o caso de diagnóstico de uma gravidez de risco, ou então um internamento decorrente de complicações da gravidez, as emoções negativas como o medo, a ansiedade e o stresse vivenciadas pela mulher serão muito mais intensas. Nos casos em que existe indicação para repouso no leito, as grávidas experienciam sentimentos de perda de autonomia, perda da privacidade, maior isolamento, troca de papéis familiares e sociais e a alteração da identificação de grávida para doente (Pio e Capel, 2015). Nestes casos promover o bem-estar

materno torna-se fulcral. Durante o estágio procurou-se sempre diminuir o impacto da hospitalização da mulher, promovendo-se a presença do companheiro e a visita dos familiares e amigos, esclarecendo-se as suas dúvidas, tanto na área da parentalidade como da patologia.

O suporte familiar ou de amigos é capaz de diminuir as inseguranças da mulher, as quais podem aparecer principalmente associadas à patologia (Pio e Capel, 2015). Nesta altura, a grávida deve ser alvo de uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde e da família, uma vez que pode existir uma intensificação dos seus conflitos tanto internos como externos, afetando assim os seus relacionamentos interpessoais (Evazian et al. cit por Pio e Capel, 2015). O suporte familiar é então uma ferramenta fundamental no que toca à diminuição das emoções negativas.

A par da promoção do suporte familiar, a escuta ativa é outra intervenção muito importante e de grande relevância para as grávidas internadas. As mulheres internadas por complicações decorrentes da gravidez encontram-se sob grandes níveis de stresse e ansiedade, com imenso medo do desconhecido e de que alguma coisa corra mal com a gravidez, com elas ou com o seu bebé. Relativamente ao stresse na gravidez, Rodrigues e Schiavo (2011) defendem que a elevados níveis de stresse materno o feto pode responder, resultando daí maior predisposição para doenças mentais, alergias, asma, problemas ao nível do desenvolvimento infantil e aumento da probabilidade de a criança apresentar problemas temperamentais e comportamentais. O stresse pode ainda ser responsável por PPT. Quanto à mulher o stresse agrava algumas das complicações decorrentes da gravidez, além de ser um potenciador para depressão pós-parto (DPP). Assim, torna-se claro que, num serviço de internamento de grávidas de risco é de extrema importância que os enfermeiros estejam atentos e sejam capazes de ajudar a grávida e família a vivenciarem da melhor forma possível a gravidez, ajudando a gerir e a diminuir o stresse e a ansiedade.

1.2 Prática baseada na evidência

A prática baseada na evidência (PBE) é definida como *um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente*

evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2012 pág. 10).

Os cuidados de enfermagem necessitam de mobilizar uma vasta gama de bases de evidência, dentro e para além das ciências médicas, incluindo as ciências do comportamento e sociais. Para apreciar estes tipos diferentes de evidência, é importante que os enfermeiros possam avaliar criticamente a qualidade da investigação e que sejam capazes de respeitar e apreciar as diferentes metodologias (Craig e Smyth, 2004 p. 12). Ou seja, a prática baseada na evidência constitui-se como a realização de todas as componentes da prática clínica dos enfermeiros, utilizando o máximo conhecimento e de melhor qualidade, resultando em melhores cuidados.

O método utilizado na PBE é constituído por cinco fases: a definição do problema, oriundo da prática clínica, a identificação das informações necessárias, revisão bibliográfica e consequente análise da mesma, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o utente (Souza et al., 2010).

A utilização dos resultados constitui-se como um dos pilares fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde (Galvão e Sawada, 2003).

A revisão da literatura permite uma compreensão mais profunda do fenómeno em estudo, dado que é uma abordagem metodológica mais ampla, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais. Igualmente importante é o facto de esta conciliar dados tanto da literatura teórica como empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos como é o caso da definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos sobre um tópico particular. A sua ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, gera um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem. Desta forma, é fácil perceber-se que (...) *o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita* (Souza et al., 2010 pág. 104).

Esta abordagem metodológica é constituída por seis fases. A primeira fase configura-se como a fase mais importante de todas, na qual é definida a pergunta norteadora do estudo. Devem estabelecer-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos a analisar. É nesta etapa que é definida a população do estudo, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. A fase seguinte é constituída pela busca e pesquisa nas bases de dados. Esta fase está diretamente relacionada com a anterior, na medida em que os critérios de inclusão e exclusão dos estudos são formulados de acordo com a questão inicialmente elaborada. A terceira fase diz respeito à colheita dos dados. Para extrair os dados dos artigos

selecionados deve recorrer-se à utilização de (...) *um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados devem incluir: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos empregues* (Souza et al., 2010). Na quarta fase é realizada a análise crítica dos estudos previamente selecionados, incluindo para isso a análise e a hierarquização do nível de evidência científica de cada um. De seguida, na quinta fase é realizada a discussão dos resultados obtidos e, por fim, na sexta fase é apresentada a síntese da literatura (Souza et al., 2010).

1.2.1 Definição da problemática

A gravidez é um período de grandes transformações, tanto ao nível biológico, como psicológico e mesmo social, o que exige da parte da mulher um constante e exigente processo de adaptação (Conde e Figueiredo, 2005). A gravidez é uma fase tão exigente para a mulher que é classificada por alguns autores como uma “crise normativa”. A palavra crise significa *separação ou rutura, situação na qual ocorrem alterações fisiológicas, sociais e psíquicas intensas* (Souza, 2010). De acordo com alguns autores *a gravidez é cada vez mais um ato planeado, o que favorece uma ligação precoce, mas, também, uma decisão tardia sob o ponto de vista biológico. O diagnóstico precoce da gravidez através do recurso aos testes de acesso fácil, o uso da tecnologia na visualização da imagiologia fetal e da ultrassonografia* (Black, 1992, McCoyd, 2007 cit por Koch, 2014), *as famílias de número mais reduzido e a idade mais tardia da primeira gravidez são fatores que contribuem para o grande, e precoce, investimento emocional e social na gravidez* (Frost, Bradley, Levitas, Smith & Garcia, 2007 cit por Koch, 2014). Não é por isso de estranhar que, mesmo em condições ditas normais, a gravidez tenha associada a si uma grande carga de ansiedade e stresse.

A gravidez constitui-se como uma transição na vida da mulher. Segundo a teoria das transições de Afaf Meleis (2007), as transições são vividas no contexto da vida da pessoa e implicam sempre uma adaptação e *coping* face a eventos críticos. De uma forma simplista as transições são mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos, as quais este precisa integrar no seu dia-a-dia, ou seja, necessita de compreender e integrar aquilo que muda e fica diferente nessa transição. Podem ser de 3 tipos: saúde/doença, situacionais e

desenvolvimentais. A gravidez, sendo um fenómeno fisiológico e previsível no ciclo vital, enquadra-se num tipo de transição desenvolvimental. Esta transição específica envolve diversas alterações, tanto ao nível familiar como também ao nível social e cultural (Meleis, 2007).

Quando surgem complicações decorrentes de uma gravidez a mulher passa a vivenciar uma transição múltipla, ou seja, vivencia uma transição desenvolvimental, mas também uma transição saúde/doença, o que torna o processo de adaptação mais complicado.

Estamos perante um evento crítico quando a mulher e a sua família vivenciam a transição de uma gravidez de baixo risco para uma gravidez de alto risco, sendo estes, por isso, assaltados por emoções negativas como o medo, a ansiedade e o stresse.

O stresse configura-se como um *status comprometido*: *sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo* (ICN, 2017)

O stresse acontece quando qualquer acontecimento externo exige do indivíduo uma capacidade adaptativa maior do que aquela que o organismo é capaz de dar, gerando assim respostas comportamentais, emocionais e cognitivas com inúmeros efeitos colaterais para a sua saúde mental e física. Durante a gestação, cada mulher responderá de uma maneira particular às mudanças físicas e emocionais características deste período. Essas respostas desencadearão alterações fisiológicas e metabólicas no organismo materno que por sua vez influenciarão o bem-estar fetal (Rennó et al., 2013).

A evidência científica sugere que a probabilidade de ansiedade na gravidez aumenta em caso de comorbidade psiquiátrica, ou antecedentes de má história obstétrica ou em presença de complicações decorrentes da gravidez. O stresse é considerado um dos fatores de risco para o decurso saudável da gravidez, uma vez que a sua presença pode comprometer o feto, estando associado a maus prognósticos neonatais como é o caso da prematuridade, baixo peso, menor índice de Apgar, défice no desenvolvimento fetal, e ainda complicações obstétricas como hemorragias e ameaça de abortamento (Silva et al., 2017).

A média de eventos stressantes durante a gestação é de cinco eventos por cada mulher grávida, e o quadro pode agravar se no contexto familiar houver uma situação de desfavorecimento social ou complicações pré-natais (Rodrigues, 2011).

Lazarus e Folkman (1984) defendem que perante uma situação de potencial ameaça, os indivíduos desenvolvem estratégias de *coping* que lhes permitem lidar com a situação de stresse, encontrando um equilíbrio emocional que lhes confere estabilidade e normalidade.

Coping consiste numa *atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico. (ICN, 2017)*

Meleis (2007) defende que pessoas que vivenciam transições, de uma forma mais positiva, conseguem adotar mais facilmente estratégias de *coping* que lhes conferem maior estabilidade e equilíbrio, fortalecendo-se e tornando-se mais resilientes.

O processo de resiliência do indivíduo refere-se ao conjunto de fenómenos caracterizado por bons resultados, apesar de sérias ameaças à adaptação ou ao desenvolvimento (Yunes, 2003 cit por Bianchini, 2006). A resiliência está relacionada com processos psicossociais que favorecem o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo quando este se encontra perante adversidades e problemas. A resiliência refere-se então a processos que operam na presença do risco para produzir características saudáveis, e não para evitar ou eliminar fatores de risco (Morais & Koller, 2004 cit por Bianchini, 2006).

Nos casos de complicações decorrentes de uma gravidez, com necessidade de internamento, há um aumento de emoções negativas vivenciadas pela mulher. Este facto vai como que obrigá-la a ser resiliente e a procurar estratégias de *coping* que facilitem a sua consciencialização e a vivência da sua transição de uma forma saudável. Durante este processo o enfermeiro é fundamental, na medida em que é o profissional de saúde mais habilitado para ajudar os indivíduos a vivenciar transições de forma saudável e encontrarem as melhores estratégias de *coping* (Meleis, 2007).

Desta forma, a revisão da literatura efetuada visa identificar quais as necessidades das grávidas internadas por complicações decorrentes da gravidez, e definir quais as melhores intervenções que promovem na mulher a capacidade para gerir o stresse contribuindo assim para a melhoria das práticas e para a obtenção de ganhos em saúde.

1.2.2 Método

Torna-se pertinente definir o método a adotar, iniciando-se por uma procura da melhor evidência científica. *“Uma boa pesquisa de literatura pode sustentar todo o processo da resolução do problema- se falta informação chave é muito mais difícil identificar uma*

solução apropriada. Isto é particularmente verdadeiro quando a pesquisa de literatura de investigação tenta responder a questões clínicas específicas.” (Craig, J. E Smyth, R., 2004 p. 47).

Para nortear a pesquisa urge formular uma questão de investigação, “Quais as principais intervenções que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica pode implementar, de forma a diminuir o stresse das grávidas internadas por complicações decorrentes de uma gravidez?”.

Por forma a obter maior rigor e evidência científica, definiram-se os descritores mais apropriados à pergunta orientadora da investigação, ou os seus sinónimos, em inglês e em português, recorrendo para isso ao MESH e CINAHL Headings e ao DeCS respectivamente. Os descritores encontrados no MESH e CINAHL Headings foram: “pregnancy complications”, “nursing” e “stress management”, os descritores encontrados no DeCS foram “complicações na gravidez”, “enfermagem” “gestão do stress”.

Seguidamente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na PubMed, TripDatabase e EBSCOhost, plataforma na qual se integram as bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE with full text e Psychology and Behavioral Sciences Collection . Para uma busca mais eficaz e correta elaborou-se a frase booleana utilizando para isso os conectores: AND, OR e NOT. Utilizou-se ainda os símbolos “ ” e * que permitem a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas. Desta forma a frase booleana ficou da seguinte forma (stress AND management) AND nursing AND ((pregnancy AND complication*) OR preeclampsia OR hyperemesis OR (hypertension AND pregnancy) OR "gestational diabetes" OR (diabetes AND pregnancy) OR (cholestasis AND pregnancy).

Como critérios de inclusão definiu-se: artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; com menos de 10 anos (2007-2017); com elevado nível de evidência científica, sendo por isso privilegiadas as revisões sistemáticas com acesso livre e texto completo. Todos os artigos que não abordassem o internamento durante a gestação foram excluídos. Inicialmente a pesquisa cingia-se a artigos com menos de 5 anos, contudo, face ao reduzido número de artigos encontrados houve a necessidade de se alargar este intervalo de tempo para 10 anos. A pesquisa foi realizada entre setembro e novembro de 2017.

Foram encontrados 48 artigos. Pela análise do título foram selecionados 15 e destes 10 foram excluídos: 4 artigos por não fazerem referência às intervenções do EESMO e 6 por não abordarem a grávida em contexto de internamento.

No final foram selecionados os 5 artigos que reuniram o melhor nível de evidência científica. Todos os artigos selecionados correspondem a estudos qualitativos. No subcapítulo seguinte serão apresentados os respectivos resumos.

1.2.3 Apresentação dos artigos selecionados

No quadro 1 apresenta-se a análise e resultados de cada um dos artigos selecionados. Por forma a avaliar o nível de evidência de cada artigo recorreu-se à classificação do nível de evidência de acordo com Galvão e colaboradores (2009), em que a evidência de nível I corresponde a revisões sistemáticas, ou meta-análises, ou estudos randomizados e controlados. O nível II corresponde à evidência derivada de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado. A evidência de nível III corresponde à evidência obtida de ensaios clínicos bem delineados sem randomização e o nível IV corresponde a estudos de coorte e de caso-controlo bem delineados. A evidência de nível V corresponde a revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos, e o nível VI corresponde à evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo. Os estudos de nível VII correspondem a estudos de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas.

Artigo 1	Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients	Nível de Evidência
Autores	RICHTER,M.; PARKES C.; CHAW-KANT J.	VI
País	Canadá	
Ano	2007	
Base de dados	Medline	
Objetivo	Compreender as necessidades das grávidas, com gravidez de risco, internadas em meio hospitalar.	
Metodologia	Este é um estudo qualitativo e descritivo para o qual foram entrevistadas 13 mulheres com gravidez de risco, internadas há mais de 1 semana. As entrevistas eram individualizadas e num ambiente privado.	
Resultados	Os resultados deste estudo evidenciaram dois grandes focos, os stressores associados à restrição ao leito e as necessidades relacionadas com essa mesma restrição. Dentro do grupo dos stressores, as grávidas referem principalmente o sentimento de perda de controlo da situação, assim como o facto de passarem a sentir que são um fardo para os outros. No que toca às necessidades relacionadas com a restrição ao leito as mulheres identificaram principalmente a falta de privacidade.	
Conclusão	O internamento por complicações da gravidez, com indicação para repouso no leito, pode ser extremamente stressante e difícil para a mulher. No entanto o enfermeiro de saúde materna e obstétrica pode colmatar algumas das necessidades percebidas pela grávida bem como ajudá-la a desenvolver estratégias de <i>coping</i> para lidar com as diferentes situações.	

Artigo 2	The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalisation	Nível de Evidência
Autores	KENT, R.; MCUR; YAZBEK, M. et al.	VI
País	África do Sul	
Ano	2015	
Base de dados	Medline	
Objetivo	Identificar e descrever as necessidades sentidas pelas grávidas, com gravidez de risco, internadas por mais de cinco dias.	
Metodologia	Este é um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que contou com a participação de 11 grávidas com gravidez de risco.	
Resultados	Os resultados deste estudo foram divididos em 3 grupos. O primeiro identifica a necessidade de suporte que estas grávidas têm, uma vez que estão fora do seu ambiente e longe das suas famílias. O segundo refere-se à necessidade de melhoria do meio ambiente, nomeadamente no que concerne à falta de privacidade reportada pelas entrevistadas. E por fim, o terceiro grupo refere-se à adaptação emocional das mulheres. Devido às dificuldades de adaptação e aceitação do seu estado de saúde estas grávidas apresentam sentimentos de tristeza, ansiedade e solidão.	
Conclusão	Para colmatar as necessidades resultantes de um internamento por gravidez de alto risco, este estudo sugere que seja promovido o suporte familiar, flexibilizando, por exemplo, o horário das visitas, sendo assim possível uma maior presença dos familiares e pessoas significativas junto da grávida. Este estudo identifica ainda a privacidade como um preditor de bem-	

	<p>estar, pelo que aumentar a privacidade será fundamental para as mulheres internadas. Para facilitar a adaptação emocional as grávidas, sugerem a realização de sessões de grupo entre mulheres admitidas recentemente e mulheres com mais dias de internamento, para que possam partilhar experiências, emoções e estratégias de <i>coping</i> que as ajudem neste processo.</p>	
--	---	--

Artigo 3	Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group	Nível de Evidência
Autores	BARBER C.; STARKEY N	VI
País	Nova Zelândia	
Ano	2015	
Base de dados	Medline	
Objetivo	Identificar os preditores de ansiedade para mulheres que tenham experienciado hospitalização durante a gravidez, comparando com um grupo de grávidas (com ou sem complicações médicas) na comunidade.	
Metodologia	Este é um estudo correlacional. Participaram 118 mulheres internadas no hospital e 114 na comunidade.	
Resultados	Os resultados deste estudo encontram-se divididos em vários grupos: fatores demográficos e psicossociais - os quais não apresentaram diferenças significativas entre dois grupos - história obstétrica, percepção do seu nível da saúde, stresse e estratégias de <i>coping</i> .	
Conclusão	Neste estudo concluiu-se que as mulheres internadas no hospital com gravidez de risco apresentam maiores níveis de stresse e necessitam de mais ajuda para identificar os preditores desse mesmo stresse, assim como para identificarem as estratégias de <i>coping</i> para lidar com ele. Neste sentido a intervenção do enfermeiro de saúde materna e obstétrica torna-se fulcral.	

