

**Preparação para o parto: O conhecimento como “superpoder”
que a mulher leva para o seu trabalho de parto**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Inês Martinho Baptista

Porto | 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Preparação para o parto: O conhecimento como
“superpoder” que a mulher leva para o seu trabalho
de parto**

**Childbirth preparation: Knowledge as a “superpower” women
bring to their labour.**

Relatório de Estágio

Orientado pela Professora Doutora Professora Doutora Alexandrina
Maria Ramos Cardoso

Inês Martinho Baptista

Agradecimentos

Antes de tudo, aos meus pais.

À Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos Cardoso por me guiar durante todo o mestrado, sendo um exemplo acadêmico e profissional e orientadora em todas as acepções da palavra. Muito obrigada por todas as palavras de incentivo, de crítica, de conselho, de reflexão.

Às minhas colegas de jornada, sem as quais isto não seria possível.

Aos meus amigos, por todo o apoio, todas as conversas ininteligíveis e ausências.

Às minhas colegas de trabalho;

A todas as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pelo exemplo e, em particular à Enfermeira Ângela Monteiro.

Abreviaturas | Siglas | Acrónimos

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

BCG - Boletim de Saúde da Grávida

BP - Bloco de Partos

bpm - Batimentos por Minuto

cm - centímetros

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

EC - Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV - Endovenosa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HPH - Hospital Pedro Hispano

HTA - Hipertensão Arterial

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

IM - Intramuscular

IMC - Índice de Massa Corporal

ITP - Indução de Trabalho de Parto

JBI - Joanna Briggs Institute

LA - Líquido Amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

mg/dl - Miligramas por Decilitro

mmHg - Milímetros de Mercúrio

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Pré-eclâmpsia

PPT - Parto Pré-Termo

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

RCM - Royal College of Midwives

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN - Recém-Nascido

SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

TP - Trabalho de Parto

TPE - Trabalho de Parto Estacionário

Resumo

Este relatório pretende descrever as etapas e eventos mais importantes na aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de saúde materna e Obstétrica. Descrevem-se, portanto as aprendizagens decorrentes do Ensino Clínico realizado no Hospital Pedro Hispano, em três módulos distintos: Gravidez com complicações; Trabalho de Parto e Parto; e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade. Partindo-se das vivências do Ensino Clínico, exploraram-se os conceitos, intervenções resultantes de prescrição e intervenções autónomas de enfermagem implementadas durante em cada um destes módulos. Procurou-se igualmente refletir sobre as mesmas, fundamentando-se as a sua implementação na evidência científica sempre que possível, ou, refletindo-se sobre a necessidade de actualizar as práticas tendo isto presente.

O paradigma actual da enfermagem baseada na evidência, justificou a inclusão de uma componente de investigação sob a forma de uma revisão integrativa da literatura com a tema: “Preparação para o parto: O conhecimento como “superpoder” que a mulher leva para o seu trabalho de parto”. Da análise dos cinco artigos seleccionados conseguiu extrair-se uma categoria relevante face à questão de investigação, relacionada com o Conhecimento sobre estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto. Referindo os vários autores que as intervenções de preparação para o parto, particularmente no âmbito da dor, se refletem numa diminuição do medo do parto e da ansiedade, promovendo experiências de parto mais positivas.

Palavras-chave: conhecimento; gravidez; trabalho de parto; parto

Abstract

This report intends to describe the most important stages and events in the acquisition and development of competences as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. Therefore, the learning resulting from the Clinical Teaching carried out at Hospital Pedro Hispano is described, in three distinct modules: Pregnancy with complications; Labour and Childbirth; and Self-care in Postpartum and Parenting. Starting from the experiences of Clinical Teaching, the concepts, interventions resulting from prescription and autonomous nursing interventions implemented during each of these modules were explored. It was also sought to reflect on them, basing their implementation on scientific evidence whenever possible, or, reflecting on the need to update practices with this in mind. The current paradigm of evidence-based nursing justified the inclusion of a research component in the form of an integrative literature review with the theme: "Preparation for childbirth: Knowledge as a "superpower" that women bring to their labour". From the analysis of the five selected articles, a relevant topic was extracted in relation to the research question, related to knowledge about strategies to deal with labour pain. Many authors mention that childbirth preparation interventions, particularly in terms of pain, are reflected in a decrease in childbirth fear and anxiety, promoting more positive childbirth experiences.

Keywords: knowledge; pregnancy; labor; childbirth

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO	13
1. Intervenções resultantes de prescrição em grávidas com patologia hipertensiva: Pré-eclampsia	16
1.1. Administrar [anti-hipertensor]	19
1.1.1. Avaliar efeitos secundários da medicação: a administração da nifedipina exige a vigilância de ocorrência de taquicardia materna, cefaleias ou rubor.	19
1.1.2. Avaliar efeitos secundários da medicação: a administração do labetalol exige a vigilância da FCF, uma vez que pode causar bradicardia.	19
1.2. Administrar [glicocorticóide].....	20
1.3. Monitorizar pressão sanguínea	20
1.4. Manter repouso.....	21
1.5. Monitorizar FCF	21
CAPÍTULO 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS.....	33
2. Diagnóstico: trabalho de parto	39
3. Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto: ITP	41
4. Avaliar a evolução do TP.....	47
5. Facilitar o trabalho de parto: intervenções de enfermagem e critérios para a sua implementação.....	49
6. Assitir o segundo estágio do TP.....	52
7. Promover a adaptação à vida extra-uterina	53
8. Revisão da literatura: O conhecimento como “superpoder” que a mulher leva para o seu trabalho de parto	54
8.1. Apresentação e discussão dos resultados.....	59
CAPÍTULO 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO	63
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Motivos de internamento no serviço de grávidas de risco do HPH	15
Figura 2 - Fisiopatologia da Pré-Eclâmpsia.....	17
Figura 3 - Classificação traçados cardiotocográficos, FIGO, 2015	24
Figura 4 - Exemplo Compromisso da Gravidez por APPT	29
Figura 5 - Índice de Bishop	43
Figura 6 - Questão de investigação: População, Contexto ou Conceito.....	56
Figura 7 - Construção das frases booleanas.....	57
Figura 8 - Fluxograma de selecção dos estudos	58

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), visando o cumprimento do Regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), na modalidade de estágio de natureza profissional, durante o segundo ano, culminando este com a elaboração de um relatório de estágio e sua discussão para a conclusão do curso e aquisição das competências necessárias à candidatura para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

O estágio profissional foi realizado durante o ano lectivo 2020-2021 no Hospital Pedro Hispano, pertencente à Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), compreendendo três módulos distintos: Gravidez com complicações; Trabalho de Parto e Parto; e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade. Durante estes módulos foram adquiridas competências e conhecimentos que permitem o exercício das funções específicas do EEESMO, segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (2019). Assim, as vivências durante o EC visaram o planeamento, execução e reflexão sobre as intervenções autónomas e interdependentes durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

Este relatório organiza-se segundo os módulos supracitados, pretendendo explicar e justificar as intervenções implementadas e refletir sobre os cuidados prestados e a sua adequação face à evidência disponível. Para esta finalidade descreveram-se conceitos, intervenções e apresentou-se a reflexão pessoal sobre as mesmas.

A fundamentação das decisões e intervenções implementadas através do conhecimento científico enquadra-se no actual paradigma da enfermagem baseada na evidência, pelo que o relatório incluiu uma componente de investigação sob a forma de uma revisão integrativa da literatura com a tema: “Preparação para o parto: O conhecimento como “superpoder” que a mulher leva para o seu trabalho de parto”

CAPÍTULO 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO

O Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019) prevê, no artigo quarto, a aquisição de competências necessárias para cuidar mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, incidindo na importância da detecção precoce de desvios da gravidez fisiológica através dos meios clínicos e técnicos apropriados (OE, 2019).

Integrando-se este módulo no contexto específico da gravidez de risco, os subcapítulos apresentados de seguida visam expor os cuidados de enfermagem prestados num contexto onde há complicações reais ou potenciais da gravidez. Assim, e tendo presente o contexto onde decorreu o ensino clínico, será apresentada uma reflexão sobre as experiências vivenciadas e a relação com as competências adquiridas neste âmbito.

A gravidez é eminentemente definida enquanto processo fisiológico através do qual um feto se desenvolve no corpo de uma mulher. Ainda que fisiológico é um processo complexo e multidimensional, com alterações corporais, psicossociais e emocionais. Para além desta complexidade existem ainda diversos factores em torno da pessoa que engravida e que podem condicionar a gravidez.

Assim, adoptando-se uma definição de risco como a probabilidade de um evento adverso ou consequência ocorrer, é fácil imaginar a sua associação à gravidez, parto e nascimento. Assim a avaliação risco e/ou a detecção precoce dos seus factores é uma dimensão importante dos cuidados, diminuindo significativamente a morbilidade e a mortalidade maternas, fetais e infantis (Rodrigues et al., 2017; Órfão, 2016).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco de 2015 apresenta uma definição de gestação de baixo risco como “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada (...) nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal.” (DGS, 2015, p.33). Esta escala permite relacionar factores que podem alterar o curso da gravidez, sendo estes a história reprodutiva da mulher, a história obstétrica, a existência de patologia associada e a existência de intercorrências na presente gravidez.

Os factores de risco podem ser maternos, incluindo-se condições de saúde prévias, antecedentes obstétricos e ginecológicos (idade materna, abortamentos anteriores, malformações anatómicas, parto pré-termo anterior). Como causa fetal podem enumerar-se por exemplo o caso da gravidez múltipla ou a existência de malformações ou patologias

fetais. O contexto socioeconómico da grávida e/ casal é outra dimensão a considerar na determinação do risco durante a gravidez (Blackwell et al., 2020; Hanko et al., 2019).

Assim, uma gravidez de risco é aquela em que existem factores que podem constituir uma ameaça, potencial ou real e colocar a vida materna e/ ou fetal em risco (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2016).

À luz da Teoria das Transições de Meleis, a vivência da gravidez saudável pode ser encarada como um factor facilitador ou dificultador da transição para a parentalidade. No caso de uma gravidez de risco, acrescem às exigências de uma gravidez saudável as especificidades da patologia ou vigilância e tratamento exigidos para minimizar as consequências da mesma. Assim, importa refletir sobre o papel do EEESMO na assistência às mulheres e/casais neste contexto específico.

O ensino clínico no âmbito da Gravidez com Complicações decorreu no Serviço de Grávidas de Risco da ULS de Matosinhos, nomeadamente no Hospital Pedro Hispano. Este módulo foi cumprido em 250h de contacto presencial e decorreu entre 9 de Setembro de 2020 e 22 de Janeiro de 2022.

Em termos estruturais o serviço tem lotação de seis camas separadas entre três divisões diferentes: uma enfermaria com duas camas normalmente destinadas a internamentos que se prevêem mais longos e onde há patologia na gravidez; um quarto individual que serve, actualmente, como quarto de isolamento para as grávidas que aguardavam resultado do teste COVID-19; e, finalmente, uma outra enfermaria com três camas destinadas a outras grávidas com patologia associada, ou no caso específico desta unidade de saúde, às grávidas em processo de indução de trabalho de parto. Para além das unidades das utentes, o serviço é composto por uma sala para refeições, uma casa de banho para utentes, uma sala de trabalho para a equipa de enfermagem e outra para a equipa médica.

Ao longo do ensino clínico tornou-se claro que a dimensão física do serviço é uma característica que condiciona a prestação de cuidados e que é uma dimensão importante da sua identidade. Em primeiro lugar, trabalham em cada turno uma enfermeira e uma assistente operacional, sublinhando-se a estreita ligação entre o internamento de grávidas de risco e o bloco de partos com colaboração constante entre as equipas e sendo esta interação favorecida pela proximidade física entre os dois serviços. Esta dinâmica foi uma característica desde cedo valorizada pela facilidade de referência para a equipa médica em situações de urgência ou emergência e colaboração com a restante equipa de enfermagem nestes e noutros momentos. Seguidamente, importa mencionar alguma dificuldade em garantir a privacidade das grávidas e/dos casais pela proximidade física entre as unidades das clientes.

A utilização das cortinas é, à semelhança da maioria das enfermarias, a estratégia a que profissionais de saúde e clientes recorrem. Aquando da admissão, no entanto, sentiu-se a

falta de um local mais resguardado para a realização procedimental da avaliação inicial, pelo que se utilizou a pequena sala de trabalho de enfermagem para o efeito. Por outro lado, a dimensão reduzida do serviço constituiu-se como um factor positivo para as gestantes com internamentos prolongados, pela baixa rotatividade de clientes e familiaridade entre as mesmas. Nestes casos, a baixa rotatividade de clientes representou uma vantagem para o estabelecimento da relação terapêutica com as grávidas e/os casais.

Durante o ensino clínico foram prestados cuidados a grávidas com diversas patologias, entre elas, ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), pré-eclâmpsia (PE), colestase gravídica, diabetes gestacional (DG), rotura prematura de membranas (RPM), pielonefrite. Nas grávidas admitidas para indução de TP, consideraram-se como risco moderados as situações de gravidez com patologia endócrina (diabetes gestacional e hipotireoidismo) e excesso de peso/obesidade, conforme o gráfico abaixo apresentado.

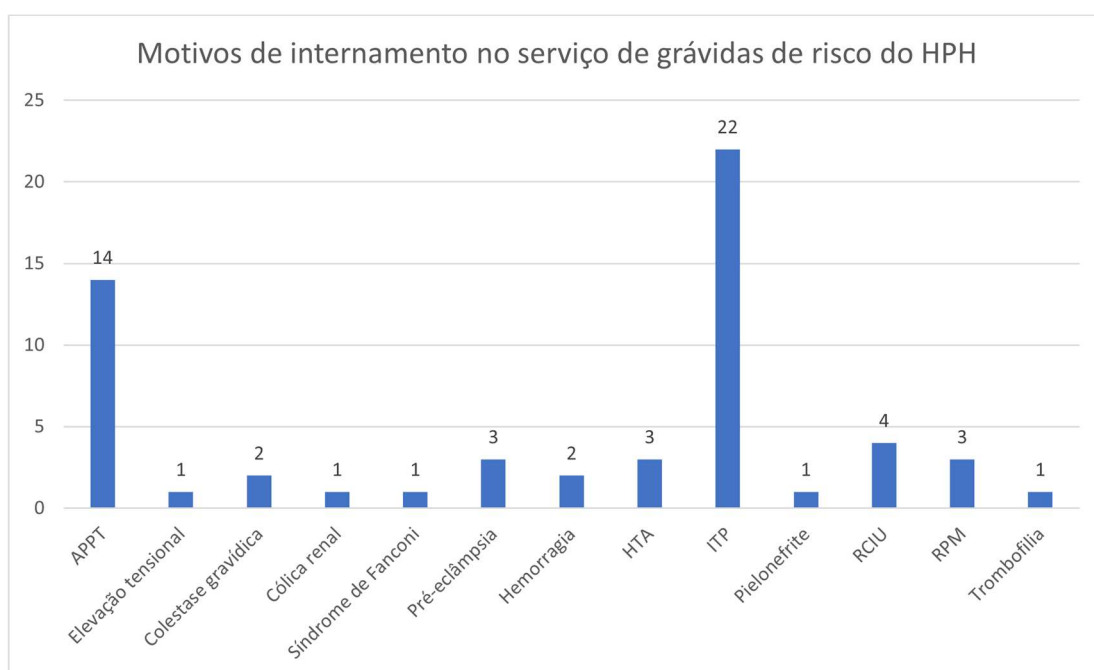


Figura 1 - Motivos de internamento no serviço de grávidas de risco do HPH

A especificidade da prestação de cuidados a uma grávida com patologia hipertensiva, nomeadamente pré-eclâmpsia, será abordada numa óptica das intervenções resultantes de prescrição, num primeiro subcapítulo, seguida da exploração das actividades de avaliação da gravidez com complicações, neste contexto, das intervenções autónomas prescritas face a diagnósticos de enfermagem no âmbito da transição para a parentalidade no caso específico da pré-eclâmpsia.

1. Intervenções resultantes de prescrição em grávidas com patologia hipertensiva: Pré-eclâmpsia

As patologias mais frequentes foram PE, APPT e RCIU, assim, optou-se por se explorar as intervenções resultantes de prescrição no contexto da pré-eclâmpsia e patologias hipertensivas.

A pré-eclâmpsia é uma patologia hipertensiva que pode atingir entre 2-8% das grávidas e que representa uma importante causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal. É definida pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy como hipertensão arterial (HTA)- pressão sanguínea ≥ 140 mmHg (sistólica) e ≥ 90 mmHg (diastólica) em duas medições consecutivas, com intervalo de pelo menos quatro horas, numa grávida sem história de hipertensão, existindo proteinúria superior a 300mg em 24 horas, ou evidência de lesão de órgão-alvo, apresentando-se os critérios de diagnóstico abaixo:

- Hipertensão- TA $\geq 140/90$ mmHg, nas condições supramencionadas ou se TA $\geq 160/110$ mmHg em 2 ocasiões, bastando apenas alguns minutos de intervalo;
- Proteinúria - ≥ 300 mg em 24 horas; rácio proteína/creatinina de 0,3mg/dL ou uma leitura de 2+ através do teste reactivo de urina (utilizado apenas quando não há outro teste quantitativo);
- Sem proteinúria, com o aparecimento de novo de hipertensão e:
- Trombocitopenia - menos de 100.000 plaquetas/ μ L;
- Lesão renal aguda - concentração plasmática de creatinina superior a 1,1 mg/dL ou um aumento do seu valor para o dobro, sem qualquer doença prévia);
- Hepatopatia com elevação para o dobro das transaminases;
- Edema pulmonar;
- Cefaleias de novo, sem outra causa.

A etiologia da PE ainda não é plenamente conhecida, existindo diversos factores etiológicos. De forma sintética, as alterações iniciais parecem ter origem na invasão trofoblástica inadequada com alterações na morfologia das artérias espiraladas e consequente isquemia placentária, que por sua vez originará a libertação de “citocinas pró-inflamatórias que, ao atingirem o sistema circulatório materno, provocam disfunção endotelial sistémica”. Esta disfunção traduz-se em vasospasmo e alterações na permeabilidade vascular que, por sua vez, originam lesões multi-sistémicas.

O esquema abaixo apresentado ilustra sumariamente as disfunções nos vários órgãos e relaciona as alterações na perfusão útero-placentária com o risco de restrição de crescimento intrauterino e, por outro lado, a prematuridade iatrogénica, quando há necessidade de interromper a gravidez em prol do bem-estar materno.

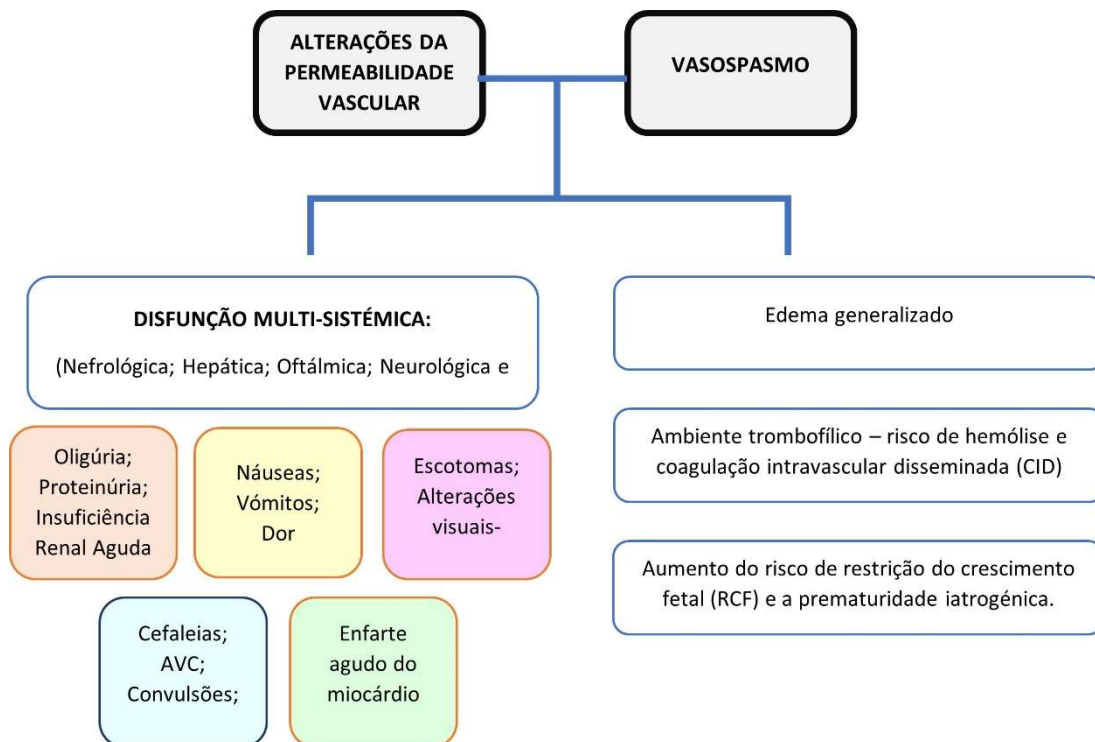


Figura 2 - Fisiopatologia da Pré-Eclâmpsia

Apesar desta incerteza quanto à sua etiologia, existem actualmente factores de risco bem estabelecidos para a o desenvolvimento desta síndrome, como hipertensão, diabetes prévia/gestacional, obesidade (IMC>30kg/m²), síndrome antifosfolipídico e/ou trombofilias, recurso a técnicas de procriação medicamente assistida; PE numa gravidez anterior; gravidez múltipla; idade materna superior a 35 anos; Lúpus Eritematoso Sistémico e Apneia Obstrutiva do Sono.

A obesidade, hipertensão, diabetes e a idade materna superior a 35 anos representam actualmente importantes factores a considerar pela sua prevalência. Relativamente à prevenção, as recomendações actuais mencionam a profilaxia com doses baixas de ácido acetilsalicílico (entre 100 a 150mg) nas mulheres com vários factores de risco, a suplementação com cálcio, quando necessário, e a manutenção de uma dieta equilibrada e de actividade aeróbica de 50 minutos, pelo menos três vezes por semana.

A progressão da PE sem diagnóstico ou tratamento cursa potencialmente com consequências notórias em termos de morbidade e mortalidade tais como a síndrome HELLP (hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia) e a Eclampsia. Quando à HELLP, o acrónimo encerra em si as alterações analíticas encontradas, com trombocitopenia com plaquetas abaixo das 100.000 plaquetas/μL, subida da aspartato aminotransferase (AST) e da alanina aminotransferase (ALT) para o dobro do limite normal e DHL superior a 600 UI/L, os sintomas mais característicos são epigastralgias (até 90% dos casos) e náuseas/vômitos em 50% dos casos.

A eclâmpsia é a manifestação convulsiva das patologias hipertensivas da gravidez representando uma importante causa de morte e morbidade, particularmente em regiões com menos recursos. Convulsões refratárias, ou hipertensão persistente podem levar a hipóxia severa, trauma, edema citotóxico ou enfarte. Na maioria dos casos apresenta-se acompanhada de sintomas prodrômicos característicos: cefaleias frontais/occipitais severas e persistentes, visão turva, fotofobia e alterações da consciência.

O tratamento da pré-eclâmpsia é a interrupção da gravidez, pelo que esta opção terapêutica deve estar sempre presente ao cuidar destas grávidas/casais particularmente perante a possibilidade de um parto pré-termo face ao agravamento do quadro clínico materno ou sinais de sofrimento fetal.

Compreender a fisiopatologia da pré-eclâmpsia é crucial para compreender as intervenções resultantes de prescrição ao cuidar destas grávidas e, simultaneamente, detectar precocemente sinais e sintomas de complicações. Assim, serão explanadas brevemente estas intervenções e a forma como foram implementadas ao longo do estágio.

Perante uma situação de suspeita de pré-eclâmpsia as grávidas eram triadas na urgência de Obstetrícia, do lado do Bloco de Partos. Após a avaliação inicial e a monitorização dos sinais vitais o protocolo de actuação da instituição recomenda a colheita de sangue venoso para os seguintes parâmetros: hemograma com plaquetas; função renal e hepática; ácido úrico, desidrogenase láctica; rácio proteínas:creatinina e proteinúria de 24 horas e estudo da coagulação. Era realizada ecografia no sector e monitorização através da cardiotocografia externa, consoante a idade gestacional. Decidido o internamento era realizada a transferência para o serviço de grávidas de risco após colheita do teste para COVID-19, dependendo a actuação da existência ou não de critérios de gravidade.

Os critérios de gravidade referidos incluem um conjunto de sinais de sintomas como a persistência de valores tensionais acima de 160/110 mmHg em duas ocasiões, intervaladas de pelo menos quatro horas de repouso e, independentemente dos valores tensionais a existência de cefaleias graves ou persistentes; alterações visuais, da consciência, epigastralgias ou dor persistente no quadrante superior direito; elevação das transaminases; trombocitopenia; lesão renal, ou edema pulmonar.