Artigo 4	Pregnancy gone wrong: Women's experiences of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy	Nível de Evidência
Autores	CURRIE, J.; BARBER, C.	VI
País	Nova Zelândia	
Ano	2016	
Base de dados	CINAHL Complete	
Objetivo	Compreender as experiências das mulheres com o diagnóstico de gravidez com complicações.	
Metodologia	Estudo qualitativo que contou com a participação de 12 mulheres que vivenciaram uma gravidez com complicações. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a todas as participantes.	
Resultados	Os resultados deste estudo foram agrupados em 5 temas: a) era referente à angústia vivenciada durante uma gravidez com complicações assim como o facto de estas mesmas complicações se suplantarem à própria gravidez. b) referente à perda de controlo sentida pelas grávidas. c) a importância da relação com os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica. d) a importância que uma boa relação com os restantes profissionais de saúde tem para as mulheres internadas com gravidez de risco. e) a importância do apoio que é dado às grávidas num serviço de internamento.	
Conclusão	Com este estudo foi possível concluir-se que vivenciar uma gravidez com complicações decorrentes da mesma pode ser uma situação bastante stressante e exigente. Como tal, os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica desempenham um papel fundamental no apoio a estas mulheres, e restante família, bem como na orientação para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> para lidar com os inesperados e stressantes	

	acontecimentos, decorrentes das complicações na gravidez.	
--	---	--

Artigo 5	A Stress Coping App for Hospitalized Pregnant Women at Risk for Preterm Birth	Nível de Evidência
Autores	JALLO N.; THACKER L.; MENZIES V.	VI
País	Estados Unidos da América	
Ano	2017	
Base de dados	Medline	
Objetivo	Avaliar a eficácia de uma aplicação de telemóvel para a diminuição do stresse em grávidas internadas por complicações decorrentes da gravidez.	
Metodologia	Estudo qualitativo, descritivo, prospetivo. Neste estudo participaram 15 grávidas hospitalizadas por APPT. Cada grávida teria de utilizar a aplicação de telemóvel, a qual tinha sessões de imaginação guiada com escalas para avaliação do nível de stresse antes e depois da imaginação guiada, durante 8 dias consecutivos.	
Resultados	Os resultados deste estudo demonstraram que após a utilização da aplicação, durante 8 dias, houve um decréscimo do nível de stresse sentido pelas grávidas, avaliado através da <i>Visual Analog Stress Scale</i> (VASS). No que toca à sua perceção de coping e autoeficácia não houve alterações significativas com a utilização da aplicação móvel.	
Conclusão	Concluiu-se que com a utilização desta aplicação, nomeadamente da imaginação guiada, foi possível diminuir o stresse das grávidas internadas. Seria interessante que os enfermeiros, especialistas em saúde materna e obstétrica incluíssem no seu plano de cuidados intervenções promotoras do desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> , uma vez que, sobre esse aspeto, as mulheres não referiram melhoria com a utilização da aplicação móvel.	

1.2.4 Resultados

Os estudos analisados corroboram a ideia de que a vivência de um internamento por complicações decorrentes da gravidez se configura como um evento extremamente stressante, que coloca a mulher numa posição de grande vulnerabilidade.

Os enfermeiros são fundamentais no apoio e na orientação para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, de modo a promoverem nas grávidas e família a vivência desta transição da forma mais saudável possível.

Os resultados dos estudos analisados permitem perceber que as mulheres que se encontram internadas por complicações decorrentes da gravidez estão sujeitas a elevados níveis de stresse, ansiedade e angústia (Barber, 2015). Com a hospitalização as mulheres experimentam sentimentos de impotência, perda de controlo das situações e isolamento social, na medida em que se encontram longe do seu ambiente familiar e dos amigos. No estudo de Richter e colaboradores (2007), a sensação de perda de controlo sobre as situações foi o parâmetro mais apontado pelas grávidas, todas sentiram que a situação lhes “escapava das mãos” sem que elas pudessem fazer alguma coisa para o contrariar. Também no estudo de Barber e Currier (2016), todas as participantes referiram a perda de controlo e a sensação de impotência como um fator promotor de stresse. No estudo de Ritcher e colaboradores (2007) as grávidas entrevistadas referiram ainda o sentimento de solidão, provocado, em grande parte, pelo facto de estarem afastadas dos seus familiares e amigos. Para combater este sentimento algumas sugeriam a realização de sessões de cinema ou de jogos em grupo. No estudo de Kent e colaboradores (2015) eram apresentadas algumas soluções, como o alargamento e flexibilidade do horário das visitas, bem como sessões de grupo entre as grávidas recentemente admitidas e as grávidas com mais tempo de internamento a fim de que pudessem partilhar experiências e emoções.

Emoções negativas como tristeza, medo e dor estão muito presentes em grávidas internadas. No estudo de Kent e colaboradores (2015), as entrevistadas referiram que se sentiam deprimidas, o que originou sentimentos de tristeza, desamparo e falta de esperança.

O mesmo estudo refere que o sentimento de tristeza causa mais elevados níveis de ansiedade e experiência de emoções negativas. O estudo realizado por Barber e colaboradores (2016) apresenta resultados idênticos. As grávidas entrevistadas descreveram a experiência de gravidez utilizando palavras como medo, dor, traumática e choque. Estas mulheres vivem sobre um stresse constante, com medo que alguma coisa corra mal com elas ou com o bebé, como se depreende dos seus comentários: *I basically live in fear every day of losing this baby even so far everything is going really well. It is, I know, on the back of my mind; it is things can go wrong overnight* (Barber et al, 2016, pág. 36).

O repouso no leito é uma das intervenções que contribui fortemente para o aumento do stresse nas grávidas internadas. As mulheres relatam perda de capacidade funcional, sentem que dependem de terceiros para quase tudo, aumentando assim a sensação de inutilidade e diminuição de autoestima. Referem, ainda, sentir-se um fardo para a família, sendo por isso o apoio familiar um aspeto fundamental para o seu bem-estar (Richter et al, 2007). No estudo de Kent (2015) algumas das entrevistadas sugeriram o alargamento do horário das visitas, a fim de que fosse possível passarem mais tempo com as pessoas mais significativas. No estudo de Richter e colaboradores (2007), as participantes sugeriram que os familiares pudessem estar presentes na altura em que lhes fossem comunicadas informações sobre o seu estado de saúde, e ainda, que nos internamentos mais prolongados o seu tratamento fosse mais personalizado, tratando-as, e ao marido pelos nomes próprios.

As grávidas internadas referiram os enfermeiros especialistas como sendo um pilar fundamental durante a sua hospitalização. Conforme referem Barber e colaboradores (2016, pág. 37.): *Women in the study described engaged midwives as partners who showed themselves to be trustworthy, supportive, and confidence building*. Referiram, ainda, que os EESMO tinham grande capacidade de escuta ativa e que as ajudavam e preparavam não só para a hospitalização, mas também na preparação para a parentalidade. Os enfermeiros são referidos como os profissionais mais capacitados para ensinar as mulheres a descobrir e desenvolver estratégias de *coping* que lhes permitam diminuir o stresse decorrente das complicações da gravidez e da hospitalização (Jallo, 2017).

O ambiente hospitalar é um dos fatores identificados como dificultadores durante a hospitalização das grávidas. As mulheres referem a falta de privacidade e conforto como os principais fatores stressores. Sentem que precisavam de mais privacidade, principalmente aquando da visita médica. A possibilidade das utentes, que estão na mesma enfermaria, ouvirem as conversas que cada uma tem com o médico, causa-lhes um grande desconforto, conforme se percebe pelos testemunhos das participantes do estudo de Ritcher e colaboradores (2007, pág. 315): *Why can a doctor come in and announce to the whole world*

what my medical condition is? ... When your doctors come around to talk about you ... I think you should have a place to go where there's some privacy. As grávidas internadas referem que a comunicação com os profissionais de saúde é fundamental e, nesse sentido, realçaram o papel do EESMO, referiram-no como um pilar, um grande apoio durante a hospitalização, e um profissional em quem podiam confiar. Durante a hospitalização, o EESMO prepara ainda a grávida/casal para o exercício do papel parental como é possível perceber pelas palavras de Barber e colaboradores (2016, pág. 37): *midwives were also described as getting help when it was needed, having good listening skills, preparing the women for hospital and providing parenting advice after the child was born.* No que concerne à relação com o restante *staff* hospitalar, nomeadamente médicos, no estudo de Barber e colaboradores (2016), eram vistos como fonte de stresse e angústia, dado que facultavam pouca informação sobre os procedimentos que realizavam, ou mesmo sobre a evolução do estado de saúde da utente. No estudo de Ritcher e colaboradores (2007), as grávidas referiram que o facto de os médicos fornecerem aos familiares pouca informação sobre a sua condição clínica, era um fator negativo na sua hospitalização. Os EESMO's são descritos como elementos facilitadores no processo de hospitalização de uma grávida, por complicações decorrentes da gravidez, na medida em que são promotores de calma e tranquilidade, contribuindo para diminuir o seu nível de stresse, promovendo ainda o envolvimento da família (Barber, 2016) e o desenvolvimento de estratégias de *coping* importantes para a vivência de uma transição mais saudável (Jallo, 2017).

1.2.5 Conclusão

Após a análise dos estudos apresentados no subcapítulo anterior, dando resposta à questão de investigação, de forma a orientar para a melhoria da prática de enfermagem em saúde materna e obstétrica, apresentam-se no quadro 2 algumas intervenções que visam ajudar as grávidas internadas na gestão do seu stresse.

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA GESTÃO DO STRESSE
Executar escuta ativa
Proporcionar um horário de visitas mais flexível
Facilitar a presença do companheiro/família
Incrementar o envolvimento da família
Manter privacidade
Conversar com a grávida/casal em privado
Conversar com a grávida/casal sobre a suas preocupações e possíveis prognósticos
Incentivar a socialização da grávida
Informar grávida/casal com uma linguagem clara e acessível
Facultar à grávida/casal resultado dos exames realizados (ex. estudo analítico, ecografias, etc)
Criar oportunidades para o esclarecimento de dúvidas
Orientar a grávida/casal para a definição de metas e objetivos
Assistir a grávida na identificação de situações stressantes anteriores, e ultrapassadas
Assistir a grávida na identificação de possíveis estratégias de <i> coping </i>
Incentivar a deambulação da grávida
Incentivar a autonomia da grávida
Efetuar sessões de grupo entre mulheres internadas há mais tempo e mulheres recém-admitidas no serviço de internamento de grávidas.
Incentivar a frequência das aulas de preparação para o parto que decorrem no hospital
Ensinar a grávida sobre parentalidade
Executar técnica de de relaxamento (por ex.: imaginação guiada)
Orientar para a manutenção da esperança

Quadro 2 – Intervenções que visam diminuir o stresse

Tendo por base a evidência científica encontrada, a hospitalização durante a gravidez é um fator gerador de stresse, o que influencia a vivência da gravidez. Perante uma gravidez com complicações a mulher confronta-se com uma realidade completamente diferente daquela que inicialmente idealizou vendo-se, assim, obrigada a encontrar estratégias de *coping* que lhe facilitem a sua transição.

Os estudos nesta área são escassos, daí a dificuldade em os encontrar com qualidade e recentes, pelo que se percebe ser de extrema importância o desenvolvimento de mais investigação, que permita, aprofundar e desenvolver intervenções autónomas do EESMO para gerir o stresse em grávidas internadas por complicações decorrentes da gravidez.

Apesar do reduzido número de estudos encontrados, a revisão da literatura permitiu compreender a importância que o EESMO tem, para as mulheres internadas, dado que são os profissionais mais capacitados e mais próximos para as ajudar neste processo de transição.

2. TRABALHO DE PARTO E PARTO

O estágio desenvolvido no âmbito da vigilância do trabalho de parto e parto decorreu no bloco de partos do HPH, entre o dia 02 de abril de 2018 e o dia 21 de julho de 2018, sob a supervisão de um EESMO.

O BP é constituído por seis quartos individuais, o que promove a privacidade e contribui para a satisfação da mulher/casal, um bloco operatório e uma sala de recobro com três camas. Inserido no BP encontra-se o serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia.

O HPH é considerado um Hospital Amigo dos Bebés o que se reflete no respeito pelas opções da mulher/casal, na promoção de medidas que favorecem o parto vaginal, permitindo uma melhor adaptação do RN à vida extrauterina e promovendo a vinculação.

Durante o estágio foi possível cuidar de mulheres em TP, executar 41 partos eutócicos, colaborar em 9 partos distócicos e simular 1 parto pélvico, conforme reflete o quadro 3.

Parturientes assistidas		Partos executados		Partos Participados	
Baixo risco	Moderado/ Alto risco	Sem episiotomia	Com episiotomia	Cefálicos	Simulação de parto pélvico
42	8	30	11	9	1
Total: 50		Total: 41		Total: 10	

Quadro 3 – Experiências no serviço de bloco de partos

O Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2010), advoga que o EESMO deve estar habilitado a *cuidar a mulher (...) durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, deve ainda realizar o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência* (OE, 2010, pág. 5).

O TP e parto representam o final da gravidez. Nesta fase, a mulher encontra-se perante adaptações físicas e psicológicas que a preparam para o TP e parto. Tais adaptações dependem de vários fatores como: o tamanho do feto, as condições da placenta, as

contrações uterinas, a posição materna, o local do nascimento, a preparação prévia para o parto e até mesmo das características do profissional que acompanha o processo (Lowdermilk e Perry, 2012).

As recomendações da WHO (2018) reconhecem a importância de colocar a mulher/casal no centro dos cuidados durante o trabalho de parto e parto promovendo a autonomia, o *empowerment* e a autodeterminação da mulher.

O TP define-se como um conjunto de fenômenos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão, bem como dos restantes produtos de concepção - placenta e membranas amnióticas. Este processo inicia-se com o desencadear de contrações uterinas regulares, ocorrendo ao mesmo tempo a extinção cervical e a dilatação (Graça, 2017).

O TP encontra-se dividido em quatro estádios. O primeiro corresponde a período de dilatação e extinção do colo do útero. O segundo corresponde ao período expulsivo, ou seja, inicia-se com a dilatação completa e termina na expulsão do RN. O terceiro corresponde à dequitação – desde o nascimento do RN até à expulsão da placenta. E por fim, o quarto estadio corresponde ao período de hemóstase/puerpério imediato, ou seja, as 2 horas seguintes à dequitação (Fatia et al., 2016).

Neste capítulo são descritas todas as atividades de vigilância e diagnóstico desenvolvidas durante o estágio, bem como todas as atividades desenvolvidas desde a admissão da mulher/casal no BP até à sua transferência para o serviço de puerpério.

Este capítulo encontra-se dividido de acordo com os quatro estádios do TP.

2.1 Cuidar da mulher/casal no primeiro estadio do trabalho de parto

Após o diagnóstico de TP a mulher/casal grávido eram encaminhados para o BP. Os casais podiam vir encaminhados do serviço de urgência, do serviço de grávidas de risco – no caso de TP espontâneo ou devido à indução e progressão do TP. As mulheres internadas no BP encontravam-se no 1º estadio de TP, caracterizado pela dilatação e extinção do colo uterino.

Este período caracteriza-se pelo início de contrações uterinas que provocam um aumento da pressão hidrostática intramniótica, exercendo pressão no segmento inferior, enquanto as membranas se mantêm intactas; após a rotura das membranas, é a apresentação fetal que exerce pressão direta sobre as estruturas, contribuindo para a dilatação e extinção do colo uterino. Devido à contratilidade uterina ocorre um encurtamento do colo uterino designado por extinção. A dilatação do colo uterino compreende-se entre um e dez centímetros (cm). A dilatação do colo uterino encontra-se completa quando deixa de ser possível tocar tecido do colo diante da apresentação, o que corresponde a um diâmetro de dez centímetros. No caso das nulíparas, a extinção ocorre primeiro do que a dilatação, já no caso das múltiparas estes fenómenos ocorrem em simultâneo (Graça, 2017).

O primeiro estadio do TP encontra-se dividido em duas fases – fase latente e fase ativa. As grávidas que se encontravam na fase latente do TP eram internadas no serviço de grávidas de risco enquanto que as mulheres em fase ativa do TP eram internadas no BP.

Os *timings* de uma e de outra fase variam ligeiramente de autor para autor. Segundo Amaral e colaboradores (2014), a fase ativa do TP é caracterizada pela presença de contrações uterinas rítmicas e regulares – 2 a 3 contrações em 10 minutos, com duração entre 30 e 90 segundos – dilatação cervical ≥ 4 cm e extinção do colo uterino $\geq 80\%$. No caso de uma nulípara, o colo uterino, normalmente, dilata de 1 a 1,5cm/h, podendo este período durar 12h na nulípara e 9h na múltipara. Por sua vez, a WHO (2018) define que a fase latente corresponde a uma dilatação ≤ 5 cm e a fase ativa implica a extinção completa do colo uterino bem como uma dilatação > 5 cm até atingir a dilatação completa. No que concerne à duração, a WHO (2018) refere que a fase latente não tem uma duração predefinida e varia de mulher para mulher, não ultrapassando as 12 horas na nulípara e 10 horas na múltipara.

Importa ainda referir que mulheres internadas no serviço de grávidas de risco com dor de difícil controlo, mesmo que apresentassem 2-3 cm de dilatação, eram transferidas para o BP a fim de ser administrada analgesia, via epidural, uma vez que, após a sua realização, é exigida uma maior vigilância da mulher e do feto.

Quando os casais chegavam ao BP era efetuado o acolhimento que, tal como referido no primeiro capítulo, é fundamental para diminuir o stresse e a ansiedade da mulher/casal em TP, facilitando a integração no serviço e a colaboração entre utentes e o EESMO. Um ambiente acolhedor pode contribuir para a diminuição de complicações, na medida em que aumenta os níveis de satisfação materna e diminui os níveis de ansiedade e medo (Marques, 2014). Assim, eram apresentados os profissionais/aluna do MESMO, apresentadas as instalações, explicadas as rotinas e as atividades de vigilância do TP e informados da possibilidade da presença 24h de uma pessoa significativa para a grávida.

Após o acolhimento, era sugerido à mulher vestir uma roupa confortável e tomar um duche, se assim o desejasse, e que relaxasse. Nesta altura, era também questionada a vontade de analgesia epidural, com o intuito de conseguir a presença do anestesista atempadamente. Contudo, é importante refletir sobre esta prática na medida em que questionar sobre a analgesia epidural pode induzir e, de certa forma, pressionar a mulher a realizar um tipo de analgesia que inicialmente não tinha escolhido nem era seu desejo.

A dor durante o trabalho de parto traz consequências para a mãe e para o feto. Altos níveis de dor levam à hiperventilação e consequente alcalose respiratória materna que, consequentemente, se traduzirá numa menor oxigenação do feto. A dor, o stresse e a ansiedade levam à libertação de elevados níveis de catecolaminas e cortisol, o que influencia diretamente a atividade uterina e a irrigação uteroplacentária. Assim, torna-se fundamental a utilização de técnicas farmacológicas, ou não, para o alívio da dor (Aragão et al 2019).

O controlo e alívio da dor durante o TP são assim uma das preocupações do EESMO no momento da admissão no BP, na medida em que contribui para o bem-estar físico e emocional da mulher. A OE (2012) refere que para ajudar a mulher no alívio da dor é necessário que o EESMO compreenda o tipo de dor presente no TP, bem como o padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente e as suas expectativas; deve ainda informar sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o controlo da dor; sobre os benefícios e potenciais riscos de cada tipo de analgesia; e informar as mulheres sobre a sua capacidade fisiológica para produzir endorfinas durante o TP. Assim, é importante que a mulher em TP tenha ao seu dispor métodos farmacológicos e não farmacológicos que lhes permitam uma vivência de parto positiva.