Desta forma, sem critérios de gravidade, a denominada atitude expectante envolvia enquanto indicações médicas o repouso relativo no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo; a vigilância diária da tensão arterial com intervalos de seis em seis horas, do peso e diurese em dias alternados; avaliação analítica duas vezes por semana, ecografia quinzenal para avaliação do crescimento fetal e fluxometria; CTG diário. A maioria das situações vivenciadas em estágio enquadram-se nesta categoria, com excepção de uma grávida que internada por pré-eclâmpsia em gravidez gemelar, a quem foi diagnosticado um DPPNI após um episódio de hemorragia vaginal.

Na presença de critérios de gravidade, a prioridade é a estabilização do quadro clínico através do controlo tensional, instituição de profilaxia das convulsões e monitorização do balanço hídrico e a avaliação do bem-estar fetal. Perante uma grávida com mais de 34 semanas a indicação absoluta para estas situações é a terminação da gravidez. Entre as 24 e as 34 semanas a avaliação deve ser subjectiva, sendo possível uma atitude expectante perante a estabilização do quadro materno e existência de evidência de bem estar fetal, devendo sempre ser administrada corticoterapia para maturação pulmonar.

Procurando maior clareza na explanação das intervenções resultantes de prescrição ao cuidar de uma grávida com pré-eclâmpsia irá proceder-se à exploração das consideradas mais pertinentes, sendo estas seguidas da evidência que as justifica ou que motiva reflexão sobre a sua pertinência.

1.1.Administrar [anti-hipertensor]

Independentemente da patologia hipertensiva, valores de pressão sanguínea persistentemente acima de 140/90 mmHg exigem tratamento farmacológico. O objetivo deve ser manter os valores entre 140-110 mmHg de pressão sanguínea sistólica e a diastólica deve ser mantida acima dos 80 mmHg.

A nifedipina, um bloqueador dos canais de cálcio, inibe o transporte de cálcio para o interior das células, traduzindo-se o seu efeito anti-hipertensor por uma diminuição acentuada da resistência vascular periférica. A sua utilização mais comum foi como terapêutica de manutenção, após estabilização do quadro hipertensivo, via oral, numa dose entre 30-60mg na sua formulação de libertação prolongada e até 120mg/dia. Perante valores tensionais superiores a 160/110 mmHg, este era também o fármaco de primeira linha, administrando-se no máximo 20 mg de Nifedipina, via oral com intervalo de 20 minutos.

1.1.1. Avaliar efeitos secundários da medicação: a administração da nifedipina exige a vigilância de ocorrência de taquicardia materna, cefaleias ou rubor.

O labetalol é um bloqueador dos receptores adrenérgicos α e β , sendo muito eficaz no tratamento da HTA grave, e por isso, administrado via endovenosa (EV), em bólus inicial de 20mg em dois minutos. Se após dez minutos TA superior a 160/110 mmHg são administradas 40 mg EV em 2 min, aguardando-se novamente dez minutos para administrar 80 mg EV em 2 min. A dose máxima é de 300 mg, podendo ser mantida uma perfusão contínua, em caso de necessidade e após estabilização.

1.1.2. Avaliar efeitos secundários da medicação: a administração do labetalol exige a vigilância da FCF, uma vez que pode causar bradicardia.

A metildopa é o fármaco de primeira linha no tratamento de manutenção da hipertensão durante a gravidez, por ser amplamente estudado neste contexto e por ter poucos efeitos

secundários. Não é um fármaco especificamente utilizado na pré-eclâmpsia, mas muitas vezes medicação habitual das grávidas com hipertensão de antecedente ou que desenvolveram hipertensão gestacional.

1.2. Administrar [glicocorticoide]

A progressão da pré-eclâmpsia pode determinar a necessidade de terminar a gravidez precocemente por causa materna e/fetal. Nestas situações é protocolado, no HPH, que as grávidas com pré-eclâmpsia com critérios de gravidade e idade gestacional entre as 24 e as 34 semanas recebam quatro doses de Dexametasona (6mg via Intramuscular) com intervalo de 12 horas. Embora os protocolos possam diferir entre instituições, os dois fármacos utilizados a dexametasona ou a betametasona têm um objectivo comum: acelerar a maturação pulmonar fetal.

Num recém-nascido pré-termo o síndrome de dificuldade respiratória (SDR) é uma das maiores complicações e principal causa de morte neonatal, sendo esta motivada pela imaturidade pulmonar. O desenvolvimento fetal pulmonar é acelerado pela administração de corticóides, favorecendo-se o processo de alveolização e de maturação dos pneumócitos tipo II, responsáveis pela produção de surfactante -substância fulcral para prevenir o colapso dos alvéolos durante a expiração. Para além disso, parece também produzir efeitos no fluxo sanguíneo cerebral, diminuindo o risco de hemorragia intraventricular nos recém-nascidos pré-termo.

No caso das grávidas com pré-eclâmpsia estamos perante um caso específico de prematuridade iatrogénica, em que a gravidez é activamente interrompida. Quando o quadro clínico permite e a idade gestacional é compreendida entre as 24 e as 34 semanas, é planeada a terminação da gravidez após cumprido o ciclo de corticoterapia, tendo-se em conta que a janela terapêutica para a prevenção da doença da membrana hialina compreende as 24 horas e os sete dias após a última administração, apesar de se observar um impacto significativo na diminuição da mortalidade a partir das 24 horas após a primeira toma.

1.3. Monitorizar pressão sanguínea

Enquanto actividade de vigilância, a determinação/escrutínio “em ocasiões repetidas ou regulares alguém ou alguma coisa” (ICNP, 2022) é neste caso referente aos valores de PA. De forma rotineira eram avaliados a cada quatro horas, nas grávidas internadas com quadro hipertensivo estabilizado, ou seja PA sistólica entre 130 e 150 mmHg e PA diastólica entre 80 e 100 mmHg. Caso contrário, a monitorização deveria ser realizada a cada hora, ou ainda continuamente.

Sublinha-se a importância de obter os os valores de PA utilizando a técnica mais correcta possível, assim, deve considerar-se em primeiro lugar as condições em que avaliação é feita com a grávida sentada com os pés apoiados no chão, ou em decúbito lateral esquerdo,

mantendo o braço à altura do coração e após dez minutos de repouso. O tamanho do braçal deve também ser adequado para reduzir erros nos valores obtidos, assim como a abstinência de substâncias como a cafeína e o tabaco nos 30 minutos prévios à monitorização.

1.4. Manter repouso

Face a este diagnóstico clínico, a prescrição de repouso relativo no leito é ainda recorrente. Nestes casos, as grávidas são instruídas sobre a possibilidade de manter a sua independência nos diversos domínios do autocuidado (podem usar o sanitário, tomar banho, comer, ou andar) alternando períodos de actividade física com repouso no leito por períodos longos (Maloni, 2010; Sciscione 2010 in Silva Lopes et al, 2017). Enfatiza-se também a importância de preferir os decúbitos laterais, por melhorar a perfusão útero placentária ao favorecer a descompressão da veia cava inferior.

Sobre esta intervenção resultante de prescrição reflete-se aqui sobre a sua pertinência, uma vez que a evidência actual não refere vantagem na sua utilização como estratégia preventiva para as mais diversas patologias, incluindo a pré-eclâmpsia e as doenças hipertensivas da gravidez. Neste caso, o repouso no leito é prescrito com o objectivo de diminuir a PA, sendo que Meher e Caroli (2005), referem existir apenas quatro estudos randomizados controlados sobre esta temática.

É igualmente difícil definir a prescrição de repouso no leito em termos de tipo de actividade, duração dos períodos de repouso e duração da indicação do repouso. São também discutidos os efeitos da hospitalização nestas mulheres, podendo este factor ser um stressor extra, e alguns efeitos adversos da prescrição de repouso como por exemplo o aumento do risco tromboembólico, a atrofia muscular e desmineralização óssea. Maloni (2012) refere que a atrofia muscular se inicia a partir das seis de restrição ao leito, enfatizando uma correlação positiva entre tempo e repouso e diminuição da força muscular. Estas consequências são potenciadas pelas alterações fisiológicas da gravidez, pensando-se nas alterações ao nível da coagulação que induzem um estado pró-trombótico, ou na obstipação que pode intensificar-se pela imobilidade.

1.5. Monitorizar FCF

A monitorização da FCF foi executada em todos os turnos na unidade de grávidas de risco, utilizando-se um estetoscópio de ultrasons Doppler para a auscultação ou recorrendo-se a um cardiocógrafa para esse registo. Sublinha-se aqui a natureza autónoma desta intervenção, aparecendo aqui apenas pela especificidade do contexto da gravidez com complicações e pela existência de uma prescrição médica para a sua realização. Não obstante, mediante a avaliação e colheita de dados junto das grávidas as EEESMO decidiam sobre a necessidade de monitorizar a FCF.

Para assistir esta intervenção realizavam-se as manobras de Leopold, mais frequentemente a manobra 1 e 2, por permitirem determinar com mais precisão o foco de auscultação, especialmente a partir das 30 semanas de gestação, quando o tamanho do feto possibilita a estimativa da sua posição dentro do útero. Ao realizar a palpação do abdómen as manobras 3 e 4 não foram realizadas tão frequentemente por causarem bastante desconforto às grávidas, por um lado, por outro por não assistirem na recolha de dados tão relevantes neste contexto, como é caso da manobra 4 que identifica o encravamento e a flexão da cabeça. Assim, ao longo do ensino clínico a sua realização tornou-se progressivamente mais fácil, sentindo-se maior dificuldade perante grávidas obesas, nos casos de hidrâmnios ou perante idades gestacionais menores, como descrito na literatura (Cunningham et al., 2012 e NICE, 2017).

Nas grávidas internadas até às 28 semanas e na ausência de contratilidade uterina era realizada a auscultação intermitente da FCF através do estetoscópio de ultrasons Doppler. A auscultação era feita durante pelo menos um minuto, determinando-se o foco, a área do abdómen materno onde se obtêm com maior intensidade e clareza os sons cardíacos fetais e que corresponde ao dorso fetal. Relativamente aos valores referência da frequência cardíaca fetal, sabe-se que os seus limites inferior e superior decrescem ao longo da gravidez, por isso devem manter-se entre 120 a 180 bpm em gravidezes inferiores a 28 semanas e 110 a 160 bpm após as 28 semanas (Lowdermilk & Perry, 2008;).

A cardiotocografia foi o método de monitorização electrónica fetal externa utilizado nas grávidas com idade gestacional superior a 28 semanas e o mais comumente utilizado durante o ensino clínico. Decompondo-se a palavra cardiotocografia compreende-se que são monitorizados vários parâmetros como a FCF (cardiografia), a contratilidade uterina (tocografia), os movimentos fetais (actografia) (quando os cardiotocógrafos possuíam sensores de movimento), ou o registo dos movimentos fetais sentidos pela mulher, não existindo sensor de movimentos.

Para a realização da monitorização através de CTG as grávidas eram instruídas a manter-se em posição de Semi-Fowler ou em decúbito lateral, uma vez que o decúbito dorsal pode promover a compressão aortocaval, afectando a perfusão placentária e diminuindo a oxigenação fetal. A monitorização era realizada durante pelo menos 30 minutos, pelo menos uma vez por turno, segundo protocolo do serviço. Eram feitos os registos relativamente aos traçados e referenciados para a equipa médica quaisquer traçados suspeitos, mantendo-se a monitorização por mais tempo nestas circunstâncias.

A monitorização através da cardiotocografia externa é conseguida através da colocação no abdómen da grávida de dois transdutores. O transdutor doppler é colocado sobre a zona do abdómen onde está o foco e transdutor de pressão era colocado à altura do fundo uterino, permitindo detectar deformações na parede abdominal, causadas pela contração uterina. Durante o ensino clínico tornou-se claro que a colocação do tocodinamómetro é crucial para

o correcto registo tocográfico, devendo considerar-se que este deve ficar bem fixo sobre a parede abdominal e que outros factores como a quantidade de tecido adiposo ou de líquido amniótico influenciam o registo conseguido.

O registo cardiotocográfico exige a interpretação em simultâneo pelos profissionais de saúde. Relativamente à FCF são avaliados quatro parâmetros: a linha de base, a variabilidade e a ocorrência de acelerações e/ou desacelerações. Para além destes quatro itens deve considerar-se a tocografia, os movimentos fetais, a idade gestacional e a interferência de fármacos ou a existência de patologia. No contexto deste estágio importa reconhecer alterações expectáveis em função das diversas patologias e ou terapêutica farmacológica.

Relativamente aos quatro parâmetros supramencionados, a linha de base refere-se aos segmentos com menos oscilações, num período de 10 minutos e é expressa em bpm. Os limites considerados normais são entre os 110 e os 160 bpm, considerando-se que para uma idade gestacional menor a FCF tente para os limites superiores, por exemplo. Uma linha de base superior a 160 bpm mantida durante 10 minutos considera-se taquicardia fetal contrariamente, uma linha de base inferior a 110 bpm corresponde a bradicardia fetal.

A frequência cardíaca oscila acima ou abaixo da média, sendo que a variabilidade reflete estas irregularidades em relação à linha de base. A variabilidade curta refere-se às diferenças entre batimentos sucessivos, pelo que não é possível identificá-la a olho nu, exige uma análise computadorizada. A análise de um registo de CTG permite determinar a variabilidade longa, ou seja a diferença entre o valor máximo de FCF e o valor mínimo num minuto. Os valores considerados normais são entre 5-25 bpm, correspondendo uma variabilidade reduzida a menos de 5 bpm durante 50 minutos com uma linha de base normal, ou durante 3 minutos durante uma desaceleração.

Mais uma vez a definição de aceleração e desaceleração depende da determinação da linha de base. Uma aceleração é um aumento superior a 15 bpm em relação à linha de base, durante pelo menos 15 segundos, são mediadas pelo sistema nervoso simpático e correspondem a movimentos fetais em 90% dos casos. Relacionam-se, por este motivo, com os estadios comportamentais fetais e com a idade gestacional, sendo que antes das 32 semanas de gestação as acelerações podem ser de menor amplitude e duração (10 bpm durante 10 segundos).

Após as 32-34 semanas, é raro serem registadas acelerações durante períodos de sono profundo que podem durar até 50 minutos, por vezes. Já as desacelerações são simétricas às acelerações: diminuições da FCF abaixo da linha de pelo menos 15 bpm, durante pelo menos 15 segundos. As desacelerações precoces são pouco profundas, simétricas, curtas e o seu nadir corresponde ao pico da CU, são associadas à compressão cefálica, com estimulação de barorreceptores intracranianos e não têm significado patológico.

Nas desacelerações tardias, o nadir da contração ocorre após o pico da CU. Estas desacelerações têm formato em “U”, início e fim gradual e presença de baixa variabilidade durante a desaceleração, manifestam-se como consequência de hipoxemia fetal mediada por quimiorreceptores. Quando o formato das desacelerações se assemelha a um “V”, têm a designação de variáveis, tendo um início abrupto, variabilidade normal, e recuperação rápida. Variam igualmente na relação com as CU e resultam normalmente de uma resposta a aumento da PA, por compressão do cordão umbilical.

Finalmente, qualquer desaceleração que dure mais de 3 minutos é uma desaceleração prolongada, mediada por quimiorreceptores e que indica hipoxemia fetal e, caso as desacelerações ocorram perante mais de 50% das CU, designam-se de repetitivas.

Da interpretação dos vários parâmetros surge uma classificação dos traçados conforme a tabela abaixo apresentada. Relativamente ao padrão sinusoidal mencionado abaixo, este refere-se a uma onda característica, com formato ondulatório e amplitude entre 5 a 15 bpm, a sua patofisiologia não é completamente conhecida, mas sabe-se que ocorre perante anemia fetal grave, nos casos de aloimunização anti-D, hemorragia feto-materna, síndrome de transfusão feto-fetal ou ruptura de vasa prévia.

	Linha de Base	Variabilidade	Desacelerações
NORMAL	110-160 bpm	Normal 5-25 bpm	Ausência de desacelerações repetitivas
SUSPEITO	Todos os traçados com ausência de critérios de normalidade, mas sem critérios para serem considerados patológicos.		
PATOLÓGICO	< 110 bpm	Reduzida; Aumentada ou Padrão sinusoidal	Desacelerações tardias ou prolongada durante pelo menos 30 minutos ou 20 minutos se variabilidade diminuída; Desaceleração prolongada de 5 minutos

Figura 3 - Classificação traçados cardiotocográficos, FIGO, 2015

Ao longo do ensino clínico no serviço de grávidas de risco do HPH os achados mais comuns em termos de interpretação cardiotocográfica foram a presença de contrações, indesejáveis em grávidas internadas por APPT, a existência de traçados com uma variabilidade reduzida e a ocorrência de desacelerações. Outra ocorrência frequente foram as interferências no registo da FCF por perda de sinal ou captação da frequência cardíaca materna.

Quanto ao registo tocográfico, nas grávidas internadas por APPT, RPM ou com outra patologia a ocorrência de contratilidade regular e dolorosa constituía um dado que exigia referência para a equipa médica, sendo ocasionalmente realizado o exame vaginal para colher dados relativos à consistência do colo do útero, à sua extinção e dilatação.

A variabilidade e a FCF eram parâmetros por vezes alterados, por diversos motivos. Em primeiro lugar pela idade gestacional, no caso de fetos pré-termo a variabilidade apesar de normal, tendia a ser menor do que em fetos de termo e frequência cardíaca tendia também para valores superiores da FCF. No caso das grávidas a induzir trabalho de parto observava-se por vezes um traçado pseudo sinusoidal relacionado com a administração de analgésicos opióides. De facto, recorrendo-se a estratégias farmacológicas para alívio da dor, a Petidina era o fármaco de primeira linha administrado, podendo causar temporariamente, um traçado tipo serrado, antecedido de condições normais e retomando o mesmo padrão de normalidade após cerca de 30 minutos (Sánchez et al., 2021; l (Ayres-De-Campos, Spong & Chandraharan, 2015;)).

A causa mais frequente para ocorrência de taquicardia fetal nas grávidas monitorizadas durante este ensino clínico foi a febre materna, por exemplo nos casos de pielonefrite ou na RPM, sabendo-se que a dor ou ansiedade pode também causar taquicardia reflexa, ou a administração de fármacos como os beta-agonistas, como é o caso do salbutamol, os parassimpaticolíticos, como a atropina, ou ainda a butilescopolamina. Na ausência destes factores maternos, a persistência de taquicardia pode indiciar hipovolemia/hipoxemia fetal ou outra arritmia fetal (RCOG, 2001). Os casos em que se verificaram desacelerações da FCF foram sempre em grávidas em induzir trabalho de parto o que se correlaciona com uma das principais causas para a ocorrência das mesmas que é precisamente actividade uterina anormal.

Redireccionando-se novamente esta intervenção para o caso específico da pré-eclâmpsia, a monitorização da FCF é relevante pelo facto desta patologia cursar muito frequentemente com RCIU, risco de parto pré-termo e de DPPNI. Os achados mais frequentes relacionam-se com a coexistência de pré-eclâmpsia e RCIU ou oligoâmnios, sendo que na maioria dos casos as manifestações cardiotocografias da pré-eclâmpsia ocorrem em situações graves.

Geralmente podem verificar-se algumas desacelerações variáveis decorrentes, por exemplo de compressão do cordão umbilical. O valor da monitorização da FCF através de CTG neste contexto reside na facilidade em detectar situações agudas de sofrimento fetal, sendo, no entanto, crucial a avaliação do crescimento fetal e da fluxometria para uma melhor percepção do bem-estar fetal.

Finalmente, importa referir que as principais dificuldades sentidas na prática se relacionam com a subjectividade e variabilidade de interpretação entre observadores. A existência de conceitos e critérios como os explanados acima não contemplam o conhecimento empírico decorrente da experiência. Contudo, pelo menos os conceitos teóricos foram assimilados e vivenciadas experiências que permitiriam a interpretação de inúmeros traçados cardiotográficos correlacionados ou não com a existência de patologia.

Meleis descrevia, em 2010, que as transições são a passagem de um estado de relativa estabilidade para outro, de maior estabilidade, sendo estes processos iniciados por eventos

críticos e mudanças nos indivíduos e no seu ambiente. O planeamento da gravidez e gravidez em si forçam mudanças rápidas físicas, psicológicas mesmo sociais que requerem adaptação e a aquisição de competências para desempenhar o papel de mãe ou pai.

Entendendo-se que estes papéis são etapas normativas do ciclo de vida, a transição para a parentalidade é considerada uma transição desenvolvimental que exige reorganização individual, conjugal e profissional e a incorporação do papel de ser mãe e pai (Meleis, 2010; Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010). Como todas as transições é limitada no tempo, mas é difícil precisar um evento crítico que assinale o seu início, sendo que alguns autores referem o período da gravidez (Imle, 1990), outros o pós-parto (Pridham & Chang, 1992), ou ainda a partir dos 18 meses de vida do lactente (Nyström & Öhrling, 2004).

Caso a gravidez e o projecto parental seja vivenciado por um casal é importante notar que o processo de transição para a parentalidade é distinto entre a grávida, que tem de se adaptar também à gravidez, e o outro elemento do casal, referindo-nos comumente ao pai.

Rubin e Mercer (1995) são amplamente citadas quando se refere a transição para a maternidade enquanto o período durante o qual a mulher interioriza gradualmente a gravidez e o desenvolvimento do feto através da capacidade de antecipação e de preparação durante o período pré-natal, em especial no último trimestre, no qual aprende, pratica e desenvolve comportamentos relativos ao papel materno” (cit. por Monteiro, 2012, p. 17). As duas investigadoras estabelecem tarefas e etapas para a consolidação da transição para a maternidade, tais como a fase antecipativa, que decorre entre a gravidez e o nascimento e se caracteriza por ser um tempo de experimentação do novo papel e de ajuste a todas as mudanças.

Após o parto inicia-se o desempenho concreto da parentalidade de acordo com as expectativas sociais e familiares, e na linha da definição do ICNP como “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICNP, 2022).

Na terceira etapa o papel é desempenhado de acordo com as expectativas da mãe e aspirações futuras e, finalmente o papel de mãe passa a fazer parte da identidade da mulher com desenvolvimento de “autoconfiança e autonomia, e a produção de um estilo próprio de desempenho” (Mercer, 2004 cit por Martins, 2013 p. 18).

É importante referir a natureza subjectiva de cada transição, sendo que a mesma mulher provavelmente vivenciar cada gravidez de forma distinta (DGS, 2015a; Meleis, 2010), compreendendo-se ainda a interferência de factores que podem facilitar ou dificultar essa

transição, tais como significados atribuídos a determinados eventos, atitudes, crenças e valores culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento prévios (Chick & Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Atendendo-se ainda aos padrões das transições, uma mulher grávida pode ainda experienciar num mesmo período várias transições.

Numa gravidez de risco, as grávidas experienciam todas as mudanças fisiológicas e psicossociais que existem numa gravidez de baixo risco, acrescentando ainda o stress psicológico, os desconfortos físicos e a incerteza relativa aos resultados perinatais daquela gravidez. Assim, o diagnóstico de uma gravidez de risco com a necessidade de internamento, interfere directamente em vários domínios da transição para a parentalidade, nomeadamente na adaptação à gravidez com complicações e à parentalidade (Hanko, 2020; Yilmaz, 2021; Rodrigues et al., 2017).

A adaptação à parentalidade compreende segundo o ICNP, 2022, os “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.”. Como referido anteriormente, Rubin e Mercer dedicaram-se ao estudo deste foco, potencialmente alvo de cuidados de enfermagem, descrevendo fases e etapas bem definidas deste processo, que se inicia durante a gravidez e pode prolongar-se até vários meses após o nascimento. À semelhança de outras transições, a aquisição de conhecimento, competências e habilidades pode contribuir favoravelmente para o sucesso da transição. (Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015).

Esta adaptação exige uma reformulação da identidade dos futuros pais, nos papéis que desempenham, na aquisição ou mobilização de conhecimentos, habilidades e competências para lidar com as exigências da parentalidade. Meleis et al., 2000 (p.57) referem, relativamente à consciencialização que esta se relaciona com a percepção, o conhecimento e reconhecimento da transição. É um processo interno complexo de reconhecimento do que mudará e de que é necessária preparação para desempenhar este novo papel e ajustar as suas expectativas ao exercício concreto do papel de mãe e pai (Cardoso, 2011; Meleis et al., 2000 cit. por Cardoso, 2011).

Esta propriedade das transições relaciona-se com outra, o grau de envolvimento, ou seja a disponibilidade para participar activamente nas alterações inerentes ao processo de transição, manifestando-se através da procura de informação, da mudança de hábitos, e preparação (Meleis et al., 2000).

O contexto específico da gravidez com complicações, interfere no processo de adaptação à parentalidade, e potencialmente no curso da transição para a parentalidade. Facilmente se que as grávidas que necessitam de internamento, particularmente, experienciam elevados níveis de stress, ansiedade, medo, perturbações do sono, ou solidão (Yilmaz & Osklen, 2021; Amphai, 2021).

Estes factores podem constituir-se como dificultadores da transição, pelo que importa explorar potenciais factores facilitadores, significado atribuído à gravidez e à vivência da gravidez com complicações e preparação e conhecimento sobre o papel parental, por vezes em condições especiais (Chick & Meleis, 2010; Meleis, 2010).