A técnica de analgesia mais utilizada no TP é a analgesia do neuro-eixo, uma vez que é a mais eficaz e com menos efeitos adversos para a mãe e o feto. Esta técnica está associada a um maior alívio da dor quando comparada com outro tipo de analgesia (analgesia por via endovenosa, ou bloqueio de nervos periféricos – ex. pudendo). Contudo, há evidência científica salientando que a analgesia neuroaxial pode aumentar a probabilidade de partos instrumentados, além de prolongar o segundo estadio de trabalho de parto (Aragão et al 2019).

No contexto do ensino clínico foi possível perceber-se que alguns dos efeitos secundários deste tipo de analgesia eram motivo para um aumento do tempo de repouso no leito, como era o caso do entorpecimento dos membros inferiores ou pelo risco de hipotensão.

A ACOG (Joy et al., 2015) recomenda que seja administrada analgesia via epidural a todas as parturientes que o solicitarem, independentemente do estadio do TP em que se

encontrem. De ressaltar que as práticas no HPH estão em conformidade com esta recomendação, na medida em que assim que era solicitado pela grávida analgesia epidural, era de imediato contactado o anestesista e preparado todo o material necessário.

Logo que a mulher/casal estivessem instalados e confortáveis, e a dor controlada, realizava-se a colheita de dados inicial. Além dos dados descritos no capítulo 1, faziam parte os seguintes parâmetros: idade gestacional (IG), número de gestações anteriores, presença ou não de infecção por streptococcus grupo B (SGB), características do colo uterino (dilatação e extinção) e estado da bolsa amniótica. No caso de esta se encontrar rota era necessário saber a data e hora da rotura, bem como as características do líquido amniótico (LA). Era ainda questionado o casal/mulher sobre qual o sexo e nome do bebé a fim de preparar o boletim do recém-nascido bem como de um tratamento individualizado e personalizado para cada casal.

A IG é um dado importante na medida em que um TP pré-termo condiciona a assistência ao RN, havendo a necessidade de avisar o neonatologista. O número de gestações anteriores condiciona a evolução do TP, pois, na maioria dos casos, as múltiparas têm TP menos demorados podendo chegar ao período expulsivo com maior rapidez.

Nos casos de infecção por SGB era necessária a administração de antibioterapia, segundo o protocolo do serviço. Este recomenda a administração de penicilina (EV) de 4/4h. Quando a mulher apresentava rotura de membranas há mais de 12h, era administrada ampicilina (EV) de 6/6h, segundo o protocolo do serviço. Durante o ensino clínico foi possível contactar com uma parturiente alérgica a estes fármacos, pelo que o protocolo foi iniciado com clindamicina. Esta prática está de acordo com as recomendações da SPP que defende que deve ser feita a administração de penicilina, ou ampicilina, endovenosa intraparto a grávidas colonizadas com SGB, protegendo assim os recém-nascidos de desenvolverem doença precoce, não modificando, no entanto, a incidência de infecção tardia. A antibioterapia deve ser mantida até ao período expulsivo, uma vez que a via endovenosa permite elevadas concentrações de fármaco no LA e soro materno, existindo assim transferência placentária para a circulação fetal.

O SGB é responsável pela infecção neonatal precoce (primeiros seis dias de vida) e, em casos mais raros, por infecção tardia. A transmissão mãe-filho ocorre a partir do início do TP ou RM, podendo a transmissão ser feita in-útero ou durante a passagem no canal de parto (SPP, 2013). As características do colo uterino, na admissão, são de extrema importância na medida em que fornecem elementos para avaliar a evolução do TP.

Todos os dados recolhidos eram registados em sistema informático e no partograma. A OMS (2015) defende que os registos no partograma melhoram o acompanhamento do TP e facilitam a tomada de decisão.

No que concerne à limpeza da ampola retal no BP, seja através de enemas ou laxantes de contacto, a literatura defende que não devem ser utilizados, a menos que a parturiente solicite, uma vez que não tem efeitos significativos na diminuição das taxas de infeção (perineal e neonatal), nem no conforto e satisfação da mulher. Contudo, é política do serviço a administração de laxantes de contacto, defendendo que contribui para o conforto da mulher durante o TP.

Os sinais vitais eram, segundo o protocolo do serviço, avaliados uma vez por turno. Existem situações que requerem uma monitorização mais frequente, como por exemplo: colocação do cateter epidural, casos de pré-eclampsia, HTA na gravidez ou febre intraparto. Campos, Amaral e Faria (2014) defendem que a monitorização dos sinais vitais, na fase latente e na fase ativa do TP, deve ser realizada de 4/4h.

A monitorização através da CTG era realizada para avaliação do bem-estar fetal. Segundo a ACOG (2009), a monitorização CTG é recomendada para avaliação da vitalidade fetal intraparto. Alfievic, Devane e Gyte (2013), numa revisão sistemática da literatura da Cochrane, concluíram que o uso de CTG intraparto não reduz as taxas de mortalidade perinatal, os baixos *scores* no índice de APGAR, a admissão em unidades de neonatologia, nem os casos de paralisia cerebral, mas pelo contrário, aumenta o risco de cesarianas e de partos instrumentados.

O Royal College of Midwives (2008) recomenda que nos casos de gravidez de baixo risco seja feita monitorização intermitente da frequência cardíaca fetal (FCF), uma vez que esta demonstra ser mais eficaz e favorece o desenvolvimento do TP. Durante o ensino clínico foi possível realizar a monitorização intermitente apenas uma vez dado não haver equipamento disponível e o existente nessa altura ser ainda experimental.

Durante todo o ensino clínico promoveu-se o controlo da dor através de métodos não farmacológicos dando grande relevância à deambulação (nem sempre facilitada pela monitorização da FCF e da analgesia epidural), à utilização de técnicas de respiração, massagem, duche, dança, utilização da bola de pilates e musicoterapia. Todas estas estratégias favorecem, ainda, o relaxamento muscular e nervoso, permitindo a progressão do TP, o posicionamento e encravamento da apresentação fetal.

A adoção de posições verticais, seja através da deambulação, do ato de sentar-se na bola de pilates ou até mesmo na cama, facilitam a descida e o encravamento do feto. A posição vertical promove o equilíbrio corporal da grávida, no sentido da força gravitacional,

promovendo assim os mecanismos de encravamento do feto e apoio do mesmo sobre o colo uterino. Com o aumento da pressão exercida pelo feto sobre o colo do útero desencadeia-se um reflexo ao nível do hipotálamo-hipófise, que vai estimular a produção de ocitocina e promover a irrigação uterina o que, conseqüentemente, leva a contrações uterinas mais eficazes, diminuição da duração do 1º estadio do TP e melhor tolerância à dor (Ferrão et al., 2017). A WHO (2018) recomenda de igual forma a liberdade de movimentos na medida em que diminui o tempo de TP nas nulíparas, e reduz a taxa de partos distócicos. Outra das posições adotadas no HPH durante o TP era a posição de cócoras. Nesta posição é possível atingir os maiores diâmetros da pelve, o que facilita a descida do feto e em conjunto com a força da gravidade e as contrações uterinas potencia a progressão do TP (Balaskas, 2017).

A bola de pilates permite à parturiente sentar-se sem desconforto e com um correto alinhamento da coluna. Com a bola era possível realizar movimentos de rotação da bacia que ajudam no encravamento da apresentação fetal, no alívio da pressão perineal e conseqüentemente no alívio da dor (Gallo et al., 2017). Nos casos de variedade posterior, o recurso à bola de pilates facilita a rotação cefálica.

A massagem promove o contacto físico com a parturiente, sendo um método muito eficaz na diminuição da ansiedade, stresse e dor durante o TP, promovendo o aumento do fluxo sanguíneo e a conseqüente oxigenação dos tecidos (Gallo et al., 2017). A massagem dá ainda á mulher uma sensação de maior controlo e satisfação com a experiência de parto (Smith et al., 2018).

A literatura não é consensual no que toca à ingestão nutricional durante o TP. Durante muito tempo a ingestão nutricional era completamente desaconselhada devido ao elevado risco de aspiração no caso de necessidade de anestesia geral para uma cesariana emergente. Contudo, com o avanço da medicina, nomeadamente na área da anestesiologia, o risco de bronco-aspiração é muito reduzido (Singata et al., 2013). O jejum prolongado durante o TP pode ter como conseqüência experiências de parto negativas, TP mais prolongados e dolorosos (Dekker, 2017).

A ACOG (2017a) recomenda a ingestão nutricional durante o TP, excluindo os alimentos sólidos e privilegiando os líquidos claros como o chá, a água e os sumos de fruta.

No HPH, às mulheres em fase latente do TP era oferecida uma refeição ligeira e às que se encontravam em fase ativa do TP era dada a oportunidade de ingerirem líquidos claros e açucarados.

Para perceber a progressão do TP e o posicionamento fetal procedia-se ao exame vaginal. Através desta intervenção, o toque vaginal permitia perceber as características da bacia materna, a integridade da bolsa amniótica e a estática fetal. A estática fetal inclui a

atitude, situação, apresentação, posição e variedade. A atitude corresponde à postura fetal, ou seja, à flexão generalizada do corpo. A situação diz respeito à relação entre os maiores eixos materno e fetal. A parte fetal palpável no toque vaginal denomina-se por apresentação. Esta pode ser cefálica, pélvica ou de espádua ou modo pés. A posição fetal corresponde à relação entre o ponto de referência da apresentação fetal com o lado direito ou esquerdo, do canal de parto. Por fim, quando se fala de variedade fala-se da relação entre o ponto de referência da apresentação fetal com as regiões anterior, posterior ou transversa do canal de parto (Graça, 2017).

Para a avaliação do TP recorreu-se ao índice de Bishop, apresentado no quadro 4, que contempla as características do colo uterino durante um TP fisiológico, assim com a descida da apresentação fetal segundo os planos Hodge. O 1º plano corresponde à passagem da apresentação fetal pelo promontório e o bordo superior da sínfise púbica, o 2º plano corresponde à passagem entre a 2ª/3ª vértebra sacrada e o bordo inferior da sínfise púbica, o 3º plano corresponde à passagem pelas espinhas isquiáticas e por fim, o 4º plano implica a passagem pelo cóccix (Graça, 2017).

Índice de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	Fechado	1-2	3-4	≥5
Extinção (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Descida	Acima do I plano	I plano	II plano	III plano
Consistência	Duro	Médio	Mole	-
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	-

Quadro 4 – Índice de Bishop

Fonte: Machado (2005)

Segundo a WHO (2018), o exame vaginal deve ser realizado de 4/4h, por rotina. Já Campos e colaboradores (2014) defendem que durante a fase latente o toque deve ser realizado de 2/2h e na fase ativa de 1/1h. Perante as diferentes perspetivas, no HPH, o toque vaginal realizava-se conforme a necessidade e a evolução do TP. Desta forma realizava-se esta avaliação no momento de admissão ao BP, na execução de procedimentos como a amniotomia, colocação de cateter epidural, após a rotura espontânea de membranas ou quando a parturiente verbalizava algum desconforto.

Após o exame vaginal, caso a parturiente apresentasse rotura de membranas era trocado o penso, tal como preconiza o protocolo do serviço. Desta forma, também se contribuía para o conforto da mulher.

Devido à analgesia epidural, muitas mulheres apresentavam retenção urinária, pelo que era necessário recorrer ao cateterismo vesical. Nestes casos, as grávidas ficavam algaliadas durante todo o TP até ao período expulsivo o que contribuía para a dificuldade de deambulação.

As anomalias durante o TP podem ocorrer tanto em nulíparas como em múltiparas. Segundo Friedman (1978, cit. Por Machado, 2005) o registo dos dados no partograma permite a identificação de anomalias ao nível da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal. No quadro 5 apresentam-se as anomalias mais comuns durante o TP.

Padrão de TP	Critérios de Diagnóstico	
	Nulíparas	Múltiparas
Fase latente prolongada	>20h	>14h
Fase ativa prolongada	<1,2cm/h	<1,5cm/h
Fase de desaceleração prolongada	>3h	>1h
Paragem secundária da dilatação	>2h	>2h
Progressão da apresentação prolongada	<1cm/h	<2cm/h
Ausência de progressão	Ausência de descida da apresentação fetal no 2º estadio de TP	

Quadro 5 – Padrões anómalos de TP

Fonte: Machado (2005)

A WHO (2018) define TP prolongado como o progresso lento e anormal do TP, decorrente de contrações uterinas ineficazes, incompatibilidade feto-pélvica, apresentação ou posição anormal do feto, ou nas estruturas ósseas e/ou tecidos moles pélvicos. Este é um problema mais frequente em nulíparas, podendo ocorrer também, e associado a taxas mais elevadas de mortalidade e morbidade materna e perinatal, em consequência de infeções, rotura uterina ou cirurgias obstétricas.

Diante de um TP prolongado é importante intervir. A maturação cervical e a indução do TP têm como objetivo preparar o colo uterino e iniciar/intensificar as contrações uterinas a fim de promover a dilatação e a extinção do colo uterino. Em casos de TP prolongado as

intervenções variam de acordo com o índice de Bishop. Se for <7cm deve realizar-se a maturação cervical com prostaglandinas ou dilatação mecânica do colo. Caso seja ≥7cm está indicada a indução do TP com ocitocina (Coutinho et al., 2014). A WHO (2018) defende a utilização de ocitocina apenas perante um diagnóstico efetivo de TP prolongado e quando a dilatação cervical for >5 cm.

No HPH era frequente a administração de ocitocina com o intuito de diminuir o TP, independentemente do índice de Bishop e do diagnóstico de TP prolongado. Assim, segundo o protocolo do serviço administrava-se 10UI de ocitocina diluídas em 1000ml de soro, em perfusão contínua. Iniciava-se a perfusão a 15ml/h. Caso não existissem intercorrências, após 30min., aumentava-se o débito em 15ml/h, de 20 em 20 minutos, de acordo com a dinâmica uterina.

A ocitocina pode ser benéfica em casos de TP prolongado, mas o seu uso rotineiro pode acarretar algumas consequências, tais como: taquissístolia, hipoxia fetal e rotura uterina. Além disso, o uso injustificado de ocitocina limita a autonomia e o *empowerment* da mulher durante o TP, influenciando assim, negativamente, a sua vivência desta experiência. A administração de ocitocina implica uma monitorização mais rigorosa pelo que se opta pela monitorização através de CTG contínua o que, conseqüentemente, limita a deambulação da mulher (WHO, 2018).

A taquissístolia caracteriza-se pela ocorrência de mais de 5 contrações em 10 minutos, durante um período superior a 20 minutos. Este aumento da contractilidade uterina pode levar à hipoxia fetal, uma vez que reduz as trocas gasosas que ocorrem no intervalo entre cada contração (Campos, 2014).

Perante uma situação de hiperestimulação uterina torna-se imperativo suspender a perfusão ocitócica, posicionar a grávida em decúbito lateral esquerdo, a fim de promover a perfusão uteroplacentária e manter a monitorização CTG. Caso estas medidas não fossem suficientes para reverter a situação, e perante um traçado cardiotocográfico com alterações, procedia-se à tocolise. Era administrado Salbutamol 25ug/min (EV), até uma dose máxima de 125ug, em 500ml de soro fisiológico, a um ritmo de 150ml/h durante o máximo 5 minutos, tal como protocolo do serviço.

Outra intervenção utilizada no HPH para acelerar o TP é a amniotomia, ou seja, a rotura artificial das membranas amnióticas. Este não é um procedimento inócuo, dado o risco de existir prolapso do cordão umbilical ou a sua compressão, aumento do risco de infeções, bem como o aumento da intensidade e frequência das contrações uterinas pela libertação de prostaglandinas (WHO, 2015).

Antes da realização da amniotomia deve assegurar-se que: a dilatação cervical é superior a 3cm; que a apresentação fetal se encontra no III plano de Hodge, ou seja, encravada; que, em casos de SBG positivo, já existiram 4 doses de antibioterapia; que o traçado CTG é tranquilizador; e que não há contra-indicações (HIV+, gravidez múltipla, parto prematuro) (Souza et al., 2010).

No final da intervenção é essencial registar-se a hora da rotura e as características do LA.

Após estas tentativas para acelerar a progressão do TP, por vezes não se observavam alterações na dilatação e extinção do colo uterino, ou na descida da apresentação fetal, considerando-se assim como TP estacionário. Entende-se por TP estacionário a ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, 4h com dilatação inferior a 6cm, ou 2h com dilatação superior a 6cm.

As causas de um TP estacionário podem ser de natureza mecânica: condições fetais ou do canal de parto que impedem a normal progressão da apresentação, apesar da dinâmica uterina. Ou podem ser de natureza dinâmica: disfunção da contratilidade uterina (DGS, 2015b). Face ao diagnóstico de TP estacionário a parturiente era preparada para cesariana.

2.2 Cuidar da mulher/casal no segundo estadio do trabalho de parto

O segundo estadio de TP inicia-se quando a mulher apresenta a dilatação completa correspondendo, desta forma, ao início do período expulsivo. Este período está compreendido entre o momento em que se verifica a dilatação completa e a extinção total do colo e o momento da expulsão fetal (WHO, 2018).

No caso de nulíparas sem analgesia epidural este período pode demorar até 2h e nas múltiparas pode ir até 1h. Em presença de analgesia epidural acresce 1h a estes *timings* (Joy, 2015). A ACOG (2009) defende que um atraso neste estadio de TP não é prejudicial, desde que estejamos perante um traçado tranquilizador e a mulher esteja hidratada e confortável.

Pode dividir-se o 2º estadio de TP em duas fases: a latente, em que a dilatação cervical se encontra completa, mas não há contractilidade uterina expulsiva; e a ativa, que se inicia com esforços expulsivos e termina na expulsão do feto (RCM, 2012a). Na fase latente ocorre uma acomodação da apresentação fetal às estruturas maternas. Esta acomodação

compreende seis movimentos cruciais para a passagem através do canal de parto, são eles: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça, a rotação externa e, por fim, a expulsão fetal (Graça, 2017).

A vigilância da progressão do feto ao longo do canal de parto era fundamental, na medida em que permitia identificar a variedade e posição do polo cefálico em relação à bacia materna. Assim, durante o exame vaginal procurava-se a fontanela posterior, sendo o osso occipital o ponto de referência.