Na prestação de cuidados a grávidas internadas por complicações na gravidez, foram abordadas previamente as intervenções resultantes de prescrição no caso específico da pré-eclâmpsia, de seguida serão abordados focos da atenção do EEESMO no âmbito das suas competências autónomas para facilitar a adaptação à gravidez com complicações. Ao longo do ensino clínico, independentemente da patologia que motivou o internamento das grávidas e da idade gestacional, foi notório que a necessidade de internamento origina necessidades em cuidados transversais a todas as grávidas e casais.

Apesar da natureza transversal dos cuidados prestados, a sua subjectividade e adequação às necessidades de cada casal concretizava-se através duma colheita de dados inicial, no momento da admissão, e ao longo do internamento, que permitiam a formulação do plano de cuidados individualizado. A colheita de dados inicial era feita através de entrevista, consulta do processo clínico da cliente e do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), valorizando-se dados relativos à história obstétrica, ginecológica, antecedentes de saúde, dados biométricos, grupo sanguíneo e factor Rh, medicação habitual, hábitos de vida (dieta; consumo de substâncias), ocupação profissional, idade gestacional (IG), data provável do parto (DPP), intercorrências durante a gravidez e dados de vigilância da gravidez (análises sanguíneas, ecografias, entre outros rastreios).

Um dos focos transversal, exceptuando-se as grávidas admitidas para ITP, foi o de Gravidez comprometida. A principal causa para o compromisso da gravidez ao longo do ensino clínico foi a APPT, sendo que outros motivos de internamento como a RPM ou a pré-eclâmpsia inserem em si elementos patológicos que podem motivar a terminação da gravidez antes das 37 semanas de gestação. Assim, nas grávidas cuidadas foram identificadas necessidades em cuidados comuns e corroboradas pela literatura relacionadas com a complexidade do regime terapêutico, a ansiedade face à possibilidade de um parto pré-termo e às complicações para o RN, as preocupações com a própria saúde e as implicações da separação da família e de casa (Hanko et al., 2019).

Tendo presente a colheita de dados inicial, os dados relativos à evolução da gravidez e outros dados decorrentes de intervenções resultantes de prescrição eram exploradas diferentes dimensões dentro do foco Gravidez comprometida, tais como o Conhecimento sobre a patologia (APPT; Pré-eclâmpsia; RPM, etc.) e sobre o PPT. No âmbito do conhecimento os diagnósticos eram formulados como “Potencial para melhorar conhecimento sobre...” e concretizados através da acção “Ensinar”. Assim, especificando para o caso da APPT e esquematizando um exemplo:

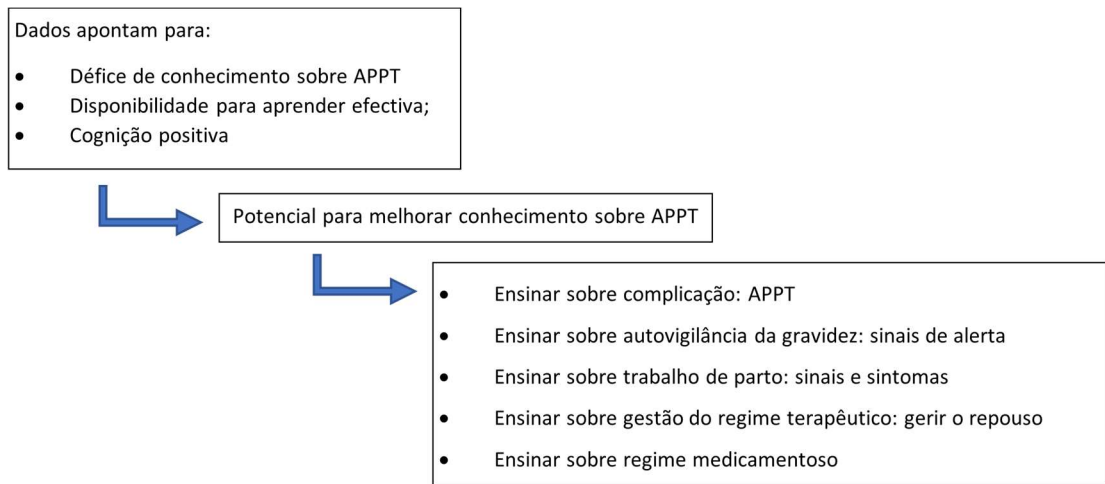


Figura 4 - Exemplo Compromisso da Gravidez por APPT

O conhecimento sobre a fisiopatologia pode promover a consciencialização sobre a relação entre a complicação da gravidez e os resultados perinatais e, por outro lado, promover o bem-estar da grávida conferindo-lhe alguma sensação de controlo perante as opções terapêuticas e as intervenções resultantes de prescrição que são necessárias. (Mirzakhani et al 2020). As intervenções relacionadas com a autovigilância da gravidez e trabalho de parto: sinais e sintomas são mais pertinentes aquando da preparação da alta destas grávidas, uma vez que durante o internamento a acessibilidade à monitorização mais frequente permite detectar precocemente a progressão da APPT.

Quanto à intervenção relativa ao repouso, foi abordada previamente a sua pertinência, enquanto intervenção resultante de prescrição. Particularmente nos casos de APPT e RPM, continua a ser prática comum recomendar repouso relativo ou absoluto no leito por se associar potencialmente a actividade física mais ou menos intensa a um aumento da contratilidade uterina (Sosa, Althabe, Belizán & Bergel, 2015).

De facto, neste âmbito pode ser mencionado outro foco, a Consciencialização sobre a relação entre a autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais. É também necessário refletir sobre as implicações do repouso no leito, para além dos efeitos fisiológicos. Assim, o repouso absoluto, com total circunscrição à cama, origina outros focos de atenção como os dos vários domínios do autocuidado (tomar banho; usar sanitário, alimentar-se; andar, etc.), sendo muitas vezes necessário assistir/substituir as grávidas nestes domínios.

Sabe-se hoje que a Ligação dos pais com o feto é o melhor preditor da ligação após o nascimento. A criação desta relação é também importante na satisfação e sensação de competência no exercício parental após o nascimento da criança (Marciano & Naves do Amaral, 2015).

Neste sentido, foi importante compreender quais os dados que ajudavam a realizar o diagnóstico diferencial no âmbito da Ligação Mãe/Pai-Filho: casais que se referiam ao feto pelo nome (caso já tivessem decidido) e com carinho; acariciavam a barriga; casais que

seguem as indicações dos profissionais da saúde no sentido de maximizar a sua saúde e a do feto; casais que tendem a descrever o feto associando os seus movimentos a características positivas; casais que procuram conhecimento sobre o desenvolvimento do seu bebé ao longo da gravidez; aqueles que mantêm relacionamentos conjugais estáveis; os que planearam a sua gravidez e têm bom suporte familiar, entre outros. Foi possível colher todos estes dados junto das mulheres/casais que estavam internados com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Posto isto, consoante os diagnósticos de cada situação específica, foram implementadas intervenções específicas face ao foco Ligação Mãe/pai-Filho, nomeadamente promover o conhecimento sobre ligação mãe-filho através de intervenções tais como, ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis), ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre as características do RN (a partir do terceiro trimestre da gravidez), de modo a promover a construção da imagem do bebé. Estas intervenções eram dirigidas com o mesmo enfoque ao pai sempre que estava presente no sentido de promover também a construção da sua relação com o seu filho, pois segundo Zeferino, 2011, “A ligação mãe/pai-filho é um foco de enfermagem com influência relevante sobre o exercício parental, o desenvolvimento da criança e a integração da mesma na família” (Zeferino, 2011).

O desenvolvimento da ligação mãe/pai-filho não deve encarado como um processo linear uma vez que sofre influência de múltiplos fatores que a condicionam, tais como a disposição cognitiva e emocional dos pais, as alterações hormonais da mãe, os fatores económicos e as circunstâncias da gravidez e do parto, entre outros aspetos. Mais do que um comportamento, esta experiência deve ser perspetivada como um processo, baseado na interação e na reciprocidade entre os intervenientes e entre estes e os fatores condicionantes. Trata-se, assim, de uma das mais complexas e profundas experiências humanas, que pressupõe proximidade, envolvimento, compromisso e reciprocidade na relação entre os envolvidos, para que seja processada de forma positiva e se torne forte e duradoura (Zeferino 2011 citando Kelly 2005).

Neste processo são referidas sensivelmente em três fases, sendo que o 3º trimestre corresponde à fase em que a mulher se prepara para o parto e é capaz de expressar que vai ser mãe. A expectativa sobre as características do filho/a começa a construir-se com mais clareza através do padrão de actividade fetal, por exemplo.

Relativamente à consciencialização sobre a individualidade do feto, os pais preparam-se para a separação que culmina com o nascimento do bebé e que é visível através da preparação do enxoval e à personificação do feto. Neste caso esta fase pode ser perturbada pela iminência do nascimento do bebé, pré-termo, sendo importante avaliar as expectativas dos pais e os sinais de ligação mãe/pai filho nesta circunstância. (Mendes, 2009).

Tendo presente esta complexidade é necessário adequar as intervenções relativas à promoção da ligação mãe-filho, num contexto em que o RN poderá nascer precocemente

por um lado, por outro a hospitalização interfere no curso deste processo. Algumas das intervenções prescritas foram:

- Ensinar sobre as características do recém-nascido pré-termo;
- Ensinar sobre o desenvolvimento fetal (com ênfase nos no desenvolvimento dos órgãos sensoriais);
- Ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (estimulação tátil e sonora) (Van der Walt, 2014);
- Incentivar a frequência de intervenções de preparação para o parto e parentalidade (em dois casos as grávidas frequentaram as intervenções de grupo do HPH, que decorriam via *online*).

CAPÍTULO 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

Seguindo uma exposição sequencial, o presente capítulo é referente ao módulo “Trabalho de Parto e parto”, realizado no Bloco de Partos do HPH entre 8 de Março e 27 de Julho de 2021, sob a orientação de uma EEESMO. Relativamente às competências a desenvolver, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, 2019, refere que o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina”. Dentro deste descritivo especifica-se também a prevenção e detecção precoce de complicações para a mulher e para o recém-nascido assim como a prestação de cuidados às grávidas com patologia prévia ou resultante da gravidez (Regulamento n.º 391/2019).

O Trabalho de Parto (TP) é um processo induzido ou espontâneo que se inicia com contrações uterinas dolorosas e regulares, que se repercutem na dilatação e extinção do colo uterino, na progressão da apresentação fetal no canal de parto e que culmina com a expulsão do feto para o exterior e, após o nascimento, a expulsão da placenta. Alguns eventos durante o trabalho de parto marcam nitidamente a sua evolução, pelo que é útil dividir este processo para melhor compreendê-lo. Assim, na literatura são tradicionalmente mencionados três ou quatro estádios de trabalho de parto, conforme os autores (Lowdermilk, 2009; Milton, 2017; Beckmann et al, 2010; Fatia & Tinoco, 2018).

O conceito de normalidade associado ao parto e ao nascimento não é universal, nem standardizado. Nas últimas décadas a melhoria dos resultados perinatais tem motivado a implementação de práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular e monitorizar o trabalho de parto. Estas práticas, ainda que baseadas em evidência científica provêm dum contexto muito específico onde predomina o modelo biomédico e a cultura de risco (Walsh D., Newburn M., 2002; Hunter L., 2007; Gottfreðsdóttir, H., Nieuwenhuijze M., 2018).

A OMS, reconhecendo a interferência deste paradigma na experiência de parto e nascimento das grávidas e/casais, sublinha a importância de utilizar práticas que garantam não só um parto seguro, mas também uma experiência positiva para as mulheres e as suas famílias. Menciona os cuidados centrados na mulher como promotores da qualidade do trabalho de parto e parto, advogando o desenvolvimento de modelos assistenciais neste sentido e reforçando também vantagens financeiras ao reduzir-se o número de intervenções desnecessárias.

Entre estas intervenções são referidas como não recomendadas a episiotomia rotineira, a realização de amniotomia, enema de limpeza ou tricotomia em caso de parto vaginal ou

ainda a diminuição da taxa de cesariana. Por outro lado, recomenda-se a promoção do contacto pele a pele, da amamentação, da presença de uma pessoa significativa e da assistência aos partos de baixo risco pelas EEESMO (OMS, 2018,).

A OMS define ainda a experiência de parto positiva como *aquela que preenche ou excede as convicções e expectativas pessoais e socioculturais de uma mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade do apoio prático e emocional* (OMS, 2018, p. 1).

A maioria das experiências durante este ensino clínico foram pautadas por este suporte conceptual, procurando-se encontrar um equilíbrio entre o modelo biomédico e a autonomia na intervenção das EESMO. Os cuidados de enfermagem que favoreçam empoderamento, autoconhecimento e autocontrolo das mulheres e casais contribuirão sem dúvida para uma experiência de parto positiva. (Mouta et al., 2017). Assim, as vivências deste ensino clínico consolidaram na prática a necessidade de preparação, enquanto futura EEESMO, para prestar cuidados centrados nas mulheres e casais, tendo capacidade e competências para esclarecer questões, informar sobre procedimentos e respeitar as suas decisões autónomas, mediante a existência de bem-estar materno-fetal.

O Bloco de Partos do HPH está dividido em 3 áreas que trabalham em constante interacção, o serviço de Urgência de Ginecologia, a Unidade de Grávidas de Risco/Materno-fetal e o Bloco de Partos. Em cada turno a equipa de enfermagem era constituída por 5 elementos, sendo que 3 permaneciam alocadas ao Bloco de Partos, um à urgência de GO e o último à Unidade de Grávidas de Risco. Assim, estes três eixos funcionavam em permanente comunicação sendo que a mesma equipa multidisciplinar circulava entre estas três áreas, contribuindo para isso a proximidade física entre os serviços.

A admissão de qualquer mulher com queixas obstétricas ou ginecológicas era feita a partir da urgência, sendo realizada a triagem no gabinete de enfermagem ou o acolhimento, no caso dos internamentos programados para ITP. Para além do gabinete de enfermagem existem 4 áreas de apoio às urgências, uma com duas camas para permanência de grávidas ou mulheres em observação, dois gabinetes médicos e uma sala para monitorização através de CTG externa. A proximidade entre os serviços permitiu a vivência de experiências dentro deste circuito, nomeadamente em situações de urgência que exigiam a actuação rápida e o acesso célere a exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a ecografia.

Relativamente às queixas obstétricas, as utentes recorriam frequentemente à urgência com dor sugestiva de contração uterina, por diminuição da percepção dos movimentos fetais, RPM ou metrorragia, por exemplo. Podiam posteriormente regressar a casa, ser internadas na unidade de grávidas de risco, ou no bloco de partos. Perante os casos de RPM, as grávidas eram internada na unidade de grávidas de risco para vigilância até ao início de TP, ITP ou para vigilância e terapêutica nos casos de RPM pré-termo. Decidia a admissão no Bloco de Partos as grávidas ocupavam uma de 6 unidades individuais, onde permaneciam até 2 horas

após o parto. O Bloco de Partos incluía também uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de bloco operatório e uma enfermaria com 2 unidades onde as utentes permaneciam durante o tempo de recobro após a cesariana.

Ao longo deste período de estágio foram acompanhadas grávidas em TP, utentes no puerpério imediato quer de partos vaginais quer no puerpério cirúrgico. Colaboração em partos distócicos e assistir um total de 44 partos eutócicos.

Ao realizar-se o acolhimento de uma parturiente uma das primeiras preocupações era relativa à presença de um acompanhante à sua escolha, tendo-se presente o período temporal em que decorreu o ensino clínico, naturalmente marcado pela pandemia por SARS-CoV 2. Assim, e de acordo com as directrizes da DGS (2020a, p. 9), “as unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto”, no BP dos HPH esta recomendação foi sempre seguida, permitindo-se a presença de um acompanhante desde a admissão no BP até ao momento da alta, do serviço de Puerpério do HPH, mediante a realização de um teste molecular (TAAN) para SARS-CoV-2 ou apresentação de um certificado de recuperação válido.

O condicionamento na presença de uma pessoa significativa apenas se verificou nos casos das grávidas com teste positivo para SARS-CoV-2, ou durante o tempo de espera pelo resultado do teste do acompanhante, ressaltando as situações de nascimento iminente em que o acompanhante poderia estar presente, aguardando apenas o resultado negativo para poder prosseguir como acompanhante para o serviço de puerpério. Importa reforçar este aspecto altamente benéfico para as mulheres e casais, mantendo o contexto pandémico como pano de fundo, por um lado, por outro tendo em consideração a importância da permanência de uma pessoa significativa para a parturiente durante o trabalho de parto e parto.

A OMS (2016) referia como determinante para a qualidade dos cuidados a presença de uma pessoa significativa capaz de fornecer apoio emocional, psicológico e conselhos práticos durante o trabalho de parto. Similarmente, Bohren et al. (2019) referem que o acompanhante apoia a grávida, através da partilha de informação sobre o parto, servindo de ponte comunicacional entre os profissionais de saúde e a grávida, facilitando estratégias não farmacológicas para alívio da dor e finalmente fornecendo suporte emocional elogiando e incentivando a mulher a sentir-se em controlo e confiante e providenciando uma presença física constante.

Na maioria dos casos a pessoa escolhida para este papel era o pai, sendo esta uma preferência expectável pela importância do envolvimento do pai no parto pela partilha deste momento crucial. Ao longo de toda a gravidez é natural que exista um investimento na inclusão parental, contribuindo para a consciencialização e preparação do pai para o seu papel durante o parto e trabalho de parto, motivo pelo qual o pai é o elemento escolhido pelas mulheres como acompanhante. Assim sendo, ao longo do ensino clínico pôde

aprofundar-se o papel da EEESMO no acompanhamento do pai no contexto do parto e do nascimento, promovendo a sua participação e a ligação pai-filho tendo presente também a importância de para isso proporcionar-se uma experiência de parto positiva também para os pais (Nogueira & Ferreira, 2012).

A admissão das parturientes e dos seus acompanhantes no BP representava frequentemente o primeiro contacto com os casais, procedendo-se à apresentação do serviço, das várias infra-estruturas, do funcionamento do mesmo e finalmente à avaliação inicial da grávida e/ casal. Este momento, podendo ocorrer a vários ritmos consoante o motivo de internamento, é sempre um importante marco no estabelecimento da relação com o casal provendo a sua integração e minimizando a percepção de insegurança e estranheza face ao serviço.

Durante a avaliação inicial era consultado o processo clínico informático da grávida, o BSG, recorrendo-se também à entrevista. Entre os dados recolhidos incluíam-se dados sobre análises clínicas, vigilância da gravidez, grupo sanguíneo materno, antecedentes pessoais e, concretamente sobre o parto e trabalho de parto sobre expectativas e face aos mesmo, sobre preparação para o parto e parentalidade e sobre a existência de um plano de parto.

Sobre este ponto importa referir que durante o período do ensino clínico se pôde testemunhar a implementação da consulta de plano de parto no HPH, realizada pelas EEESMO da instituição para os casais que desejavam. O plano de parto é uma ferramenta importante na preparação da mulher e/ ou casal para o trabalho, servindo em simultâneo para manifestarem as suas expectativas e desejos sobre o mesmo.

Desenvolvidos durante os anos 80 em resposta a uma percepção de perda de protagonismo por parte das mulheres grávidas, a sua concretização representa uma potencial ferramenta de comunicação e de promoção da literacia em saúde. Tendo presente algum grau de imprevisibilidade da gravidez e do trabalho de parto, a elaboração do plano de parto entre os profissionais de saúde e o casal promove o desenvolvimento da relação terapêutica através da partilha e pensamento das preferências do casal, mediante a melhor evidência científica disponível e perante a possibilidade de reformulação deste plano ao longo da gravidez e do trabalho de parto (Afshar, Mei, & Gregory, 2016, Silva & Lopes, 2020).

Durante o ensino clínico várias parturientes e casais que tinham plano de parto traziam-no em formato escrito e mediante as orientações da consulta da instituição ou outras fontes. Na admissão, quando se questionava informalmente a grávida e/casal sobre as expectativas para aquele momento, era entregue o documento ou, em escassas ocasiões os casais referiam ter um plano de parto.

A sua recepção gerava por vezes algum desconforto inicial por parte da equipa, sendo posteriormente dissolvido ao constatar-se que, maioritariamente, o que constava destes documentos eram preferências àquilo que se pratica no BP do HPH enquanto boa prática relativamente a áreas como a tricotomia, a limpeza intestinal, a amniotomia, a mobilidade,

a monitorização fetal, estratégias para alívio da dor, opções em caso de realização de cesariana e procedimentos após o parto relativos ao contacto pele-a-pele e ao corte do cordão umbilical, por exemplo. A controvérsia em relação ao plano de parto é justificada por muitos factores entre os quais questões relacionadas com:

- a prevalência de um modelo biomédico em que os melhores resultados perinatais são associados ao controlo e à intervenção dos profissionais de saúde;
- a persistência de nível variáveis de paternalismo que resultam e são resultado da diminuída autonomia das mulheres para decidirem informadamente;
- o conflito entre a prática obstétrica instituída e cuidados baseados na evidência mais recente.

Curiosamente, ao longo do período de estágio a existência de um plano de parto escrito foi, na prática, irrelevante na prestação dos melhores cuidados. Isto prende-se apenas com a forma como estes documentos eram apresentados, revelando pouco sobre as expectativas e preferências verdadeiras de cada casal, motivo pelo qual, como descrito na literatura, o plano de parto pode assumir as mais diversas formas e não deve constituir uma checklist, sendo uma possível solução olhar para o plano de parto como uma forma de aumentar a comunicação e promover uma maior satisfação de todos os intervenientes, tendo-se sempre a grávida e/ casal como o centro dos cuidados (Afshar, Mei, & Gregory, 2016, DeBaets A., 2016, Silva & Lopes, 2020).

De ressaltar uma percepção muito positiva no estabelecimento da relação terapêutica com os casais, questionando-se os mesmos sobre as expectativas, informando-se acerca das alterações ao longo do trabalho de parto, dos procedimentos e suas justificações e das opções a cada momento. Procurou-se igualmente criar uma comunicação bidireccional permitindo questões dos casais, a expressão das suas preferências e a troca de ideias, o que na prática consubstancia os objetivos do plano de parto.

Previamente à admissão as grávidas permaneciam algum tempo monitorizadas através de CTG externa, de forma a determinar-se o bem-estar fetal e a regularidade da contratilidade uterina. Após algum tempo de monitorização eram avaliadas pela equipa médica que recorria ao exame vaginal para avaliar a evolução do TP. Apesar da primeira avaliação ser realizada pela equipa médica, o exame vaginal concretizou uma actividade de vigilância, de diagnóstico e de adequação de intervenções muito importante ao longo do TP.

Este procedimento permite colher dados face à posição do colo do útero, à sua consistência, extinção e dilatação, à apresentação fetal e sua variedade, mas também relativamente à amplitude e elasticidade dos tecidos, à integridade das membranas, à proporção fetopélvica e à descida da apresentação fetal face à pelve materna (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013).

A realização deste procedimento verificou-se um desafio desde o início do ensino clínico, face à quantidade de informações que se pretendia recolher, por um lado, por outro, por ser uma fonte de desconforto e de invasão para as parturientes. Muito por observação da mestria das EEESMO na sua realização e pela repetição, as dificuldades foram-se diluindo, contudo a utilização do exame vaginal como gold standard para a avaliação do TP foi sempre questionada durante este período. De facto, tem sido recomendado a evicção da realização rotineira do exame vaginal, propondo-se a sua redução para um intervalo de quatro horas durante a fase activa do primeiro estágio do TP, ressalvado-se as situações patológicas. (ACOG, 2019; NICE, 2014b; OMS, 2018).

Outras estratégias para determinar a evolução do TP são referidas como a observação da “linha púrpura”, uma linha desta cor, observada na região inter-nadegueira, justificada provavelmente pela congestão venosa em torno da região sagrada, proporcional à descida a apresentação fetal. Esta estratégia é ausente de desvantagens ou risco para a grávida e feto, no entanto não parece ser universalmente observada.

O comportamento materno ao longo do trabalho de parto é outra estratégia, muitas vezes utilizada empiricamente, para determinar alterações na progressão do TP, existindo alterações na respiração, nas vocalizações, no humor, na mobilização e postura ao longo do TP (Duff M., 2005, Downe et al., 2013; Moncrief et al., 2022). De facto, as EEESMO com quem se contacto pareciam ter uma capacidade preditiva sobre o desenrolar de um trabalho de parto em muitas circunstâncias, tendo por base a sua experiência de décadas a assistir trabalhos de parto.

Assim, relativamente ao exame vaginal, procurou-se principalmente assegurar o conforto das parturientes garantindo a sua privacidade, explicar o procedimento em si e a pertinência da sua repetição, diminuir o risco de infeção promovendo a higiene perineal antes e após a sua realização e administrar medicação anestésica antes da sua realização, quando as parturientes optavam pela utilização de estratégias farmacológicas para alívio da dor.