Tal como é referido na literatura, constatou-se que os partos de fetos com variedades posteriores tinham tendência a ser mais demorados, uma vez que a rotação interna leva à deslocação do occipital no sentido da sínfise púbica, colocando-se o diâmetro sagital da apresentação coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto (Machado, 2005). As contrações uterinas são essenciais para modificar a postura fetal, sobretudo após o encravamento, assim como a posição materna, pois permite uma melhor acomodação fetal. Quanto à posição, pode ser cefálica, transversa ou pélvica. Em todos os casos examinados durante o estágio o feto encontrava-se em posição cefálica. A apresentação pode ser em vértice, occipito-posterior (bregmática), de frente ou de face, sendo a de vértice e a bregmática as mais frequentes. A cabeça do feto roda no sentido da sínfise púbica, de forma a atingir o menor diâmetro possível para facilitar a sua passagem pelo canal de parto. Assim, durante o estágio foi possível perceber-se que, tal como descrito na literatura, partos de fetos com variedades posteriores tiveram tendência a ser mais demorados (Machado, 2005).

O posicionamento materno é bastante importante neste processo de acomodação do feto ao canal de parto. Parturientes que adotam posições verticais durante o TP apresentam uma menor duração do primeiro e segundo estádios do TP, apresentam ainda menor necessidade de intervenções médicas e relatam experiências de parto mais positivas e satisfatórias (Pridis et al., 2012). Na mesma linha de pensamento, a ACOG (2018) refere que posições verticalizadas ou lateralizadas apresentam taxas de episiotomias de partos instrumentados inferiores, quando comparadas com a posição de litotomia, apesar de apresentarem taxas superiores de lacerações de 2º grau.

A posição de litotomia apresenta grandes desvantagens, entre as quais: compressão de grandes vasos maternos que, conseqüentemente, leva à hipotensão e bradicardia materna; alterações na irrigação uteroplacentária, o que inevitavelmente leva a menor oxigenação fetal e alteração no traçado cardiotocográfico; diminuição da eficácia das contrações e dos esforços expulsivos; aumento da dificuldade da descida do feto pelo canal de parto visto que é direcionado para o triângulo posterior e, para a expulsão, é obrigado a

subir para vencer a curvatura pélvica; é uma posição mais desconfortável e dolorosa para a parturiente (Mineiro et al., 2016).

No HPH era privilegiada a adoção de posições verticais durante o primeiro e segundo estádios de TP, contudo, durante o período expulsivo as parturientes adotavam a posição de litotomia.

De acordo com o protocolo em uso no BP do HPH, como referido anteriormente, a parturiente adotava a posição de litotomia. Após o posicionamento da mulher, preparava-se o material, os profissionais equipavam-se com o EPI, preparava-se a parturiente respeitando as normas assépticas, colocando perneiras esterilizadas, campo de parto estéril com funil, por baixo da região sagrada e o campo de parto sobre o abdómen para receber o RN. Na mesa de apoio colocava-se o *kit* de parto com o material organizado por ordem de utilização.

A progressão fetal pelo canal de parto despoleta o reflexo involuntário de puxo – reflexo de Ferguson. Tal acontece porque a apresentação fetal exerce pressão nos recetores da face posterior da vagina o que leva à libertação de ocitocina (Graça, 2017). A analgesia epidural diminui este reflexo, uma vez que origina um bloqueio neuronal, sendo necessário, na maioria das vezes o puxo dirigido, nomeadamente através da manobra de Valsava.

Nos partos que decorreram com analgesia epidural poucos foram os casos em que a mulher tinha perceção do reflexo de Ferguson, como tal o puxo era ineficaz e tinha de ser dirigido.

Durante o decurso do período expulsivo era possível perceber-se a descida do feto, pelos planos de Hodge. À medida que se dava o coroamento era aplicada vaselina líquida e água morna, no períneo, para lubrificar, relaxar as paredes vaginais e reduzir/evitar o trauma. Não há evidência que comprove que a aplicação de água morna reduz o número de lacerações de 1º e 2º grau, contudo reduz significativamente o risco de episiotomia (Mendes, 2013).

As lacerações são classificadas em 4 graus. A laceração de 1º grau atinge a pele vaginal ou perineal; a de 2º grau atinge os músculos perineais sem atingimento do esfíncter anal; a de 3º grau envolve o esfíncter anal ao nível externo; e, por fim, a laceração de 4º grau envolve a mucosa do esfíncter anal (Elharmeel et al., 2011).

A episiotomia consiste numa incisão realizada no períneo com o objetivo de ampliar a área de saída do feto e evitar lacerações, apesar de não existir evidência científica que comprove que a sua realização diminui a frequência de lacerações, a incontinência urinária ou prolapsos vaginais (Fatia et al., 2016).

A realização da episiotomia pode trazer algumas complicações, entre elas: hemorragia, dor pós-parto, dispareunia, infeção e deiscência da ferida, incontinência

urinária, dificuldades ao nível da amamentação e vinculação com o RN (Elharmeel et al., 2011).

As recomendações mais atuais da ACOG (2018) referem que a episiotomia deve ser realizada de forma seletiva e individualizada e não de forma rotineira. A sua realização está indicada apenas em partos vaginais distócicos, em casos de macrosomia fetal, distocia de ombros, apresentação pélvica, cicatrizes prévias que possam resultar em lacerações graves, sofrimento fetal agudo, rigidez perineal e/ou altura do períneo inferior a 3cm (Fatia et al., 2016).

Durante o estágio, dos 41 partos eutócicos realizados apenas 11 foram com recurso a episiotomia. Nesses casos, a episiotomia foi na direção médio lateral esquerda, apesar de estar associada a uma maior dor pós-parto e a uma maior perda sanguínea, apresenta um menor risco de atingimento da mucosa anal. Esta incisão deve ser realizada sob anestesia local (em casos em que não haja analgesia epidural), no momento da contração uterina e na altura do coroamento e distensão perineal. Deve sempre partir da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática (Fatia et al., 2016).

Em todos os partos eutócicos realizados foi feita a tração controlada da cabeça fetal recorrendo à manobra de Ritgen. Esta manobra está associada a uma menor incidência de traumatismo perineal (RCM, 2012b). Nesse momento o EESMO protegia o períneo com a mão direita enquanto, com a esquerda, desencravava as bossas parietais do feto, exercendo pressão na direção descendente, evitando o desprendimento brusco da cabeça. Após a exteriorização da cabeça pesquisava-se a presença de circulares cervicais. No caso de existirem, pedia-se à parturiente que parasse de puxar e procedia-se ao desenrolar do cordão umbilical. Perante circulares apertadas era realizada a clampagem e laqueação prévia do cordão umbilical.

Na maioria dos casos, foi possível observar-se a restituição espontânea da cabeça fetal, voltando-se para a tuberosidade isquiática. Após a rotação dos ombros para o menor diâmetro biacromial era feita a exteriorização do ombro anterior, fazendo uma ligeira tração descendente, e depois no sentido contrário para libertar o ombro posterior. Enquanto com a mão direita protegia o períneo com a mão esquerda procedia à restante exteriorização fetal.

Em alguns dos partos realizados foi encontrado mecónio no LA. Uma das possíveis complicações nesta condição é a síndrome de aspiração meconial (SAM). A evidência científica mais atual desaconselha a aspiração de secreções nasofaríngeas à vulva, uma vez que a SAM pode ocorrer mesmo após a aspiração e este procedimento pode levar a períodos de apneia ou bradicardia. Assim, a ACOG (2017b) recomenda que se o RN apresentar um

choro vigoroso, bom tônus muscular e ausência de dificuldade respiratória lhe sejam prestados os cuidados normais para a adaptação à vida extrauterina. Durante o estágio, perante estes casos, foi realizada a aspiração de secreções, pelo pediatra, no reanimador e, posteriormente, o RN era colocado em contacto pele com pele com a mãe.

O RN era colocado sobre o abdómen materno e era promovida a permeabilização das vias aéreas superiores com a limpeza do nariz e da boca com uma compressa limpa, assim como a estimulação do dorso, de baixo para cima, para permitir a mobilização das secreções. De seguida procedia-se à laqueação do cordão umbilical após este parar de pulsar ou ao fim de 3 minutos. A OMS (2013) preconiza a clampagem tardia do cordão, beneficiando o RN, na medida em que permite a passagem contínua de sangue da placenta para o RN, favorecendo o aumento das reservas de ferro até 50%, conseqüentemente a diminuição em 61% da anemia na infância, redução da incidência de hemorragia intraventricular em recém-nascidos prematuros e redução da incidência de enterocolite necrosante e sépsis neonatal. Esta prática aumenta a incidência de icterícia neonatal. Contudo, segundo a ACOG (2017), os benefícios suplantam os riscos.

No momento da laqueação do cordão era permitida a colaboração da pessoa significativa presente no BP, se assim fosse o desejo da mulher/casal.

De seguida, o pediatra avaliava o RN. Era confirmado o índice de APGAR, monitorizado o peso, o comprimento e perímetro cefálico. Era administrada vitamina K (IM) e aplicada pomada oftálmica, de acordo com o protocolo da instituição.

O índice de APGAR classifica a capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina no 1º, 5º e, eventualmente, 10º minutos de vida, compreendendo 5 parâmetros: frequência cardíaca, respiração, coloração da pele, irritabilidade reflexa e tônus muscular. O score final é o somatório da pontuação atribuída a cada item e que pode variar entre 0 e 2. O índice de APGAR é um bom preditor da necessidade de uma vigilância mais apertada e rigorosa, contudo não deve ser utilizado para determinar a necessidade de reanimação (ACOG, 2015).

Após serem prestados os cuidados ao RN este era colocado em contacto pele com pele com a mãe. O contacto pele com pele promove a estabilização da temperatura corporal do RN, diminui os níveis de stresse, promove o aumento dos níveis de ocitocina, promove a amamentação e a vinculação (Moore et al., 2016).

2.3 Cuidar da mulher/casal no terceiro estadio do trabalho de parto

Após a expulsão do feto sucede-se o 3º período de TP designado por dequitação e caracterizado pela expulsão da placenta.

Com a expulsão do feto ocorre uma diminuição súbita do tamanho da cavidade uterina que, aliado à manutenção das contrações uterinas, leva a uma redução da área de inserção da placenta, provocando assim a rotura das vilosidades e, conseqüentemente, a separação das suas ligações (Lowdermilk e Perry, 2012). Durante o 3º estadio de TP o EESMO pode seguir duas abordagens: a ativa ou uma atitude expectante. Uma atitude de gestão ativa da dequitação envolve três pressupostos: a administração de uterotônicos, a clampagem do cordão umbilical antes de este parar de pulsar e a tração controlada do cordão. A OMS (2018) recomenda a administração de uterotônicos, bem como a realização da tração controlada do cordão, visto que esta intervenção está associada a uma redução da perda sanguínea, bem como da duração do 3º período de TP.

O uterotónico mais comumente administrado é a ocitocina EV. Begley e colaboradores (2015) referem que a massagem uterina não previne a HPP, apenas pode contribuir para a sua gestão. Perante uma gestão ativa, a dequitação deve ocorrer em 30 minutos. Uma atitude expectante implica que o EESMO aguarde pela expulsão placentar de forma espontânea, vigiando os sinais que caracterizam a saída da placenta (Begley et al., 2015). Os sinais que caracterizam o descolamento da placenta da parede uterina são: o súbito fluxo sanguíneo vaginal, elevação do útero no abdómen, alteração da forma uterina, progressão da exteriorização do cordão umbilical (Fatia et al., 2016).

No estágio, após a expulsão fetal adotava-se uma atitude expectante. O tempo estimado para a ocorrência da dequitação, nestes casos, varia entre 45 a 60 minutos, caso não ocorra uma perda de sangue excessiva (Fatia et al. 2016). Enquanto se esperava pelos sinais de descolamento da placenta, realizava-se a recolha de sangue do cordão para células estaminais – quando o casal assim o desejava –, ou quando o grupo sanguíneo da mulher era O ou RH negativo, para prevenir a doença hemolítica do RN e, quando necessário, preparava-se o material para a episiorrafia ou correção de lacerações.

Para verificar o descolamento da placenta efetuava-se a manobra de Kustner. Na realização desta manobra era colocada a mão acima do bordo da sínfise púbica e exercia-se pressão, na vertical, para verificar se o cordão retraía ou não. Caso o cordão retraísse,

considerava-se que ainda não tinha ocorrido a separação da placenta da parede uterina. Quando o cordão não retraía era realizada a sua tração controlada. Assim que a placenta atingia o intróito vaginal era realizada a manobra de Dublin, que consiste na realização de movimentos rotativos até à exteriorização completa da placenta e membranas. Após a dequitação é necessário inspecionar não só a placenta como, também, as membranas e o cordão umbilical. Relativamente à placenta, observava-se o tamanho, a forma e regularidade dos bordos. Era realizada a reconstrução da câmara amniótica, verificando a existência dos dois folhetos, o âmnio e o córion. Verificava-se ainda a inserção da placenta e a integridade dos cotilédones ou presença de cotilédones aberrantes. Quanto ao cordão umbilical era observado o número de vasos, duas artérias e uma veia, a presença de nós, verdadeiros ou falsos, a presença de geleia de Wharton e o comprimento do cordão (Graça, 2017).

Durante o estágio não foram verificados casos de retenção placentar, contudo houve alguns em que se observou membranas fragmentadas, pelo que houve necessidade de uma revisão uterina manual e a realização de ecografia, no momento da alta.

Relativamente aos mecanismos de expulsão da placenta, podem ser de dois tipos: Duncan ou Schultze.

O mecanismo de Schultze é o mais comum e caracteriza-se pela formação de um hematoma na região central da placenta sendo eliminado na expulsão da mesma. Neste mecanismo apresenta-se primeiro a face fetal e com maior sangramento após a exteriorização completa da placenta. No caso do mecanismo de Duncan, o descolamento placentar inicia-se na periferia da placenta pelo que há um sangramento contínuo. Neste caso, sai primeiro a face materna da placenta (Fatia et al., 2016).

À expulsão da placenta, segue-se o período de hemóstase, considerado por alguns autores como o 4º período do TP e que corresponde à primeira hora pós dequite. Nesta altura, o útero contrai-se, favorecendo a laqueação dos vasos uterinos e prevenindo a HPP. Existe a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, formando um hematoma na região de inserção da placenta, também designado de ferida placentar (Fatia et al., 2016). Durante este período procedia-se à palpação abdominal para verificar a presença do globo de segurança de Pinard e era avaliada a perda sanguínea. Era ainda colocada uma perfusão de soro com ocitocina a 250ml/h, conforme protocolo da instituição.

De seguida, procedia-se à inspeção do canal de parto e avaliavam-se as estruturas afetadas. No caso de o períneo estar íntegro era realizada a higiene perineal, e colocada a mulher numa posição confortável, promovendo-se a amamentação do RN. Quando existia laceração ou tinha sido realizada episiotomia, procedia-se à higiene perineal e à troca do EPI para correção das mesmas. A seleção do fio de sutura dependia do tipo de correção

necessária, contudo o fio preconizado pela instituição é o Vicryl Rapid 2/0, ou 3/0. Era realizada uma nova inspeção do canal de parto e colocado um tamponamento para evitar o sangramento contínuo e facilitar a visualização das estruturas afetadas. Antes de se iniciar a sutura era necessário avaliar a necessidade ou não de analgesia. A sutura era iniciada 1cm acima do ápex da lesão. Na mucosa vaginal era realizada sutura contínua não cruzada, na região muscular eram dados pontos separados com nó triplo e, por fim, para o encerramento da pele eram utilizados pontos de Donatti. Após a correção perineal, era removido o tamponamento, realizados os cuidados de higiene perineais, avaliada a presença do globo de segurança de Pinard, colocada a mulher numa posição confortável e colocado o RN a mamar.

A amamentação precoce favorece o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, aumenta a duração do aleitamento materno e contribui para a diminuição da mortalidade e morbidade neonatal (Boccolini, 2013). O contacto pele com pele e a amamentação na 1ª hora de vida aumentam a manutenção da amamentação em mais 42,6 dias (ACOG, 2016).

Era promovida a alimentação e hidratação materna.

Após duas horas de vigilância e não havendo intercorrências eram prestados novamente os cuidados de higiene perineal à mulher, avaliada a perda sanguínea, verificada a presença do globo de segurança de Pinard, realizados os últimos registos e transferida a puérpera/casal e RN para o serviço de obstetrícia.

3. PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

O estágio desenvolvido no âmbito do pós-parto e parentalidade decorreu no serviço de puerpério do HPH, entre o dia 18 de dezembro de 2017 e o dia 30 de março de 2018, sob a supervisão de um EESMO.

O serviço de puerpério do HPH tem uma lotação de 30 camas.

Puerpério é o nome dado ao período do pós-parto, no qual a mulher vivencia uma série de adaptações físicas e psicológicas. É também neste período que a mulher se confronta com as expectativas construídas durante a gestação e a realidade trazida pela chegada do bebé (Emídio & Hashimoto, 2008, cit por. Souza et al, 2013).

O puerpério é então o período que se inicia imediatamente após o parto e se prolonga pelas seis semanas seguintes. Este período subdivide-se em três: o puerpério imediato, onde por norma ocorre a maioria das complicações pós-parto e que corresponde às primeiras 24 horas; o puerpério precoce que abrange a primeira semana pós-parto; e o puerpério tardio que se prolonga até à sexta semana pós-parto, em que a mulher retorna ao seu estado pré-gravídico e regressa o ciclo menstrual (Cunningham et al. 2010).

O período pós-parto é algo fisiológico na vida da mulher, no entanto dependendo do tipo de parto, tipo de analgesia ou anestesia e a existência ou não de complicações, várias são as vigilâncias inerentes a esta período (ACOG e AAP, 2012).

Desta forma, e tendo por base o tempo decorrido após o parto, em todos os turnos eram realizadas atividades de vigilância a fim de prevenir e diagnosticar precocemente complicações que pudessem surgir tanto ao nível materno como neonatal.

No HPH, após o parto, estando a puérpera e o RN estáveis, são transferidos para o serviço de puerpério. Neste serviço, e tendo em conta que, tal como referido no capítulo anterior, o HPH é um Hospital Amigo dos Bebés, os RN saudáveis são mantidos permanentemente junto da mãe para facilitar a vinculação.

Neste sentido, promove-se ainda a presença do pai ou de outra pessoa significativa 24h/dia, não só para dar apoio à puérpera, mas também para promover o envolvimento do pai.

A inclusão do pai nos cuidados ao RN tem-se revestido de enorme importância, uma vez que, cada vez mais, a gravidez é um fenómeno do casal e não apenas da mulher. Acresce ainda o facto da integração do pai facilita o desenvolvimento do papel parental. (Nogueira et al., 2012).

Durante este estágio, vários foram os casais/puérperas e RNs alvo dos nossos cuidados. O quadro 6 mostra o número total de utentes assistidos.

Puérperas assistidas		RN assistidos	
Baixo risco	Moderado/Alto risco	Baixo risco	Moderado/Alto risco
60	48	75	27
Total: 108		Total: 102	

Quadro 6 – Número de utentes assistidos durante o estágio de Pós Parto e Parentalidade

3.1 Avaliação inicial da puérpera e RN

Após ser realizado o acolhimento da puérpera e do RN, já abordado nos capítulos anteriores, procedia-se à recolha de dados iniciais.

Nesta fase era pertinente verificar-se a anamnese das puérperas e do RN, realizada pelo enfermeiro no BP, e realizar o exame físico.

A anamnese constitui-se como a primeira etapa do processo de enfermagem. A recolha de dados do cliente configura-se como uma etapa de extrema importância, pois permitirá ao enfermeiro estabelecer diagnósticos e planear intervenções (Santos et. al 2018). Os dados podem ser recolhidos de várias formas, entre elas: entrevista, exame físico, observação ou resultados de exames complementares.

O exame físico permite avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando achados anormais que sejam sugestivos de alterações. Este exame deve ser realizado de uma forma sistematizada, no sentido cefalo-caudal, através de uma minuciosa avaliação utilizando técnicas como a inspeção, a palpação, a percussão e a auscultação. (Santos et al 2011)

No que concerne ao exame físico da mulher observava-se a coloração das mucosas, monitorizavam-se os sinais vitais (tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), dor e temperatura corporal (T)), observava-se a ferida cirúrgica, lacerações e hemorroidas, no caso de existirem, observava-se as mamas, e com o objetivo de avaliar a contração uterina palpava-se o útero e avaliava-se a perda sanguínea.

Santos e colaboradores (2014, cit. por Montenegro et al., 2014) defendem que a vigilância de rotina, no puerpério, após parto vaginal, deve passar pela monitorização dos sinais vitais (T 2x/dia, TA e FC 1x/dia e da dor), vigilância de eliminação vesical e intestinal, perda hemática vaginal, capacidade para prestar cuidados ao RN, as dificuldades na amamentação, o estado emocional, a coloração da pele e mucosas, as mamas, a contração e a involução uterina, os lóquios, nomeadamente quantidade, cheiro e cor, o períneo – presença ou não de ferida cirúrgica/lacerações, edema e/ou equimose - , o ânus, nomeadamente presença de hemorroidas e, ainda, membros inferiores para despiste de tromboembolismo.

No que concerne ao RN, observava-se a coloração da pele, a tonicidade, a respiração, e o choro.

Após esta primeira avaliação, tanto da puérpera como do RN, era fundamental fazer uma avaliação contínua de ambos durante todo o internamento a fim de detetar precocemente complicações e promover a recuperação da mulher, a adaptação do RN À vida extrauterina, e a adaptação dos pais à parentalidade.

3.2 Atividades de diagnóstico/vigilância e promoção do autocuidado da mulher no pós-parto

O puerpério é um período crítico na vida da mulher, na medida em que este implica o desenvolvimento de habilidades e competências, que se caracteriza pela necessidade de dar solução a tarefas desenvolvimentais específicas (Leal, 2005). Esta, é ainda uma fase de grande vulnerabilidade materna e neonatal, sendo o período em que se verifica a maioria dos casos de mortalidade e morbidade materna e neonatal.

Assim, é importante que o EESMO apoie o casal, de forma a que este vivencie uma experiência positiva e saudável, que vá ao encontro das suas expectativas, e desenvolva atividades de vigilância da puérpera e do RN.

3.2.1 Executar cuidados de higiene e conforto

No HPH era prescrito repouso no leito durante as primeiras horas às puérperas de parto vaginal, assim, durante este período, estas encontravam-se dependentes para o autocuidado higiene.

Segundo os protocolos instituídos no serviço, o repouso era cumprido durante seis horas, se parto por via vaginal, e durante 12 horas no caso de cesariana. Durante este período, os cuidados de conforto e higiene à mulher eram prestados pelo EESMO. Avaliavam-se as características dos lóquios, aproveitando esse momento, para ensinar sobre a higiene íntima diária e a frequência da troca do penso higiênico.

No que toca à higiene íntima, a literatura não é perentória quanto ao momento mais adequado para a sua realização, no entanto, é referido que a troca frequente do penso higiênico é importante, de forma a manter o períneo limpo e seco. A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012) recomenda a higiene íntima com maior frequência (uma a três vezes por dia) no puerpério recente dado que a pele e mucosa estão mais irritadas pelo hipoestrogenismo, pela presença de lóquios e maior sudorese.

A higiene perineal deve ser realizada com água tépida, corrente, e com um agente de limpeza adequado àquela zona do corpo, de forma a que seja possível remover as partículas sólidas e a gordura sem ser nefasta para os tecidos. Durante a secagem, não é aconselhado esfregar e friccionar as estruturas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012).

Tendo em conta que este estágio foi tutelado, de acordo com as orientações em vigor no serviço, recomendava-se, a higiene perineal pelo menos uma vez por dia e, ainda, após cada dejeção.

Os cuidados de higiene perineal devem ser efetuados no sentido ântero-posterior, para evitar a contaminação da região vulvar com bactérias provenientes da flora intestinal (Lowdermilk e Perry, 2008). Nesse momento, a puérpera era ensinada e incentivada a trocar regularmente os pensos higiênicos, de quatro a seis horas, ou de acordo com a perda sanguínea, de forma a evitar a infeção do local, especialmente se tivesse ferida cirúrgica bem como era alertada para os possíveis sinais e sintomas de infeção.

Após as primeiras 24h, a mulher era incentivada a fazer a higiene perineal durante o duche mantendo a mesma frequência quanto à troca do penso (pelo menos uma vez dia e, ainda, após as dejeções).

Segundo a universidade de Wisconsin (2009, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2011) a evidência científica não defende a utilização de antissépticos no período pós-parto, mesmo em feridas cirúrgicas, pelo que não devem ser utilizados de forma rotineira em mulheres sem complicações puerperais.

3.2.2 Executar o primeiro levante

Desde o início da gravidez que o risco trombótico está aumentado dado que *as adaptações da hemostase, favorecem um ambiente protrombótico, mesmo na ausência de outros fatores de risco trombótico* (Lima e Borges, 2015, p. 5). Nas primeiras 72 horas pós-parto o risco trombótico é 5 vezes superior à sua ocorrência durante a gravidez, uma vez que após o parto, devido à perda de volume plasmático, existe um aumento da hemoglobina, do hematócrito, dos fatores da coagulação e do fibrinogénio, por este facto o exame físico realizado à puérpera nas primeiras horas pós-parto deve incluir o teste de Homan (Graça, 2017).

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a deambulação precoce é essencial para a prevenção de complicações, além de promover uma recuperação mais rápida da vitalidade.

O primeiro levante é um procedimento que exige grande atenção por parte do EESMO, uma vez que após o parto o risco de hipotensão ortostática é elevado devido à rápida diminuição da pressão intra-abdominal, que se traduz numa dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos, levando à estase de sangue nas vísceras (Lowdermilk e Perry, 2008).

Previamente à realização do primeiro levante, monitorizavam-se os sinais vitais, incluindo a dor, coloração das mucosas, contração uterina e, no caso das puérperas submetidas a anestesia epidural ou raquidiana era avaliada a sensibilidade dos membros inferiores, sendo necessário esperar até à recuperação total da mesma e a presença de globo vesical. De seguida era elevada gradualmente a cabeceira da cama até atingir os 45º, elevando-se gradualmente até aos 90º, enquanto se monitorizava a TA e a FC. De acordo com as condições da puérpera ao levante, ela sentava-se na cama com os membros inferiores

pendentes. Não se verificando hipotensão, ou outra queixa, era incentivada a levantar-se e vigiada a sua deambulação. Não havendo registo de intercorrências, incentivavam-se os cuidados de higiene, inclusive a higiene no duche com água tépida, mantendo destrancada a porta.

No HPH, com as puérperas de parto vaginal nomeadamente as mulheres submetidas a analgesia epidural, o levante era realizado o mais precocemente possível, assim que a mulher manifestasse essa vontade e reunisse condições. No caso da cesariana o levante era, segundo protocolo, realizado após 6 horas de repouso.

3.2.3 Monitorizar a dor

A dor está presente na maioria das mulheres no período pós-parto.

No primeiro dia pós-parto, cerca de 36% das mulheres classificam a sua dor como moderada a elevada, e cerca de 6% manifestam o mesmo nível de dor no sétimo dia pós-parto (Fabris, 2011). As causas mais comuns de dor são por: presença de ferida perineal, presença de hemorroidas, mamilos fissurados/macerados e o ingurgitamento mamário. O estudo realizado por Francisco e colaboradores (2011) mostra que cerca de 92% das mulheres que nele participaram referem dor perineal no primeiro dia pós-parto, independentemente do tipo de trauma perineal que lhe estivesse associado. Lages (2012) argumenta que 18% das mulheres submetidas a cesariana referem dor abdominal um ano após o nascimento do filho e que cerca de 10% das mulheres referem dor perineal após parto vaginal.

Desta forma, é perceptível a importância das intervenções a implementar pelo EESMO, tendo como objetivo diminuir a perceção de dor da puérpera e promover o seu conforto.

Assim, uma das primeiras atividades de diagnóstico à chegada da puérpera ao serviço era a avaliação da dor, realizada através do uso da escala numérica de dor.

No caso de a puérpera referir dor perineal, era aplicado gelo durante 15 minutos e com uma frequência negociada com a mesma. Para prevenir efeitos adversos, a bolsa de gelo era envolvida com tecido, evitando-se o contacto direto com a pele. A crioterapia é um método frequentemente utilizado pelo EESMO, de fácil aplicação, ajuda na redução do processo inflamatório, diminuição do edema e de possíveis equimoses. A aplicação de gelo

deve ser feita nas primeiras 24 a 72h pós-parto (Nunes e Vargens, 2014). Peleckis e colaboradores (2017), no estudo que realizaram, demonstraram que 43% das puérperas que utilizaram a crioterapia nas primeiras 48 horas pós-parto consideraram-no como um método de alívio da dor bastante eficaz.

Para a aplicação do gelo, procedia-se primeiramente à inspeção do períneo. Nos casos em que era observada a presença de hemorroidas procedia-se à aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária e gelo para promover a vasoconstrição e, conseqüentemente, o conforto da puérpera.

As hemorroidas, na maioria dos casos, surgem devido aos esforços expulsivos que a mulher faz no momento do parto. No caso das puérperas, por norma, o tratamento conservador é suficiente, consistindo no amolecimento das fezes, na administração de analgésicos, na crioterapia no local e na aplicação tópica de uma pomada adequada anti-hemorroidária (Fernandes e Camacho, 2009).

No que concerne ao alívio farmacológico da dor, no HPH utilizavam-se analgésicos segundo protocolo, ou seja, paracetamol 1g PO – como primeira linha de tratamento – e ibuprofeno 400mg PO, caso o paracetamol não surtisse efeito. Segundo o National Institute for Health and Clinical Excellence (2006, cit. por OE, 2011), sempre que a mulher sentir dor ou desconforto, o profissional de saúde deve observar o períneo, aplicar gelo e, se a crioterapia não resultar, administrar um analgésico oral (em primeira instância o paracetamol).

No caso das puérperas submetidas a cesariana, a dor abdominal era a mais referida. Nestes casos, o protocolo estabelecido no HPH determinava a administração de quatro doses de morfina, via epidural de 12/12h.

No caso de a puérpera referir outro tipo de dor, que não associado ao tipo de parto, por exemplo dor abdominal causado pela CU, associada à estimulação da produção de ocitocina no momento da amamentação, o protocolo recomendava que fosse administrado paracetamol 1gr PO e, caso este não surtisse efeito, fosse administrado ibuprofeno 400mg PO.

3.2.4 Vigiar contração e involução uterina e características dos lóquios

De acordo com a OMS (2014, p.4) “a vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto”. A palpção do útero é a atividade que permite a vigilância da contração do útero, bem como a medição da altura uterina ao longo do tempo, de modo a verificar a sua involução. A contração uterina permite que o útero involua na sua dimensão, retorne ao seu local anatómico, promovendo ainda a hemóstase no local da ferida placentar (Lowdermilk e Perry, 2012).

A massagem uterina, estimula a libertação de prostaglandinas, responsáveis pela CU, o que conseqüentemente previne a hemorragia pós-parto (HPP) e ajuda a libertar os lóquios que podem ficar retidos no interior do útero, pela imobilização no leito, e que também podem originar hemorragia por dificuldade de contração das fibras musculares uterinas (Ruiz, 2007).

Alguns dos fatores que podem potenciar o risco de HPP são: parto precipitado, ou seja um trabalho de parto (TP) com duração inferior a 3 horas, macrosomia fetal, multiparidade e indução de TP (Graça, 2017).

A palpção do útero era realizada sempre com a puérpera de bexiga vazia, uma vez que a bexiga cheia ocupa espaço abdominal, podendo desviar o útero da sua linha média e interferir na sua contração (Graça, 2017).

Nas primeiras horas pós-parto, é esperado que o útero se encontre numa posição peri-umbilical, ou seja, perto da linha da cicatriz umbilical, iniciando o seu processo de involução após as primeiras 24 horas. Essa involução é de cerca de um a dois centímetros por dia, embora de forma irregular. Ao fim do décimo dia o fundo do útero já não é palpável na cavidade abdominal, e esse processo total demora entre três a seis semanas (Lowdermilk e Perry, 2008).

Um atraso na involução uterina pode indicar uma infeção, a retenção de fragmentos placentares, traumatismo do trato genital ou perineal, alterações da coagulação ou atonia uterina (Graça, 2017).

Esta intervenção era realizada, segundo protocolo do HPH, uma vez por turno.

Durante o processo de cicatrização da ferida placentar ocorre a libertação de um fluxo sanguíneo pelo canal vaginal denominado de lóquios. Os lóquios vão variando nas suas características e quantidade durante o puerpério, apresentando cheiro *sui generis*. Nos primeiros três dias, os lóquios são hemáticos em quantidade abundante, constituídos por sangue, decídua e restos do trofoblasto, de cor vermelha. Do quarto ao décimo dia, os lóquios tornam-se sero-hemáticos, com um tom mais acastanhado, ou rosado, e são constituídos por sangue oxidado, soro, leucócitos e restos tecidulares. A partir do 10º dia os lóquios tornam-

se serosos, com uma coloração amarelada ou esbranquiçada, sendo constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bacterias (Graça, 2017).

O fluxo dos lóquios pode aumentar com o levante e a deambulação, devido ao efeito da gravidade.

A vigilância da perda sanguínea é importante, na medida em que uma perda abundante pode significar retenção de restos placentares, ou lacerações vaginais, que requerem nova avaliação. A perda sanguínea pode ser calculada mediante observação do grau de saturação do penso higiênico. Se em duas horas o penso se encontrasse completamente saturado era considerada uma perda abundante (Lowdermilk e Perry, 2012).

3.2.5 Vigiar eliminação vesical e intestinal

Após o parto, devido à diminuição da pressão intra-abdominal e à hipotonia dos músculos vesicais provocada pelas hormonas durante toda a gravidez e pela perda de tónus devida à compressão uterina, há um aumento da capacidade da bexiga, entre 1000 a 1500ml. Se associarmos a estes factos traumatismos provocados durante o parto e os efeitos da analgesia consegue perceber-se a diminuição do reflexo de micção (Graça, 2017). A diminuição dos níveis de estrogénio após o parto explica a redução da função renal durante este período. A função do rim normaliza ao fim de um mês e são necessárias seis a oito semanas para que a hipotonia induzida pela gestação e a dilatação dos ureteres retomem o seu estado pré-gravídico (Torre, 2001).

A bexiga cheia provoca a deslocação do útero acima do umbigo e afasta-o da linha média, impedindo a sua normal contração. Assim, a mulher deve ser incentivada a urinar precocemente. Nesta fase, a puérpera pode sentir medo de urinar, por antecipar dor ou desconforto, inibindo a micção (Lowdermilk e Perry, 2008).

Para prevenir possíveis complicações, como a retenção urinária, o EESMO pode ajudar a mulher promovendo a deambulação, logo que possível, aconselhando-a a abrir a torneira do lavatório enquanto tenta urinar. Em último recurso, caso permaneça com dificuldade em urinar pode ser necessária a algáliação (Cabral, Medeiros e Santos, 2010).

No HPH, quando existiam situações de retenção urinária em que a mulher, mesmo com as várias estratégias, não conseguia urinar, procedia-se à cateterização vesical para esvaziamento.

A incontinência urinária pós-parto corresponde a uma das complicações transitórias que podem surgir no puerpério. Graça (2017) explica a incontinência urinária no pós-parto pela perda de tônus da musculatura do assoalho pélvico, pelas alterações anatômicas no ângulo uretrovesical, pelos traumas perineais e pela pressão exercida nos tecidos musculares e conjuntivos, ao longo da gravidez, pelo útero. O EESMO tem assim um papel fundamental no ensino e acompanhamento da puérpera sobre e na realização de exercícios que promovam o restabelecimento do tônus da musculatura do assoalho pélvico – exercícios de Kegel. É recomendável que a puérpera realize este tipo de exercícios diariamente em três séries, uma deitada, outra sentada e outra em pé. Cada série deve ser constituída por 10 contrações lentas com sustentação de 10 segundos, seguida de um tempo de relaxamento de 20 segundos e depois 10 contrações rápidas com sustentação de 1 segundo, seguido de 2 segundos de relaxamento (Lopes et al., 2017).

Tal como a eliminação vesical, também a eliminação intestinal implica uma atividade de vigilância, no puerpério, dado o risco de obstipação.

No HPH, administrava laxantes até a mulher apresentar o trânsito intestinal regularizado, de acordo com prescrição médica.

Durante a gravidez, a ação da progesterona origina o relaxamento da musculatura lisa do intestino, diminuindo o peristaltismo e, conseqüentemente, dificultando a progressão das fezes e a sua expulsão. Após o parto, a recuperação do tônus muscular intestinal ocorre de forma gradual, sendo esperado que a eliminação intestinal espontânea ocorra cerca de 2 a 3 dias após o parto (Graça, 2017).

A manipulação vaginal bem como a episiotomia realizada durante o parto vaginal, constituem-se como fatores de risco para a disfunção do assoalho pélvico no pós-parto. O trauma direto do esfíncter anal, como acontece nas lacerações de 4º grau, e as neuropatias do nervo podendo, são dois dos fatores mais frequentes de incontinência fecal (César, 2011).

Durante o estágio desenvolvido no HPH, não foram observados casos de incontinência fecal no pós-parto.

3.2.6 Promover a amamentação

O HPH é considerado um hospital amigo dos bebês, como tal, dá especial atenção à amamentação. Assim, faz parte das intervenções do EESMO incentivar a amamentação

exclusiva, exceto se a mãe expressar claramente o desejo de não amamentar ou quando a situação clínica do RN ou da mãe não o permita.