Importa neste ponto referir que muitas das grávidas e casais com quem se contactou foram admitidas no BP do HPH por internamentos programados no âmbito da política de proposta de ITP a partir das 39 semanas de gestação resultante da pandemia por SARS-COV-2. Esta proposta era mencionada aos casais pela possibilidade de realizarem antecipadamente os testes moleculares (TAAN) para SARS-CoV-2, entrando o acompanhante desde o início com a grávida.

As recomendações de quaisquer entidade são desfavoráveis à ITP numa gravidez de baixo risco considerando-se um trabalho de parto espontâneo mais fisiológico e acrescentando um maior risco de hemorragia peri-parto, de hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina, de iatrogenia com consequências a nível da duração do TP, da necessidade de monitorização fetal contínua, da maior incidência de cesarianas urgentes e partos instrumentados. (DGS, 2015).

2. Diagnóstico: trabalho de parto

Como referido anteriormente o trabalho de parto comporta o conjunto de fenómenos que culminam com a saída do feto e placenta do útero através da vagina (Hutchison, Mahdy & Hutchison, 2021). Divide-se entre três ou quatro estádios bem delimitados. O início do TP é o único estádio de difícil definição, considerando-se a ocorrência de CU rítmicas, regulares e dolorosas com intervalos entre três a cinco minutos e alterações nas condições do colo uterino (Hutchison et. al, 2021).

O primeiro estadio, também designado período de dilatação, engloba todas as alterações na contratilidade e na extinção e dilatação do colo uterino. Numa primeira fase, denominada fase latente, as contrações podem manter-se irregulares e inicia-se o processo de extinção (50%) e dilatação do colo uterino até aos 3 cm, podendo demorar 20 horas no caso das nulíparas ou 14 horas no caso das múltiparas.

A velocidade de progressão aumenta numa segunda fase, a fase activa, durante a qual as contrações se tornam mais regulares e o colo se extingue (100%) e dilata até aos 7 cm, simultaneamente o feto começa a sua descida através do canal de parto. A fase activa parece iniciar-se aos 6 cm, podendo decorrer várias horas entre os 4/5cm e os 5/6cm, após os 7 cm a fase de transição caracteriza-se por um aumento na frequência e na intensidade das contrações.

Durante esta fase pode também ocorrer uma progressão na apresentação fetal, entre o segundo e o terceiro planos de Hodge e podendo ainda ocorrer rotura de membranas espontaneamente nesta fase. Finalmente, durante a fase de transição intensifica-se ainda mais a frequência e intensidade das contrações e a dilatação progride entre os oito e os dez centímetros, assim como a apresentação fetal que se situa entre o terceiro e o quarto plano de Hodge.

Ao longo deste período o colo uterino que é um canal normalmente fechado, existindo um orifício interno e outro externo que sofrem alterações por acção das CU e das prostaglandinas endógenas, substituindo-se a configuração normal do colo pela redução a um orifício único, mais mole e progressivamente mais dilatado. O “desaparecimento” do colo ocorre quando a dilatação cervical atinge 10 centímetros, não se tocando qualquer tecido para além da apresentação fetal. Nesta fase o feto continua a progredir ao longo do canal de parto.

O segundo estádio do TP inicia-se com a dilatação completa (10 cm) e termina com o nascimento do feto, sendo também designado de período expulsivo. O período expulsivo pode demorar até duas horas numa nulípara e uma horas numa múltipara, sendo que a analgesia epidural pode acrescentar uma hora a mais em relação ao tempo referido. Nesta fase o feto continua a descida (fase inicial), seguindo-se os esforços expulsivos (fase tardia)

(Beckmann et al, 2010). A progressão da apresentação fetal nesta fase origina distensão de todos os tecidos do canal de parto, despoletando por vezes o reflexo de Ferguson que é observado pela verbalização de “vontade de puxar” nas parturientes.

A ausência de progressão da dilatação pode originar o diagnóstico de trabalho de parto estacionário (TPE), representando este uma importante indicação para a realização de cesariana. A DGS, 2015, define TPE como *aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estadios: fase de latência, fase ativa (primeiro estadio do trabalho de parto) e período expulsivo (segundo estadio do trabalho de parto)* (DGS, 2015, p. 1).

Para as nulíparas a fase latente não deve ultrapassar as 20 horas, sendo 14 horas o tempo estipulado para as múltiparas. Até aos seis cm de dilatação deve verificar-se alguma alteração durante pelo menos 4 horas e após os 6 cm o tempo máximo sem alterações não deve exceder as duas horas. No período expulsivo a duração máxima para uma nulípara situa-se nas duas horas e para a múltipara o nascimento deve ocorrer numa hora.

O terceiro período é também designado de dequitação e decorre desde o nascimento do feto até à expulsão da placenta e membranas e pode ter uma duração até cerca de 30 minutos, podendo aguardar-se no máximo uma hora após o nascimento. A saída da placenta ocorre em dois momentos: primeiro há o seu descolamento da parede uterina e só depois sai através vagina (Fatia & Tinoco, 2016).

Estes autores descrevem ainda os dois mecanismos distintos de descolamento da placenta. O mecanismo mais comum consiste na separação a partir de uma zona central e exteriorizando-se uma face mais brilhante e clara que coincide com a face fetal. No mecanismo de Schultze, que ocorre em cerca de 75% dos casos, a hemorragia ocorre após a saída da placenta. No mecanismo de Duncan observa-se o processo contrário: a placenta descola-se pela zona periférica, apresentando-se primeiro a face materna acompanhada de algum sangramento.

Podem observar-se alguns sinais do descolamento da placenta como a alteração da forma do útero, tornando-se mais ovoide com a saída progressiva da placenta, a intensificação das CU, um sangramento através da vagina e uma exteriorização de mais comprimento do cordão umbilical. A manobra de Kustner é por vezes realizada para verificar o descolamento: coloca-se a mão acima da sínfise púbica e, aplicando pressão, observa-se o cordão umbilical. Caso o cordão permaneça imóvel pode supor-se o descolamento da placenta, caso o cordão retreia deve aguardar-se mais tempo (Sequeira, Prata, Correia, Henriques & Monteiro, 2020).

O dequite activo, por outro lado, é realizado através da administração de oxitocina em perfusão, realizando-se em simultâneo uma tração cuidadosa do cordão com uma mão e pressão supra-púbica com a outra (manobra de Brandt-Andrews). Ao sair deve apoiar-se a

placenta, usando o seu próprio peso ou ainda recorrer à manobra de Dublin, realizando-se movimentos rotativos suaves com a placenta promovendo a sua saída completa evitando a retenção de membranas na cavidade uterina. Durante este período contam-se como principais complicações a retenção da placenta, a dequitação incompleta, a atonia uterina, a inversão uterina e o traumatismo do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016).

Ao longo do EC para além de registar o mecanismo de dequitação era observada a placenta e o cordão umbilical, avaliando se as características da placenta (tamanho, cor, cheiro, temperatura, presença de cotilédones e sua forma e dimensão) e inspeccionando-se as membranas amnióticas (córion e âmnio) para avaliar a sua integridade. Estes procedimentos visavam promover a adequada contração uterina e a formação do globo de segurança de Pinard.

O quarto e último estadio refere-se ao período de hemóstase, com uma duração até cerca de duas horas após a expulsão da placenta (Faria & Tinoco, 2016; NICE, 2014; Montenegro e Rezende filho, 2008; Beckmann et al, 2010).

A definição de fase activa do TP geralmente contempla as alterações cervicais com extinção e dilatação superior a quatro centímetros, sendo acompanhadas se CU regulares a ocorrência de rotura de membranas espontâneas e culminando com a dilatação completa. É este o cut-off considerado para a recomendação do internamento das grávidas em TP, podendo outros factores supramencionados recomendar o internamento antecipado. Nos casos de internamento durante a fase latente ou perante uma RPM, as grávidas permaneciam na unidade de grávidas de risco.

A passagem para o BP era mais frequentemente motivada solicitação de anestesia epidural pelas grávidas, ou para uma maior vigilância do estado fetal.

3. Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto: ITP

No entanto, de acordo com a DGS (2015), a indução do trabalho de parto não deve ser considerada em gravidezes de baixo risco como forma de abreviar a duração da mesma, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data do parto.

As induções estão associadas, muitas vezes, a um maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina. Provocam geralmente maior desconforto à mãe do que o trabalho de parto de início espontâneo e restringem a mobilidade da grávida, pela necessidade de monitorização fetal prolongada.

A indução com meios farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015, OMS, 2018). Em contrapartida, literatura recente tem vindo a referir alguns benefícios na ITP a partir das 39 semanas, nomeadamente na diminuição da taxa de cesarianas (Burrows

et al., 2022; Burn et al., 2021; Grobman et al., 2018; El-Sayed et al., 2020; Sinkey et al., 2019), sendo importante notar que estes artigos têm por base amostras pequenas e contextos muitos específicos.

Contudo, a realidade experienciada durante o ensino clínico refere-se a um período sem precedentes em que as grávidas e casais procuravam qualquer factor que lhes conferisse uma maior percepção de controlo, pelo que a possibilidade de garantir a presença imediata do acompanhante e de ter um teste negativo para a COVID-19 na admissão era um desses factores.

Independentemente da indicação para a ITP, esta consiste no processo de estimulação artificial da contração uterina e/ ou na maturação cervical com o objectivo de desencadear o trabalho de parto. A DGS restringe a sua indicação nas situações em que existe alguma complicação da saúde materna ou fetal em que os riscos de prosseguir com a gravidez suplantam os riscos da ITP, devendo sempre que possível ser realizada após as 39 semanas de gestação.

Está indicada em situações específicas como a patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, o oligoâmnios em gestação de termo, a restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal, e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas (DGS, 2015, p. 2). É pertinente mencionar que a ITP pressupõe um desvio face a um trabalho de parto espontâneo e a existência de risco, pelo que nestas circunstâncias a intervenção das EEESMO é muitas vezes resultante de prescrição.

Para determinar o método ou métodos de ITP, a equipa médica realizava um exame vaginal prévio, organizando-se alguns dados recolhidos através do índice de Bishop, que mantém alguma sensibilidade na predição de um parto vaginal, cerca de 75% e um valor preditivo positivo entre 83-84%, ressalvando-se uma baixa especificidade e valor preditivo negativo (Wormer et al., 2021).

Esta ferramenta, desenvolvida em 1964 por Edward Bishop, pretende estabelecer critérios para o sucesso da ITP baseados na paridade, na idade gestacional, na apresentação fetal, na história obstétrica e num sistema de pontuação do colo uterino, como se observa no quadro abaixo apresentado.

Índice de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Extinção (%)	0-30	40-50	60-70	80
Descida (relativas às espinhas isquiáticas)	-3	-2	-1/0	+1/+2

Consistência	Duro	Médio	Mole	
Posição	Posterior	Médio	Anterior	

Figura 5 - Índice de Bishop

A dilatação, medida em centímetros, refere-se à estimativa do diâmetro do colo. A extinção do colo uterino é expressa em percentagem, referindo-se ao encurtamento e do colo uterino. A descida refere-se à posição da cabeça fetal em relação às espinhas isquiáticas, sendo que no nível zero a cabeça fetal encontra-se precisamente neste plano. Acima referem-se os níveis -3, -2 e -1.

Quanto à consistência, esta refere-se à percepção obtida aquando do exame vaginal, sendo que um colo duro apresenta uma consistência semelhante à ponta do nariz enquanto que esta consistência aparenta a dos lábios no caso de um colo amolecido. Em termos da pontuação, é considerada favorável uma ITP com um valor de 8, sendo as probabilidades de um parto vaginal semelhantes face a um trabalho de parto espontâneo, um score abaixo de 6 é tido como desfavorável.

Numa mulher grávida que não está em trabalho de parto, particularmente nas nulíparas as condições de partida podem passar pela existência de um colo uterino fechado (ausência de dilatação), inteiro (sem encurtamento) e de consistência rígida, pelo que o objectivo da ITP é alterar estas condições. À medida que a gravidez progride há alterações no tecido conjuntivo e composição do colo uterino, tornando-o mais distensível e amolecido o que favorecerá a dilatação e a extinção, paralelamente, as células do músculo liso que revestem o útero vão sofrendo despolarizações mais frequentes que eventualmente originam a actividade contrátil regular e organizada que caracteriza o TP.

Assim, as estratégias mais utilizadas na ITP são farmacológicas utilizando-se para maturação cervical prostaglandinas como o misoprostol (prostaglandina E1) e a dinoprostona (prostaglandina E2), que contribuem também para aumentar a concentração intracelular de cálcio no miométrio, resultando na ocorrência de CU. Perante melhores condições cervicais recorre-se habitualmente à ocitocina, que desencadeia CU através da estimulação dos seus receptores no miométrio.