A OMS e a UNICEF preconizam a amamentação, de forma exclusiva, durante os primeiros seis meses de vida, dado que o leite materno é o único alimento natural e as suas vantagens são múltiplas e reconhecidas, quer a curto quer a longo prazo, tanto para a puérpera como para o RN. Relativamente ao RN, o leite materno previne infeções do sistema gastrointestinal, respiratório e urinário, diminui o risco de desenvolver alergias, previne doenças metabólicas como a diabetes, ajuda na prevenção de linfomas e permite uma melhor adaptação a outros alimentos. No que toca aos benefícios para a mãe, a amamentação reduz a probabilidade de ter cancro da mama, permite regressar mais rapidamente ao estado pré-gravídico, uma vez que ajuda na involução uterina, além de que constitui um método económico e seguro de alimentar o bebé. A amamentação é ainda uma excelente oportunidade para fortalecer a ligação mãe-filho, visto que o contacto tanto físico como visual proporciona uma maior vinculação, facilitando a produção de leite necessário para o RN, bem como a sua ingestão adequada (Levy e Bértolo, 2012).

Contudo, a amamentação é uma prática que, frequentemente, gera sentimentos de ansiedade, insegurança, angústia, diminuição da autoestima e da autoconfiança. Nesta fase, é importante que o EESMO não se foque apenas na promoção da amamentação, mas também no apoio emocional à mãe e reforço positivo (Ferreira, 2004). Em Portugal, cerca de 90% das puérperas iniciam o aleitamento materno, contudo metade delas desiste durante o primeiro mês de vida (Levy e Bértolo, 2012). Silva (2013) apresenta como principais causas referidas para o abandono da amamentação o facto de o “leite não ser suficiente”, ser “fraco” e o facto do RN “não aumentar de peso”, o que espelha as inseguranças vivenciadas pelas mães após a saída do hospital.

Durante a prática clínica apenas existiram dois casos em que as puérperas optaram por inibir a lactação. Em ambos, as mulheres estavam informadas sobre amamentação e os seus benefícios, contudo, face a experiências anteriores, preferiram não amamentar. Nestas situações os RN foram alimentados com leite adaptado, de acordo com os dias de vida e o peso ao nascimento.

Durante o estágio foi possível observar as principais dificuldades com que as puérperas se deparavam, mesmo as que já tinham experiência anterior em amamentar: a pega correta, a necessidade de estimulação do RN durante a mamada, o intervalo e duração das mamadas, e o reconhecimento dos sinais de fome e de saciedade do RN. Foi também possível constatar-se que a maioria tinha conhecimento sobre os benefícios do leite materno

e da amamentação, contudo tinham algum déficit de conhecimento sobre como atuar em casos de complicações, nomeadamente o ingurgitamento mamário.

As intervenções de enfermagem, neste âmbito, passavam por: ensinar e instruir sobre sinais de boa pega, ensinar sobre estimulação do RN, ensinar sobre o intervalo e duração das mamadas, ensinar sobre sinais de fome, ensinar sobre sinais de saciedade do RN, ensinar sobre complicações, prevenção e tratamento.

A UNICEF (Levy e Bértolo, 2012) preconiza a amamentação em livre demanda, ou seja, as mamadas em regime livre e sempre que o RN apresente sinais de fome. Contudo era de extrema importância explicar ao casal que o intervalo entre as mamadas não deveria exceder as 3 horas, especialmente enquanto a amamentação não estivesse bem estabelecida.

Durante a observação da mamada era explicado ao casal quais os sinais de uma boa pega: boca do RN bem aberta, com os lábios voltados para fora, de forma a abranger a maior parte da aréola e não apenas o mamilo; queixo encostado à mama; movimentos de sucção e deglutição audíveis. Era ainda instruído o posicionamento correto do bebé, devendo este estar com o abdómen encostado ao abdómen materno, cabeça em linha reta com o corpo e de frente para o mamilo (Levy et al., 2012). A puérpera deveria estar sempre numa posição confortável.

Era igualmente importante explicar ao casal que o RN pode adormecer durante a mamada, dado que os movimentos de sucção e o calor materno são condições ideais para a indução do sono. Os pais eram então incentivados a despir algumas peças de roupa do RN, a mudar a fralda, e/ou a estimular o pé ou orelhas para acordá-lo.

A descida do leite é um fenómeno que ocorre entre o 2º e o 3º dia após o parto, nesta altura as mamas ficam mais quentes, pesadas e duras, devido à quantidade de leite e ao aumento de aporte sanguíneo nos vasos que as irrigam.

A temperatura corporal da puérpera pode aumentar, não excedendo os 38°C, durante 24h. Por norma, o leite sai sem dificuldade e, ao fim de três ou quatro dias, a mulher sentirá de novo as mamas menos tensas e aumentará o seu conforto (Levy e Bértolo, 2012).

Em algumas situações observadas, o leite não era retirado em quantidade suficiente, dando origem ao ingurgitamento mamário. As mamas ficavam túrgidas, brilhantes e dolorosas, podendo ser difícil a extração do leite, tendo o RN tido mais dificuldade em abocanhar a aréola. Nestes casos, tal como a UNICEF (2012 cit por Levy e Bértolo, 2012) preconiza era aplicado calor antes da mamada para facilitar a saída do leite, resultado da vasodilatação e, se o RN apresentasse dificuldade em fazer uma pega correta, instruía-se a puérpera a extrair leite manualmente. Durante a mamada aconselhava-se a mãe a massajar

a mama, suavemente, para auxiliar na saída fluída do leite. No final da mamada, aplicava-se gelo com o intuito de promover a vasoconstrição e, assim, evitar a turgescência mamária.

O momento da observação da mamada também era uma oportunidade para a inspeção dos mamilos e da consistência da mama. Incentivava-se a aplicação de algumas gotas de colostro no mamilo e aréola, devido às suas propriedades cicatrizantes e, sempre que possível, a secagem ao ar. Era explicado ainda que para evitar a maceração e fissuras nos mamilos a mamada não devia ser interrompida de uma forma abrupta, mas colocando um dedo na boca do RN, de modo a interromper a sucção. Quando as mulheres apresentavam fissuras era aconselhada a aplicação de lanolina, além da aplicação de colostro após cada mamada (Levy e Bértolo, 2012).

Era aconselhado também o uso de um soutien apropriado à amamentação e a higiene diária apenas com água, evitando o uso de sabonete ou desinfetantes, uma vez que estes secam a pele e a tornam mais suscetível ao aparecimento de fissuras (Levy e Bértolo, 2012).

3.2.7 Vigiar ingestão nutricional

Para além do foco na amamentação o EESMO implementa intervenções direcionadas à ingestão nutricional da mulher amamenta.

Nos três primeiros dias a mulher produz diariamente cerca de 90 a 270ml de colostro, podendo chegar aos 420ml/dia ao fim da primeira semana. Ao fim do terceiro mês o volume de leite produzido atinge cerca de 600ml/dia e, no sexto mês, entre 700 a 850ml/dia. Desta forma, o organismo da mulher tem uma necessidade suplementar de 500Kcal e 15-20g de proteína, devendo aumentar também a ingestão de líquidos para 2l/dia (Ciampo et al., 2008).

Apesar de a dieta materna não alterar a quantidade de proteínas, gorduras e hidratos de carbono presentes no leite, pode haver défice nas concentrações de alguns ácidos gordos, vitaminas e minerais. *“Mulheres que consomem pequena quantidade de hidratos de carbono por dia podem apresentar sinais de fadiga, desidratação e perda de energia durante o período de amamentação, sendo a composição ideal da sua dieta: 55% de hidratos de carbono, 30% de gorduras e 15% de proteínas”* (Ciampo et al., 2008, p. 346).

No HPH as mulheres eram incentivadas a ter uma alimentação variada e equilibrada. Eram ainda incentivadas a fazer uma boa ingestão de líquidos, entre dois a três litros, por dia,

de água. Deveriam ainda fazer refeições com intervalo máximo de três horas, fazendo, em média, seis refeições por dia, tal como indicam as normas da DGS (2015a).

No que concerne à ingestão de álcool durante a amamentação, Correia (2015) refere que o consumo de álcool durante este período leva à diminuição da produção de ocitocina que, conseqüentemente, vai comprometer a amamentação.

Durante o estágio foi possível perceber, nas mães, alguns mitos sobre a alimentação e a sua relação com o leite e/ou o RN. Os principais alimentos que as puérperas restringiam eram: chocolate, café, feijão, couves e marisco, uma vez que os associavam à causa das cólicas do RN. Relacionavam o aumento da produção de leite materno com a ingestão de alimentos como laticínios, líquidos, sopa e bacalhau.

Assim, é fundamental que o EESMO desmistifique algumas destas crenças e incentive as mulheres a diversificar a sua alimentação, tendo uma ingestão nutricional adequada.

3.2.8 Vigiar estado emocional

O puerpério constitui-se como um período de desequilíbrio hormonal e de grande ambigüidade de sentimentos caracterizado por um lado por uma felicidade imensa pelo nascimento do seu filho e, por outro, por uma grande insegurança para cuidar do RN (Giaretta e Fagundez, 2015).

A puérpera depara-se com exigências a vários níveis, sob o ponto de vista físico – a fadiga, a dor, as necessidades de autocuidado e alterações no padrão de sono/repouso – sob o ponto de vista psíquico – a ligação mãe-filho, a adaptação ao papel parental, e a relação com o companheiro – e ainda exigências sociais – os cuidados ao RN, as tarefas domésticas, as necessidades de outros filhos/familiares e o regresso ao trabalho (Fahey et al., 2013).

A privação de sono está na maioria das vezes na origem das perturbações do humor. Assim, foi importante orientar a puérpera sobre a gestão do seu tempo, aproveitando os períodos de descanso do RN para repousar, e incentivar o acompanhante a auxiliar nos cuidados ao RN, bem como gerir as rotinas hospitalares, de forma a não perturbar o sono da puérpera.

A disforia no pós-parto é uma alteração de humor observada na maioria das mulheres (cerca de 80% das puérperas), com início entre o 3º e o 7º dia pós-parto, persistindo até uma a duas semanas (OMS, 2007 cit. por Amorim, 2010). Esta perturbação caracteriza-

se por: labilidade emocional, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda de apetite, fragilidade e falta de autoconfiança e de autoestima. Estas situações necessitam de suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o RN, e nem tanto de uma intervenção farmacológica (Amorim, 2010).

Assim, o estado emocional da mulher no puerpério deve constituir um foco de atenção do EESMO, a fim de detetar precocemente situações de risco.

Durante a prática clínica não foram registadas situações de *blues* pós-parto, nem de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, no entanto, várias mulheres demonstraram insegurança na adaptação ao papel parental.

O internamento do RN na unidade de neonatologia configura-se também como uma situação de risco para a alteração emocional da mãe no pós-parto. Nestes casos, foi possível observar-se tristeza, angústia e incerteza, juntamente com esperança.

Assim, as intervenções do EESMO passam por promover a ligação mãe-filho, através de visitas ao serviço de Neonatologia, visualizar fotografias, promover a lactação através da extração mecânica de leite, e suporte emocional, através da comunicação terapêutica e da escuta empática (Fernandes et al., 2015).

3.2.9 Cuidados à puérpera com patologia associada

Durante o estágio houve oportunidade de prestar cuidados a puérperas com patologia, previamente associada à gravidez, como a diabetes gestacional e a pré-eclampsia, abordadas no capítulo “Gravidez com complicações”. Uma vez que se trata de situações de risco, para além das atividades de vigilância/diagnóstico usuais, exigiam a vigilância de outros parâmetros, com maior frequência para evitar complicações.

De acordo com os protocolos do HPH, as mulheres com história de DG eram vigiadas de acordo com o seu grau patológico e o tratamento a que estavam submetidas. Eram orientadas para a adoção de um estilo de vida saudável, incentivadas a amamentar, efetuava-se a vigilância do seu bem-estar, vigiava-se o aparecimento de sinais e sintomas, como de hipo/hiperglicemia e monitorizavam-se os valores de glicemia capilar.

Nas puérperas com DG, mas controladas com dieta, era monitorizada a glicemia capilar pré-prandial, até se obterem três valores normais em pesquisas consecutivas, nesse momento que de acordo com o protocolo da instituição, era suspensa a monitorização da

glicemia capilar. Caso a mulher apresentasse valores aumentados, era administrada insulina, de acordo com o protocolo instituído. No caso das puérperas com história de DG tratadas com insulina, era monitorizada a glicemia capilar, pré-prandial, e duas horas pós-prandial durante 48h. Consoante os valores, era administrada insulina conforme o protocolo instituído. Após as 48h, se apresentasse valores normais, era suspenso o protocolo.

Nos casos de mulheres com diagnóstico de pré-eclampsia, de acordo com o protocolo instituído no HPH e em consonância com a literatura, durante o internamento, as atividades de vigilância do EESMO englobam a monitorização dos sinais vitais, uma vez por turno; a vigilância de edemas – que constituem sinais de sobrecarga hídrica e retenção de sódio e água; a vigilância de cefaleias; a vigilância de alterações da visão; dieta hipossalina, pobre em gorduras e polifracionada. Em caso de detecção de algum sinal de alerta comunicava-se ao médico.

Durante o estágio não foi detetada nenhuma complicação durante o período de internamento, observando-se a descida dos valores tensionais para valores normais nas primeiras 24h.

Nas intervenções do EESMO, para além das atividades de vigilância acima descritas, inclui-se ainda a educação para a saúde, nomeadamente, promover estilos de vida saudáveis, promover a adesão ao regime terapêutico e ensinar sobre sinais e sintomas de complicações.

3.3 Atividades de vigilância/diagnóstico e promoção da parentalidade

Os cuidados ao RN revestem-se de grande importância, na medida em que contribuem para a diminuição da mortalidade e morbidade neonatal e para a promoção da sua qualidade de vida.

A intervenção do EESMO junto dos pais é fulcral para aumentar conhecimentos, desenvolver competências e habilidades e promover a sua confiança para o desempenho adequado do papel parental.

3.3.1 Avaliação das competências parentais

A transição para a parentalidade é considerada do tipo desenvolvimental, implicando adaptações tanto ao nível individual como conjugal.

De acordo com alguns autores as mães e os pais possuem um papel dos mais exigentes e complexos de todos os papéis no seio da família, já que o desempenho do papel parental é essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança e o crescimento e desenvolvimento da criança (Emmanuel et al., 2008 cit. Cardoso et al 2015).

Segundo Cardoso e colaboradores (2015) o EESMO tem um papel fundamental para dotar os pais de conhecimento e de competências ainda antes do nascimento do bebé, afim de melhorar a sua confiança para que atinjam a mestria no desempenho do seu papel.

Durante o estágio foi possível perceber-se que os pais que possuíam maiores níveis de conhecimentos e habilidades se tornavam autónomos mais rapidamente, daí ser importante avaliar o seu nível prévio de conhecimento e treinar com elas as habilidades necessárias.

Constatou-se, ainda, que os casais que frequentaram os Cursos de Preparação para o Parto detinham um mais elevado nível de conhecimento. Alguns dos casais com segundos ou terceiros filhos, embora apresentassem maior habilidade nos cuidados ao RN, manifestavam lacunas quanto a outros aspetos inerentes ao exercício do papel parental, nestes casos aproveitavam-se os momentos de muda da fralda, ou do banho do RN para ensinar, informar ou treinar, de acordo com as necessidades que apresentavam.

3.3.1.1 Pele e Mucosas

A pele do RN é um órgão de extrema importância, na medida em que é responsável pela regulação térmica, proteção mecânica e funciona como barreira cutânea. A vigilância do seu estado permite detetar sinais de má perfusão, dificuldade respiratória ou icterícia neonatal. A pele do RN, por norma, encontra-se rosada e bastante perfundida. Contudo,

alguns dos RNs apresentavam as extremidades cianosadas, sendo este um achado fisiológico que desaparece com o tempo.

Outro achado fisiológico é o vérnix caseoso, que designa a camada branca, espessa e gordurosa que cobre o corpo dos RNs, encontrando-se em maior quantidade nas virilhas, axilas e grandes lábios. Esta substância não deve ser removida da pele do RN, dado que ajuda na sua termorregulação e é absorvida nas primeiras horas de vida (Beck, 2004).

Durante o estágio foi possível observar-se RNs com outros achados fisiológicos na pele, entre eles: milium, lanugo, eritema tóxico e mancha mongólica.

O milium caracteriza-se por pequenos pontos brancos, localizados habitualmente no nariz e zona malar, decorrentes da obstrução ou distensão das glândulas sebáceas, desaparecem espontaneamente no final do primeiro mês (Lobo, Machado e Selores, 2009). Da mesma forma, o lanugo é caracterizado por uma fina penugem que aparece principalmente nos ombros e dorso e desaparece cerca de duas semanas após o nascimento (Lobo, Machado e Selores, 2009).

Outro dos achados fisiológicos é o eritema tóxico. Caracteriza-se pelo aparecimento de erupções cutâneas em qualquer parte do corpo. Esta erupção é uma resposta anti-inflamatória e pode aparecer nas primeiras três semanas de vida. (Lowdermilk & Perry, 2008).

O RN pode ainda apresentar algumas manchas de cor azul acinzentada, geralmente localizadas nas nádegas e região sagrada, denominadas de manchas mongólicas. Estas manchas traduzem a imaturidade da pele na migração dos melanócitos. As manchas mongólicas são motivo de grande preocupação por parte dos pais, contudo regredem nos primeiros 4 anos de vida (Lobo, Machado e Selores, 2009).

3.3.1.2 Estado Nutricional

Durante o estágio foi possível cuidar de RNs com dificuldades ao nível da ingestão nutricional, uma vez que apresentavam débeis reflexos, nomeadamente o reflexo de sucção, o que vai, conseqüentemente, condicionar a amamentação.

Tendo em conta o risco de hipoglicemia, e uma vez que o HPH é um hospital amigo dos bebés, estes RNs eram alimentados com leite artificial por copo e não por biberão.

A alimentação por copo promove a vinculação mãe-filho e proporciona ao RN uma maior estimulação oral e olfativa e maior treino motor maxilo-facial (McKinney et al. 2016). Além de que a 9ª iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés defende que não devem ser oferecidas tetinas ou chupetas às crianças amamentadas.

De referir ainda, que existiam algumas situações em que o leite adaptado era prescrito ao RN, como suplemento, após cada mamada. Esta situação verificava-se quando o RN se encontrava desidratado ou a realizar fototerapia. Nestes casos, e quando era possível, administrava-se suplemento de leite materno. Começava-se por ensinar às mães como extrair e conservar o leite materno e após cada mamada era oferecido o mesmo em biberão.

3.3.1.3 Eliminação Vesical e Intestinal

A maioria dos RNs tem a primeira micção nas primeiras 24h, a urina eliminada pode ser ligeiramente turva e de cor amarela.

Nos primeiros dias é normal que possam surgir manchas alaranjadas na fralda. Este processo é desencadeado pela eliminação normal de cristais de ácido úrico. Esta eliminação ocorre porque o sistema renal do RN ainda não tem a função de filtração totalmente desenvolvida (Lowdermilk e Perry, 2008).

Nos recém-nascidos de sexo feminino pode ser encontrado sangue na fralda resultante do desaparecimento da hormona materna (Lowdermilk e Perry, 2008).

O número de micções diárias do RN vai aumentando progressivamente, sendo espectável que por volta do quarto dia se estabeleça um padrão de eliminação vesical. O RN deve urinar pelo menos 6 a 8 vezes por dia e a sua urina deve ser de cor amarela clara (Lowdermilk e Perry, 2008).

No que toca à eliminação intestinal os RNs apresentam a sua primeira dejeção nas primeiras 24 horas, sendo denominada de mecónio (Lowdermilk e Perry, 2008). O mecónio apresenta uma cor verde-escura e uma consistência mucosa/gordurosa. As fezes de transição, ou fezes lácteas, deverão surgir por volta do terceiro dia. Têm um aspeto mais líquido, podendo apresentar dois tipos de cor: verde acastanhado ou amarelo acastanhado. A sua cor está dependente do tempo de permanência das fezes no intestino – as que

permanecem menos tempo serão mais amarelas e as que permanecem mais tempo serão mais verdes (Cardoso, 2011).

A partir do quarto dia, as fezes do RN são diferentes consoante o tipo de alimentação (leite materno ou artificial). Caso sejam alimentados com leite materno as suas fezes são moles, de cor amarela dourada e não provocam irritação cutânea. Os RN podem ter uma dejeção no fim de cada mamada. No que toca aos RNs alimentados com leite artificial, as suas fezes, embora moles são moldadas, de cor variável entre o amarelo pálido e castanho claro e com cheiro característico, podendo provocar irritação na pele. O número de dejeções, nas primeiras duas semanas, diminui para uma ou duas diárias. É nessas duas primeiras semanas de vida que o bebé adquire um padrão de eliminação (Lowdermilk e Perry, 2008).

3.3.1.4 Choro

O choro representa a forma primordial de comunicação social do bebé e é visto como um instrumento de comunicação, normal e fisiológico, usado pelo recém-nascido nos seus primeiros meses de vida (Kominsky 2005). De acordo com Stifter (2011), este meio de comunicação tem especial importância nos primeiros meses de vida, pois representa um dos poucos métodos através dos quais os bebés conseguem comunicar as suas necessidades e condições de forma efetiva.

Quando o choro se torna excessivo e o RN difícil de acalmar podemos estar perante uma situação patológica como cólicas, otites, síndrome de abstinência, meningites... Mas não só o choro forte é de considerar, se o RN apresentar um choro fraco ou gemido pode ser característico de dificuldade respiratória ou dor (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

De acordo com Kitzinger (2005, cit. por Seabra, 2009), a partir do terceiro dia, as mães conseguem distinguir o choro dos seus bebés entre todos os outros e, ao fim de duas semanas, começam a ser capazes de diferenciar os diferentes tipos de choro do filho, enquanto os pais, geralmente, precisam de um pouco mais de tempo.

As cólicas são das principais causas de choro do RN e a que mais preocupa os pais. Devido ao ar que o RN engole durante o choro e a alimentação, juntamente com a imaturidade do seu sistema gastrointestinal, existe a propensão para uma maior produção

de gases, o que poderá causar desconforto e dor. A massagem abdominal configura-se como uma das formas mais eficazes para a redução das cólicas (Ramos et al., 2014).

As intervenções passavam por instruir os pais sobre a massagem abdominal bem como a técnica dos 5S's de Harvey Karp para o alívio do desconforto do RN, assim como, para a diminuição do seu choro.

3.3.1.5 Cuidados de Higiene ao RN

De acordo com as recomendações da OMS, o primeiro banho do RN deve acontecer apenas a partir de seis horas de vida, devido ao risco de hipotermia. Durante o estágio os cuidados relacionados com o banho eram prestados no turno da manhã, uma vez que a família não recebia visitas antes das 14h, tornando-se assim um momento propício para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências dos pais.

Aproveitava-se este momento para avaliar o conhecimento dos pais sobre os critérios para escolher os produtos de higiene, a frequência e horário do banho, como lavar os olhos (pálpebras)/pavilhão auricular, técnica do banho, como e quando cortar as unhas, material necessário para a troca da fralda, sobre os produtos de higiene perineal, como lavar o períneo (sendo menino ou menina), sinais de eritema da fralda e fatores de risco/medidas de prevenção do eritema pela fralda.

Durante o estágio procurou-se que o primeiro banho fosse dado pelo EESMO e o segundo pela mãe/pai a fim de que, nesse momento pudessem ser avaliadas as competências dos pais.

A pele do RNs é um órgão fundamental, na medida em que confere uma proteção mecânica, termorregulação e previne a perda de fluidos corporais.

A pele dos RN, contrariamente à dos adultos, apresenta um pH neutro (Fernandes et al., 2011). Por este motivo, é muito importante ter atenção à escolha dos produtos de higiene.

Segundo Fernandes e colaboradores (2011), o banho deve ser realizado apenas com água. Os sabonetes na sua generalidade são alcalinos, o que fará aumentar o pH da pele e favorece a destruição da sua camada lipídica, sendo por isso desaconselhados. Quanto aos sabonetes de glicerina, também estão desaconselhados, na medida em que absorvem água em excesso, aumentando a secura e a irritação da pele do RN. Os *syndets*, também

conhecidos como “sabão sem sabão”, possuem as características ideais: pH neutro ou ligeiramente ácido, pouca espuma, pouco perfume, baixa irritabilidade, apresentando-se em forma líquida ou sólida, não afetando a pele do RN (Fernandes et al., 2011).

De acordo com a literatura não é consensual o momento ideal para introdução de produtos de higiene, sendo normalmente recomendado a partir do primeiro mês de vida.

Tal como referido anteriormente, este momento era aproveitado para avaliar os conhecimentos sobre a troca da fralda. Para a higiene genital está recomendada a utilização de compressas e água ou toalhetes só com água, sem químicos que possam agredir a pele do RN (Fernandes et al, 2011).

O momento do banho era também ideal para avaliar o conhecimento dos pais sobre os cuidados ao coto umbilical. Este era um tema gerador de stresse, na maioria dos pais, uma vez que tinham medo de magoar o RN ou porque lhes fazia confusão manipular o coto. Era-lhes explicada a importância dos cuidados ao coto dado que a onfalite é uma possível complicação e uma das principais causas de mortalidade neonatal (Luís et al, 2014). Era ainda explicado que os cuidados ao coto deveriam ser prestados uma vez por dia, ou sempre que necessário. Quanto ao material a utilizar, a evidência científica não apresenta consenso. Alguns estudos defendem que, devido ao seu poder antibacteriano, deverá ser usado álcool a 70% ou clorexidina, enquanto outros defendem o método dry care que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, a fim de evitar infeções.

Segundo a revisão sistemática realizada por Sankar e colaboradores (2016) recomenda-se a utilização de antissépticos em RNs que nasçam em casa, ou em locais com alta taxa de mortalidade neonatal.

Na revisão feita por Luís e colaboradores (2014), após um parto hospitalar, a aplicação de antissépticos no coto umbilical não se revelou necessária. A aplicação da técnica seca reduziu o tempo de queda do coto umbilical, quando comparada com a aplicação de solutos.

Sendo que a prestação de cuidados realizada durante o estágio consistiu numa prática supervisionada, segundo o protocolo instituído no HPH, foi utilizado álcool a 70%.

3.3.2 Cuidar do RN com icterícia

A icterícia neonatal caracteriza-se pela coloração amarelada da pele e das escleróticas quando os níveis séricos de bilirrubina total excedem os 5mg/dl (Silva, 2011). O seu aparecimento ocorre no sentido cefalocaudal, tendo início na face e progredindo até às extremidades, e o seu desaparecimento ocorre de forma inversa (SPN, 2013). Esta patologia atinge cerca de 66% dos recém-nascidos e pode constituir uma situação clínica potencialmente grave (Silva, 2011).

Durante a vida *in útero*, a bilirrubina atravessa a placenta e é excretada pela mãe. No entanto, após o nascimento passa a ser o RN o responsável por esta excreção. A icterícia fisiológica ocorre após as primeiras 24 horas de vida, geralmente entre o 3º e 5º dias de vida. Este fenómeno resulta da produção aumentada de bilirrubina, consequência da massa eritrocitária elevada e da imaturidade hepática, sendo considerada clinicamente benigna. Quando não tratada, a icterícia provocar toxicidade no sistema nervoso central, dado que a bilirrubina não conjugada é lipofílica e atravessa a barreira hemato-encefálica (Silva, 2011).

O EESMO deve estar atento à presença de fatores de risco, afim de que seja possível detetar precocemente icterícia no RN. Os fatores de risco conhecidos para a icterícia neonatal são: o seu aparecimento nas primeiras 24 horas de vida, incompatibilidade ABO, teste de Coombs positivo, irmão com necessidade de fototerapia, idade gestacional entre as 35 e 36 semanas, presença de cefalohematoma, raça asiática, aleitamento materno exclusivo, tipo de parto (nomeadamente parto instrumentado ou induzido com ocitocina – pelo maior risco para o aparecimento de cefalohematoma ou aumento da hemólise), o atraso na laqueação do cordão umbilical, o baixo índice de Apgar, e a eliminação intestinal diminuída, por dificultar a excreção da bilirrubina (Silva, 2011).

No HPH para o tratamento da icterícia neonatal recorria-se à fototerapia clássica ou intensiva. Esta escolha era feita pelos pediatras tendo por base os níveis séricos de bilirrubina. O RN era assim exposto a uma luz azulada, que de acordo com Silva (2011), tem maior penetração na pele, tornando mais rápida a excreção e consequente descida dos níveis de bilirrubina. Esta terapia era realizada no quarto da puérpera, mantendo o alojamento conjunto.

Quando os RNs tinham que fazer fototerapia era explicado todo o tratamento aos pais, bem como os cuidados a ter durante o mesmo. Para fazer fototerapia é necessário despir o RN, expondo a maior área corporal possível à luz, mantendo apenas a fralda para proteger as gónadas e colocando protetores de algodão nos olhos; alternar a posição do RN de 2 em 2 horas; vigiar a pele e mucosas para detetar precocemente sinais de irritação. A luz deve ficar a uma distância de cerca de 10 a 15cm. Durante o período em que o RN está a realizar fototerapia deve dosear-se a bilirrubina total de 12 em 12 horas, e 6 horas após a suspensão do tratamento (Silva, 2011). Devido ao risco de desidratação o reforço hídrico é essencial. Assim era explicado aos pais a importância das mamadas eficazes, do menor intervalo entre elas e, nos casos das mamadas serem ineficazes, a importância da suplementação. Era ainda importante a vigilância da eliminação urinária e intestinal do RN.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Durante o percurso como aluna do MESMO penso que foram adquiridas e desenvolvidas as competências preconizadas pela OE para o exercício profissional do EESMO, no que concerne aos cuidados à mulher/casal nos diversos períodos do ciclo reprodutivo e ao RN.

Para a atribuição do título de EESMO, segundo o Decreto-Lei nº9/2009, de 4 de março (OE, 2010), é necessário o estudante realizar, pelo menos: 100 exames pré-natais; cuidados a 40 parturientes e realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos; participação ativa em pelo menos 1 parto pélvico, ou caso não seja possível, uma simulação; prática de episiotomias e episiorrafias; cuidados a, pelo menos, 100 puérperas e RN's; cuidados a mulheres com patologia no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

Ao longo do percurso académico foi possível atingir todos estes requisitos. O quadro 7 apresenta as experiências vivenciadas durante o estágio.

Consulta de grávidas incluindo exames pré-natais	Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos Participados		Suturas	Puérperas		Recém-Nascidos	
	R	N	R	N	E	SE	Pélvicos			R	N	R	N
159	106	53	42	61	11	30	1	9	23	48	60	27	75
	159		103		41		10				108		102

Legenda: R – Risco N – Normal E – Episiotomia SE – Sem Episiotomia

Quadro 7 – Experiências vivenciadas durante o estágio

As atividades desenvolvidas durante o ensino clínico foram descritas nos capítulos anteriores e suportadas pela evidência científica mais atual. Foi possível verificar que a maioria das intervenções implementadas estavam de acordo com os pressupostos da PBE.

O facto de este modelo de aprendizagem ter por base o estágio tutelado por um EESMO condicionou algumas das intervenções, sendo estas realizadas de acordo com as indicações do tutor ou dos protocolos do serviço.

A revisão da literatura desenvolvida durante o estágio de gravidez com complicações permitiu identificar algumas intervenções de enfermagem relevantes para a diminuição do

stress decorrente de um internamento por complicações da gravidez. Algumas das intervenções sugeridas foram implementadas, nomeadamente: a promoção da escuta ativa, flexibilização do horário das visitas, promoção do suporte familiar e da pessoa significativa.

No serviço de puerpério foram desenvolvidas competências tendo sempre por base a díade mãe-filho, mas sem esquecer a pessoa significativa. Destacaram-se as intervenções ao nível do autocuidado, exercício do papel parental e amamentação, sendo esta a mais desafiante.

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito do TP e parto, estas foram sem dúvida as mais exigentes. A realização de 41 partos eutócicos permitiu a aquisição de conhecimentos e habilidades. Gostaria de ter implementado algumas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, bem como diferentes posições para o parto, mas as condições físicas e os protocolos do serviço não o permitiram. Este foi o estágio que exigiu maior esforço e resistência psicológica.

Com o término do estágio profissionalizante e do presente trabalho de reflexão foi possível perceber o crescimento pessoal, bem como a aquisição de conhecimentos e habilidades. O EESMO tem um papel fundamental no acompanhamento da grávida/casal durante a gravidez, parto e pós-parto.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio permitiu a reflexão crítica sobre as práticas clínicas desenvolvidas nos vários serviços do HPH entre 19 de setembro de 2017 e 21 de julho de 2018. Para a aquisição do título de EESMO é necessário cumprir todos os requisitos presentes no Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de março (OE, 2010).

Pretendeu descrever-se as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos – gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade – bem como a evidência científica mais atual e que sustentou a prática clínica. A revisão integrativa da literatura, realizada durante o estágio no serviço de grávidas de risco, teve como principal objetivo contribuir para a melhoria das práticas relacionadas com a gravidez de alto risco, nomeadamente quando desta decorrem complicações com necessidade de internamento. O EESMO pode ajudar a mulher/casal a vivenciar este momento de crise de uma forma mais saudável, promovendo a esperança e a diminuição das emoções negativas, nomeadamente o stresse.

Durante este percurso, a maior dificuldade foi conciliar os horários da vida profissional com a vida académica, assim como a integração no BP, exigindo por vezes um grande esforço, motivação e foco para continuar.

Contudo, este foi um percurso extremamente positivo, na medida em que o contacto com todas as docentes, tutores, restantes profissionais, e os clientes dos cuidados contribuíram grandemente para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA) [Em linha]. Cochrane Database Of Systematic Reviews, 2013. [Consult. Em 23 de abril 2018]. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/CD006066/PREG_comparing-continuous-electronicfetal-monitoring-in-labour-cardiotocography-ctg-with-intermittent-listening-intermittentauscultation-ia>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles [Em linha]. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, julho, 2009. [Consult. em 18 de janeiro 2019]. Recuperado de:<https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/3a_ACOG%20Bulletin%20106.pdf>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. The Apgar Score. [Em linha]. Washington, 2015, nº644. [Consult. em 27 de setembro 2018]. Recuperado de: <<https://www.acog.org/ClinicalGuidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/The-ApgarScore>>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. [Em linha]. Washington, 2016b, nº658. [Consult. em 8 de março 2020]. Recuperado de: <<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-forBreastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice>>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth. [Em linha]. Washington, 2017a, nº687. [Consult. em 28 de setembro de 2018]. Recuperado de: <<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and>

Publications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Approaches-to-Limit-Intervention-During-Laborand-Birth>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Delivery of a Newborn With Meconium-Stained Amniotic Fluid. [Em linha]. Washington, 2017b, nº689. [Consult. em 03 de outubro 2018]. Recuperado de: <<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delivery-of-a-Newborn-With-Meconium-StainedAmniotic-Fluid>>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. [Em linha]. Washington, 2018a, nº198. [Consult. em 6 de fevereiro 2019]. Recuperado de: <https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/09000/ACOG_Practice_Bulletin_No__198_Summary__.59.aspx>

AMERICAN PEDIATRICS ASSOCIATION e AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Guidelines for Perinatal care. [em linha] 7ª edição, 2012 [consultado em 4 de janeiro de 2018] Recuperado de: http://www.circulomedicodezarate.org/ebooks/Guidelines_for_Perinatal_Care.pdf

AMORIM, S. P. – Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce. [Em linha]. Universidade Fernando Pessoa, 2010. [Consult. em 23 de janeiro 2018]. Recuperado de: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf>

AMORIM, A; FERREIRA, A; CARRAPIÇO, E; – Gengibre no tratamento da náusea e vômito da gravidez: revisão baseada na Evidência [Em linha]. Acta Obstet Ginecol Port 2013;7(2):103-108 [Consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2-artigo_de_revisao_1.pdf>

ARAGÃO, F.; ARAGÃO, P.; MARTINS, C.; LEAL, K.; TOBIAS, A.; – Analgesia de Parto no Neuroeixo: Uma Revisão da Literatura [Em linha]. Rev. Bras. Anesthesiol. 2019;69(3):291-298 [Consult. em 23 de abril 2018]. Recuperado de: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730541X>>

BALASKAS, J. Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural. 1ª ed. 4 Estações Editora, 2017

BARBER, C., STARKEY, J. – Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. Churchill Livingstone Country of Publication: Scotland NLM ID: 8510930. ISSN: 1532-3099. 2015 [Consult. em 2 de novembro de 2017]. Recuperado de: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25987104/>>

BECK, D.; GANGES, F.; GOLDMAN, S.; LONG, P. – Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta [Em linha]. Iniciativa Saving Newborn Lives, 2004. [Consult. 2 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>>;

BEGLEY, C. M. et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Review). [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, nº3, pp.1-153. [Consult. Em 16 de abril 2019]. Recuperado de: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub4/abstract>>

BITTAR, R.; ZUGAIB, M. – *Tratamento do trabalho de parto prematuro* [Em linha]. São Paulo, 2009, pp. 415-422. [Consult. 15 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a08.pdf>>;

BIANCHINI, D. – *Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso*. [Em linha] Paidéia, 2006, 16(35), 427-436 [Consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>>

BOELIG, C et al. – *Interventions for treating hyperemesis gravidarum (review)* [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD010607. [Consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010607.pub2/e.pdf>

BOCCOLINI, C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. [Em linha]. Porto Alegre: Março, 2013, vol. 89, n.º 2. [Consult. em 8 de março 2020]. Recuperado de:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200005>

CABRAL, R.; MEDEIROS, A.; SANTOS, S. – Assistência de Enfermagem à Mulher no Período Puerperal [Em linha]. 2010. [Consult. em 17 janeiro 2018]. Recuperado de:<http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0275.pdf>;

CAMACHO et al. – *Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento* [Em linha]. São Paulo, Rev. Psiq. Clín. 33 (2); 92-102, 2006. [Consult. 20 de dezembro de 2017] Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>

CAMPOS, D. ; AMARAL, A. e FARIA, M. Cuidados Assistenciais de Rotina Durante o Trabalho de Parto. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014

CAMPOS, D. Hiperestimulação uterina. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

CANAVARRO, C. - Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora. 2001

CARDOSO, Alexandrina – Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto, 2011

CARDOSO, A. et al. – Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação [Em linha]. Rev. Referência Enfermagem, janeiro, 2015, série IV, n.º4, pp. 11-20. [Consult. 02 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>>

CESAR, M. – Distúrbios Evacuatórios em Primigestas após o Parto normal: estudo clínico. [Em linha]. Rev. Bras. Vol. 31, nº2. abril, 2011. [consult. 17 janeiro 2018]. Recuperado de:<<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n2/a03v31n2.pdf>>

CIAMPO, L. et al. Aleitamento Materno e Tabus Alimentares. Ribeirão Preto: Revista de Enfermagem, 2008, pp. 345-349;

CONDE A.; FIGUEIREDO, B. – *Ansiedade na gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos*. Acta Pediatr. Port., 2005; Nº1; Vol. 36:41-49

CORREIA, S. Consumo de Álcool durante a Amamentação [Em linha]. Lisboa, 2015. [Consult. em 23 de janeiro 2018]. Recuperado de:<<https://run.unl.pt/bitstream/10362/16439/1/RUN%20%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Sandrina%20Correia.pdf>>

COUTINHO, J. P. et al. Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014

CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. - *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004. ISBN – 972-8383-71-4

CUNNINGHAM, F.; LEVENO, K.; BLOOM, S. et al. - *The puerperium*. Williams Obstetrics, 23ª Ed. MacGraw-Hill, 2010;

CURRIE, J.; BARBER, C. Pregnancy gone wrong: Women’s experiences of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy [Em linha]. New Zealand College of Midwives Journal, 2016, Issue 52, pp.35-40. [Consult. 2 de novembro de 2017] Recuperado de: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589ad621-dcbf-483bb4b9-baec7227d2a9%40sessionmgr4010&vid=5&hid=4114>>;

DEKKER, R. Evidence on: Eating and Drinking During Labor. [Em linha]. Evidence Based Birth, 2017. [Consult. 25 de julho 2019]. Recuperado de: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-eatingdrinking-labor/>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez [Em linha]. 2015a. [Consult. em 23 de janeiro de 2018]. Recuperado de:

<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Trabalho de Parto Estacionário. [Em linha]. Lisboa, 2015b. [Consult. em 15 de janeiro 2019]. Recuperado de: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-eorientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx>;

DOURADO, V.; PELLOSO, S. - *Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação*. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. 2007, vol. 20, nº1, pp. 69-74. [Consult. 15 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>>

DUNKER, K; ALVARENGA, M; ALVES, V; – *Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão*. J Bras Psiquiatr. 2009;58(1):60-8. [Consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a10v58n1.pdf>>

ELHARMEEL, S. M. A. et al. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (Review). [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, nº8, pp.1-21. [Consult. em 20 de fevereiro 2019]. Recuperado de : <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/epdf/standard>>

FABRIS, L. K. – Persistent post-partum pain after vaginal birth and cesarean section. [Em linha]. Periodicum Biologorum, 2011, vol. 113, nº2, pp.239-241. [Consult. 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<https://hrcak.srce.hr/file/102971>>

FAHEY, J. O. e SHENASSA, E. – Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. [Em linha]. Journal of Midwifery & Women's Health, 2013, vol.58, pp.613-621. [Consult. Em 23 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12139>>

FATIA, A. e TINOCO, L. Trabalho de Parto. In: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ªed. Lisboa: Lidel, 2016.

FERRÃO, A. C. e ZAGÃO, M. O. Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. [Em linha]. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 2017, vol.3, nº1, pp.886-900. [Consult. em 01 de maio 2018]. Recuperado de: <http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/350>;

FERNANDES, J. D.; OLIVEIRA, Z. N.; MACHADO, M. C. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido [Em linha]. 2011, pp. 102-110. [Consult. 03 de fevereiro 2018]. Recuperado de:<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>;

FERNANDES, V.; CAMACHO, A. – Doença Hemorroidária. [Em linha]. Revista Portuguesa de Coloproctologia. Agosto, 2009. [Consult. em 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol_maio_agosto_2009__pags_36_a_43.pdf>

FERNANDES, N. e SILVA, E. – Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. [Em linha]. Revista de Enfermagem Referência, 2015, série IV, n.º4, pp.107-115. [Consult. em 23 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a12.pdf>>

FERREIRA, M. Determinantes da Tomada de Decisão do Tempo de Amamentação. Universidade de Coimbra, 2004. Dissertação de Mestrado;

FRANCISCO, A. D.; OLIVEIRA, S. M.; SANTOS; J. O., et al. – Avaliação e tratamento da dor do perineal no pós-parto vaginal. [Em linha]. Acta Enfermagem, 2011. [Consult. em 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14.pdf>>;

GALLO, R. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. [Em linha]. Femina, 2017, vol.39, nº1, pp.41-48. [Consult. em 1 de maio 2018]. Recuperado de: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>;

GALVÃO, C.; SAWADA, N. – PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: estratégias para sua implementação na enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(1): 57-60

GALVÃO C.; ROSSI L.; POMPEO D. – *Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem*. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):434-8 [Consult. em 3 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>>

GIARETTA, D.; FAGUNDEZ, F. – *Aspetos Psicológicos do Puerpério: Uma revisão* [Em linha]. 2015. [Consult. em 23 de janeiro 2018]. Recuperado de:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>>

GOMES, R. et al. - *Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico* Rev. Latino-Americana [Em linha]. 2001, vol.9, nº4. [Consult.15 de dezembro de 2017]. Recuperado de: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf>>

GRAÇA, L. *Medicina Materno-fetal*. 5ªed. Lisboa: Lidel, 2017.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – *International Classification for Nursing Practice*. 2017

JALLO N.; THACKER L.; MENZIES V.– *A Stress Coping App for Hospitalized Pregnant Women at Risk for Preterm Birth*. [Em linha] Lippincott Williams & Wilkins Country of Publication: United States NLM ID: 7605941. ISSN: 1539-0683; [Consult. 2 de novembro de 2017] Recuperado de: < <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=288afd12-1746-4c80-aa0b-8b5f2e57b54f%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=28817447&db=mnh>>

JOANNA BRIGGS INSTITUTE – *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* 2014 Edition. Adelaide: JBI, 2014.

JOY, S. et al. *Abnormal Labor* [Em linha]. American College of Obstetrician and Gynecologists, 2015. [Consult. em 23 de abril 2018]. Recuperado de: <<http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>>;

KENT, R.; MCUR; YAZBEK, M. et al. – *The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalization* [Em linha]. 2015, pp.164-169. [Consult. 2 de novembro de 2017] Recuperado de: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589ad621-dcbf-483bb4b9-baec7227d2a9%40sessionmgr4010&vid=11&hid=4114>>

KOCH, M. C. – *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de Doutoramento;

KOSMINSKY, Fanny Safarti. – *Aprendendo a lidar com a cólica do filho*. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005. Dissertação de Mestrado.

LAGES, A. – Parto por Cesariana: Consequências a curto e longo-prazo. [Em linha]. Tese de mestrado, março 2012. [Consult. em 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=537200>;

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984;

LEAL, I. *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. *Manual de Aleitamento Materno*. OMS/UNICEF, 2012;

LIMA, J.; BORGES; A. – “Score” de Risco Trombótico na Gravidez e Puerpério. *Boletim da SPHM*, Vol. 30, janeiro – junho, 2015;

LISBOA, R.; LOUREIRO, A.; LUCAS, P. Intervenção psicológica em situação de internamento obstétrico [Em linha]. *Análise Psicológica*, 1995. [Consult. em 5 de maio 2019]. Recuperado de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3128/1/AP_1995_12_67.pdf>

LOBO, I.; MACHADO, S.; SELORES, M. – *Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido*. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*; Volume XVIII, Nº1; 2009 [consult. 02 de fevereiro 2018] Recuperado de: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1231/1/AlteracoesCutaneas_18-1.pdf>

LOPES, M. H. et al. – Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. [Em linha]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017, vol.70, nº1, pp.231-235. [Consult. 17 de janeiro 2018]. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100231&script=sci_abstract&lng=pt>

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*. 7.ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2008;

LOWDERMILK; D. et al. *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2012;

LUIS, S.; COSTA, G.; CASTELEIRO, C. Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão. [Em linha]. Janeiro – dezembro, 2014, pp 33-46. [Consult. 03 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf>>;

MACHADO, M. Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: *Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lousã: Lidel, 2005;

MACHADO, C. – *Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.

MACHADO, S. et al. – *Diagnóstico, fisiopatologia e abordagem da pré-eclâmpsia: uma revisão*. Port J Nephrol Hypert [Em linha]. 2013, vol.27, n.3, pp.153-161. ISSN 0872-0169. [consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-01692013000300004>

MALONI J. – *Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest* [Em linha] Expert Rev Obstet Gynecol . 2011 July 1; 6(4): 385–393. doi:10.1586/eog.11.28. [Consult. 09 de novembro de 2017]. Recuperado de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22140399>>

MARQUES, M. Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal: Baseado nas Recomendações da OMS. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, 2014. [Consult. 19 de abril 2018]. Recuperado de: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20PARA%20CD.pdf>>

MELEIS, A. Theoretical nursing: development and progress. 4.^a Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;

MENDES, V. Recurso à Água Morna no parto: Prevenção do trauma perineal e incontinência urinária [Em linha]. Tese de dissertação de mestrado, 2013. [Consult. em 20 de fevereiro 2019]. Recuperado de: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9454/1/Tese%20com%20as%20altera%C3%A7%C3%B5es%20Vera%20def%201.pdf>>

MCKINNEY, C. et al. – *Feeding Neonates by Cup: Systematic Review of Literature*. [Em linha]. Maternal & Children Health Journal, 2016, nº20, pp.1620-1633. [Consult. 02 fevereiro 2018]. Recuperado de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091933/>>

MINEIRO, A. et al. A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ªed. Lisboa: Lidel, 2016.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, nº11, pp.1-158. [Consult. em 16 de abril de 2019]. Recuperado de: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>>

MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T.; RAMALHO, C. et al. Protocolos de Medicina MaternoFetal. 3ª ed. Lousã: Lidel, 2014;

NAMURA, R.; MIYADAHIRA, S.; ZUGAIB, M. – *Avaliação da vitalidade fetal anteparto*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Em linha]. 2009, vol. 31, nº10, pp.513-26. [Consult. 15 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/08.pdf>>

NETO, C; SOUZA, A; AMORIM, M; – *Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidência*. [Em linha] Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(9):459-68 [Consult. 15 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n9/v32n9a08.pdf>>

NOGUEIRA, J. R. e FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. [Em linha]. Revista de Enfermagem Referência, 2012, série III, nº8, pp.57-66. [Consult. 4 de janeiro de 2018]. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006;>

NUNES, S.; VARGENS, O. – O Uso do Gelo para Alívio da Dor no Cuidado à Parturiente: Revisão integrativa [Em linha]. Enfermagem obstétrica, setembro, 2014, pp. 95-99. [Consult. em 15

de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/22/20>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Combater a desigualdade: da evidência à ação* [Em linha] 2012 [Consult. 10 de novembro de 2017] Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Procedimentos de Cuidados Perineais à Puérpera durante o Internamento Hospitalar [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna, Parecer n.º23/2011. [Consult. 15 de janeiro de 2018]. Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto: Indicador de evidência [Em linha]. Projeto da MCEESMO-OE, 2012. [Consult. em 23 de abril 2018]. Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica* [Em linha] 2010 [Consult. 10 de novembro de 2017] Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal. [Em linha]. 2013. [Consult. em 5 de abril 2019]. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. [Em linha] 2014. [Consult. 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Recomendações para o aumento do trabalho de parto. [Em linha] 2015. [Consult. 23 de abril 2018]. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf?ua=1>

PELECKIS, M. V. ; FRANCISCO, A. A. e OLIVEIRA, S. M. – Terapias de Alívio da Dor Perineal no Pós Parto. [Em linha]. Texto Contexto Enfermagem, 2017, vol.26, nº2, pp.1-8. [Consult. em 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e05880015.pdf>

PIO, D.; CAPEL, M. – *Os significados dos cuidados na gestação* [Em linha]. Junho, 2015, vol.7 n.º1. [Consult. 20 de novembro de 2017]. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2015000100010>

PRIDIS, H.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature [Em linha] Setembro, 2012, pp.100-106. [Consult. em 6 de fevereiro 2019]. Recuperado de:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21664208>>;

RAMOS, E. M. et al. – O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. [Em linha]. Revista de Enfermagem da UERJ, 2014, vol.22, nº2, pp.245-250. [Consult. a 03 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666>>

RICHTER, M.; PARKES C.; CHAW-KANT J. – *Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patient*. [Em linha] Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. 2007 [Consult. 2 de novembro de 2017] Recuperado de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17594405>>

RODRIGUES, O.; SCHIAVO R. – *Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto*. [Em linha] Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(9):252-7 [Consult. 20 de

novembro de 2017] Recuperado de: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a06v33n9.pdf> >

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Use of CTG monitoring: are recommendations suitable? [Em linha]. 2008. [Consult. Em 26 de julho 2019]. Recuperado de: <<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/use-of-ctg-monitoring-are-recommendations-suitable>>;

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Second Stage of Labour. [Em linha]. Londres, 2012a. [Consult. em 18 de janeiro 2019]. Recuperado de: <<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Second%20Stage%20of%20Labour.pdf>>;

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Report of a survey exploring the position of midwives' hands during the birth of the baby's head. [Em linha]. Londres, 2012b. [Consult. em 25 de janeiro 2019]. Recuperado de: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Perineal%20Audit%20Report%202014_0.pdf>;

RUIZ, M. T. Manejo do Terceiro Período do Parto e as suas Repercussões no Puerpério [Em linha]. Dissertação de mestrado, 2007. [Consult. em 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/.../MARIANATORREGLOSARUIZ.pdf> >;

SANKAR, MJ.; CHANDRASEKARAN, A; RAVINDRANATH, A; AGARWAL & PAUL, VK; - *Umbilical cord cleansing with chlorhexidine in neonates: a systematic review*. Journal of Perinatology (2016) 36, S12-S20; doi 10.1038/jp. 2016.28 [Consult. 03 de fevereiro 2018] Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/301644161_Umbilical_cord_cleansing_with_chlorhexidine_in_neonates_A_systematic_review/download>

SANTOS, A.; CARDOSO, A. – *A qualidade de vida e o suporte social da grávida*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. 2010, nº11, pp. 26-31

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. – Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro [Em linha]. Março, 2011, pp.355-358. [Consult. 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>>;

SANTOS, I. et al. – A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica [Em linha]. Abril/Junho, 2018 pp. 157-162. [Consult. 15 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/5540/3826+&cd=4&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>>

SEABRA, J.M. – O choro do bebê. In: Portal dos psicólogos [Em linha]. Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, 2009 [Consult. em 02 de fevereiro 2018]. pp. 1-16. Recuperado de: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – Manual de Neonatologia. [Em linha]. Brasil, 2015. [Consult. 03 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf>

SILVA, M. et al. – Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. [Em linha]. Rev Esc Enferm USP · 2017;51:e03253 [Consult. 6 de novembro de 2017]. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03253.pdf>

SILVA, M. A. – Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento em Enfermagem. [Em linha]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Consult. 15 de dezembro]. Recuperado de: <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>>

SILVA, S. M. – Icterícia Neonatal. [Em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. [Consult. 03 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>>

SILVA, T. Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua

modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. [Em linha]. Acta Pediátrica Portuguesa, 2013, vol.44, nº5, pp.223-228. [Consult. em 18 de janeiro 2018]. Recuperado de: <<https://actapediatrica.spp.pt/article/view/3399/2709>>

SINGATA, M. ; TRANMER, J. e GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, nº8, pp.1-101. [Consult. em 01 de maio de 2018]. Recuperado de: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract>>

SMITH, C. A. et al. Relaxation techniques for pain management in labour (Review). [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, nº3, pp.1-94. [Consult. Em 16 de fevereiro 2019]. Recuperado de: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais [Em linha]. 2012. [Consult. em 15 de janeiro de 2018]. Recuperado de:<[http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais .pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais.pdf)>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA. Icterícia Neonatal. [Em linha]. 2013. [Consult. 03 de fevereiro 2018]. Recuperado de: <https://www.spneonatologia.pt/wpcontent/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Consenso Clínico: Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae [Em linha]. 2013. [Consult. 23 de abril 2018]. Recuperado de: <<http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013StreptoB.pdf>>

SOUSA G. et al. – *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review)* [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue3. Art.No.:CD003581. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub3. [Consult. 07 de Novembro de 2017]. Recuperado de: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003581.pub3/full>>

SOUZA, A. et al. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. [Em linha]. *Femina*, 2010, vol.38, nº4, pp.195-201. [Consult. em 15 de outubro 2018]. Recuperado de: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf>>;

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. – *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. *Einstein*, 2010; 8 (1 Pt 1): 102-6

SOUZA et al. - *Colestase intra-hepática da gravidez: evidências científicas para escolha do tratamento*. [Em linha]. 2014 [Consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4812.pdf>>

STIFTER, Cynthia A. – Choro e seu impacto no desenvolvimento psicossocial da criança. In: *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. [Em linha]. Estados Unidos da América, "Pennsylvania State University", 2011 [Consult em 03 de fevereiro 2018]. pp. 1-6. Recuperado de: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2556/choro-e-seu-impacto-no-desenvolvimento-psicossocial-da-crianca.pdf>>

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIFES. Use of CTG monitoring: are recommendations suitable [Em linha]. 2008. [Consult. em 23 de abril 2018]. Recuperado de: <<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/use-of-ctg-monitoring-are-recommendations-suitable>>;

TORRE, M. A. – *Assistência em Cuidados de Enfermagem à Perspectiva Antropobiológica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2001. Dissertação de mestrado;

UNICEF, 2012. [Consult. em 23 de janeiro 2018]. Disponível na World Wide Web: <<https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>>

WAGNER P., et al. – *Effectiveness of the contemporary treatment of preterm labor: a comparison with a historical cohort* [Em linha]. *Arch Gynecol Obstet* (2017) 296:27–34 DOI 10.1007/s00404-017-4389-6. [Consult. 9 de novembro de 2017]. Recuperado de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28484835>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Recomendações da OMS para a Prevenção e Tratamento da Pré-Eclampsia e da Eclampsia*. [Em linha]. 2013. [Consult. 19 de dezembro de 2017]. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119627/2/WHO_RHR_14.17_por.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. [Em linha]. Geneva, 2018. [Consult. em 4 de outubro 2018]. Recuperado de: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. [Em linha]. Geneva, 2015. [Consult. em 03 de outubro 2018]. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/>;