Entre os métodos não farmacológicos contam-se os dilatadores cervicais, a realização de descolamento digital das membranas amnióticas e a amniotomia, todas estratégias que visam estimular factores bioquímicos endógenos, como as prostaglandinas, de forma a promover o amadurecimento cervical e a estimular as CU (Fonseca, 2016; OMS, 2011; Torres, 2021).

No BP do HPH a indução através de prostaglandinas era feita maioritariamente com recurso ao Misoprostol, análogo das prostaglandinas, podendo este ser administrado por duas vias (colocação no fundo de saco vaginal posterior/ administração sublingual) em duas dosagens distintas: um comprimido de 25 microgramas (µg) a cada quatro horas, ou dois, perfazendo

50 µg, a cada seis horas. Sendo necessário utilizar ocitocina também, é recomendado aguardar pelo menos quatro horas desde a última administração de misoprostol.

A Dinoprostona é geralmente administrada através da colocação de um dispositivo de libertação prolongada (Propess®) que é uma fita colocada no fundo do saco vaginal posterior, numa dosagem de 10mg. A utilização do Propess® é condicionada por algumas contra-indicações absolutas ou relativas como a ruptura de membranas, a cesariana prévia (ou outra cirurgia uterina) ou asma como antecedente patológico.

É possível remover a fita temporariamente e voltar a introduzi-la e a utilização subsequente de ocitocina deve respeitar um período de intervalo de 30 minutos desde a saída/remoção do dispositivo. A utilização de prostaglandinas por via vaginal recomenda ainda a permanência em repouso por um período entre 30 minutos a duas horas, sendo possível a deambulação posteriormente.

No que diz respeito à dinoprostona, esta parece resultar numa maior duração do TP, mas originar menores taxas de cesariana, quanto ao misoprostol, este apresenta vantagens financeiras, reduz a necessidade de utilização de ocitocina, mas aumenta o risco de hiperestimulação uterina e bradicardia fetal consequente, e de rotura uterina. (Coste Mazeau, 2021; Fonseca, 2016; NICE, 2021).

A ocitocina para estimular a contratilidade uterina e induzir o TP é administrada através de perfusão endovenosa, com bomba perfusora (DGS, 2015), observando-se os protocolos das instituições. No HPH esta é preparada com recurso a dez UI de ocitocina em 1000 mL de soro glicosado a 5% ou soro fisiológico. A sua utilização é muito frequentemente nas ITP ou mesmo durante um TP espontâneo, sendo o seu mecanismo de acção semelhante nas duas circunstâncias e dependendo o seu efeito de características individuais e particularmente da idade gestacional, sendo que o número de receptores miométriais para a ocitocina aumenta a partir das 34 semanas.

A acção antidiurética renal da ocitocina pode também motivar a necessidade de monitorização do débito urinário quando o ritmo da perfusão excede os 150 ml/h. Como complicações possíveis mencionam-se a taquissístolia (ocorrência de mais de cinco CU em 10 minutos, durante dois períodos sucessivos de 10 minutos ou estimadas num período de 30 minutos), a hipertonia (CU com duração superior a 2 minutos), a ruptura uterina, hipotensão materna e estado fetal não tranquilizador, motivado pela diminuição do fluxo sanguíneo. A detecção precoce destas potenciais complicações motiva uma vigilância adequada do bem-estar fetal e materno. (ACOG, 2009; Fonseca, 2016;).

Outras estratégias menos consensuais são a realização de amniotomia, que utilizada isoladamente não é recomendada pela OMS (2014) para a ITP, mas que é muitas vezes realizada como adjuvante de outras estratégias, baseando-se a sua realização no mecanismo

fisiológico que ocorre aquando a rotura das membranas amnióticas com a libertação de prostaglandinas endógenas (Gupta et al., 2018).

Tal como referido pela ACOG (2009) e pela OMS (2011), a associação da amniotomia e ocitocina parece favorecer o sucesso da indução, no entanto a sua realização é imprevisível e motiva sempre a vigilância do bem-estar fetal, a ocorrência dum prolapso do cordão umbilical e devendo-se vigiar sinais ou sintomas de infecção, particularmente perante uma cultura para *Streptococcus* do grupo B (SGB) positiva referindo o protocolo do BP do HPH um mínimo de duas tomas profiláticas de antibiótico.

Ao longo do EC a amniotomia foi muitas vezes realizada como estratégia adjuvante nas ITP ou para acelerar o TP. As condições para a sua realização eram uma dilatação de pelo menos quatro centímetros, uma apresentação fetal no segundo plano de Hodge (linha entre o bordo inferior da sínfise púbica e a segunda vértebra sagrada) a administração de pelo menos duas tomas de antibiótico, nas situações com cultura positiva para SGB, e a obtenção de consentimento informado. A observação das características do LA motivou a amniotomia num menor número de ocasiões, tendo presentes as ressalvas anteriores.

Finalmente, foi também testemunhado a maturação cervical com recurso a um catéter de Foley. O balão da sonda era introduzido através do canal cervical e após passar o orifício interno do colo do útero era insuflado (60-90 ml de soro fisiológico) com ou sem tração, de acordo com a decisão médica. Esta estratégia foi utilizada exclusivamente em mulheres grávidas com cesariana anterior ou contra-indicação absoluta para recurso às prostaglandinas. A literatura refere a necessidade de mais e melhor evidência para recomendar esta opção, parecendo existir maior sucesso com a utilização de prostaglandinas, mas sendo negligenciáveis os riscos de infecção (Afolabi, 2005; Chen et al., 2015; Jozwiak et al., 2013;).

No BP o cateter era mantido até à sua exteriorização espontânea, perante rotura de membranas ou após 12-24 horas desde a sua colocação. Num ponto de vista puramente observacional a experiência das grávidas com este método de maturação traduziu-se sempre numa experiência de parto menos positiva, mencionando-se o desconforto com a sua utilização, as restrições de mobilidade quando aplicada tração no dispositivo e a duração prolongada da ITP.

Concluindo a abordagem das várias estratégias para ITP, interessa sumarizar que foram adquiridas inúmeras competências no âmbito da vigilância do trabalho de parto e na colaboração com a equipa médica, salientando-se um desejo transversal na promoção do parto vaginal. No entanto, a inevitabilidade da intervenção no curso do TP originou também uma necessidade de adaptar as intervenções de enfermagem autónomas, por exemplo: relativamente ao foco dor, a utilização de estratégias farmacológicas para alívio da dor era mais precoce do que perante um trabalho de parto espontâneo, a mobilidade era

condicionada pela presença do cateter de Foley, ou pela necessidade de manter uma perfusão ocitócica.

Foi também observada uma necessidade de recorrer à tocolise de emergência o que é facilmente entendido face aos riscos inerentes à utilização dos fármacos já mencionados. Desta forma, um aspecto fulcral na comunicação com os casais focou-se na informação sobre as opções que lhes eram propostas e as suas implicações, a evolução do TP, procurando promover a resiliência dos casais em processos que duravam vários dias, por vezes.

O contexto específico da pandemia por SARS-COV 2 gerou também reflexão sobre a proposta para ITP realizada pela instituição. Compreendendo-se inteiramente os benefícios para as grávidas e/casais, para a instituição e para os profissionais de saúde, concluiu-se inevitavelmente que a iatrogenia gerada pelas várias intervenções não é definitivamente promotora da autonomia das EEESMO no BP por gerar trabalhos de parto de risco.

Nesta secção seguinte serão abordadas as intervenções relativas ao diagnóstico trabalho de parto, numa óptica sequencial e explorando-se as intervenções implementadas para facilitar o trabalho de parto e promover uma experiência de parto positiva. No último ponto deste capítulo serão apresentadas as intervenções referentes à adaptação à vida extrauterina.

No início deste capítulo definiram-se os quatro estádios do trabalho mencionados pela literatura. Assim, no momento da admissão, para este módulo do ensino clínico, distinguiam-se dois principais motivos o TP e a ITP. As grávidas que recorriam às urgências do BP chegavam ao hospital em diferentes estádios do TP, o que poderia motivar o internamento transitório no serviço de grávidas de risco, assim como nos casos de RPM.

Assim, antes da admissão da grávida era realizada uma triagem, observando-se por vezes sintomas que não se traduziam num verdadeiro TP, tais como contrações irregulares, indolores e sem efeito nas características do colo uterino. Para o diagnóstico de TP deve verificar-se a presença de contratilidade uterina dolorosa, regular, aumentando em frequência, duração e intensidade.

Ao toque o abdómen apresenta-se duro e a percepção dolorosa é referida entre a região lombar e abdominopélvica, estes sintomas devem ainda traduzir-se em repercussões no colo uterino (Fatia & Tinoco, 2016). Reunidas estas condições ponderava-se ainda a pertinência de admissão das grávidas em início do trabalho de parto, considerando-se factores como questões emocionais da grávida, paridade, dilatação e extinção do colo uterino, antecedentes pessoais, estado fetal e distância do hospital (Satin, 2018). Isto por ser amplamente referido na literatura uma associação entre um internamento precoce, durante a fase latente de TP, e uma maior propensão para as intervenções durante o TP como o recurso à anestesia epidural e a estratégias para acelerar o TP (Afzal et al., 2020; Miller et al., 2020 Rota et al., 2018; Seravalli et al., 2022).

A paridade é aqui um factor importante a considerar, uma vez que é nas nulíparas que a duração da fase latente pode ir até às 20 horas, sendo o tempo máximo expectável para uma múltipara de 14 horas (DGS, 2015).

4. Avaliar a evolução do TP

A partir do momento da admissão realizavam-se registos informáticos através do partograma para registo da progressão do TP e de quaisquer intervenções. Esta ferramenta, como o nome indica, é um registo gráfico do TP. No BP do HPH este registo era feito através dum software, o Obscare que agrega informação desde a consulta durante a gravidez até aos primeiros dias de vida do recém-nascido.

O partograma é uma ferramenta cujo principal objetivo é fornecer uma visão geral, contínua e pictórica (uma representação gráfica) do registo do trabalho de parto, facilitando a sua monitorização (Lopes, 2018, p. 18). Para além disso representa uma importante ferramenta de comunicação entre os vários profissionais e pelo valor documental, permitindo extrair dados estatísticos, e legal, podendo servir de prova. Assim, o seu preenchimento representou um desafio extra, pela percepção de responsabilidade inerente à sua utilização.

Entre os dados parametrizados incluem-se a FCF, a variedade fetal, a dilatação e extinção cervicais, a rotura de membranas e as características do LA, as características da contratilidade uterina, a progressão na descida da apresentação fetal, os sinais vitais maternos, a administração de medicação e a utilização de algumas estratégias como a bola de pilates. Existe ainda a opção de escrever em texto livre. (Lopes, 2018)

Apesar de ser um evento fisiológico, o TP pode originar alterações no bem-estar fetal particularmente perante a necessidade de recorrer a fármacos ou estratégias para acelerá-lo, mas também porque as CU originam uma diminuição transitória do fluxo sanguíneo materno-fetal, podendo originar alterações na oxigenação fetal. Avaliar CTG foi uma intervenção autónoma de vigilância basilar ao longo deste módulo.

No capítulo anterior foram abordados os conceitos relacionados com a CTG, lembrando-se que um registo cardiotocografia é considerado tranquilizador quando: a FCF basal se mantém entre os 110-160 bpm, a variabilidade (longa) oscila entre cinco e 25 bpm, não são observadas desacelerações, ou as registadas são esporádicas e não superiores a dois minutos de duração. Um registo que não cumpra estes pressupostos é considerado suspeito, devendo manter-se a vigilância e/ ou detectar a causa. Um traçado considerado patológico pode traduzir situações de hipóxia fetal, associada a morbilidade e mortalidade fetal relevante, exigindo intervenção rápida.

Entre as características observadas no registo contam-se uma linha de base inferior a 100 bpm, a variabilidade longa diminuída, aumentada ou um padrão sinusoidal, desacelerações tardias ou prolongadas repetitivas (associadas a mais de 50% das contrações uterinas) em 30

minutos e/ou desacelerações prolongadas por mais de cinco minutos (Ayres-de-Campos, Spong & Chandraranc, 2015).

A monitorização fetal intraparto através da CTG pode ser utilizada em diferentes modalidades contínua ou intermitente, consoante as circunstâncias. Perante uma gravidez de baixo risco, foi realizada a auscultação intermitente, devendo esta durar pelo menos 60 segundos, e mantendo-se a auscultação até 30 segundos após uma CU e permitindo a identificação da linha de base e a presença de acelerações e/ou desacelerações (Lewis & Downe, 2015). É recomendada a auscultação em intervalos de 30 em 30 minutos durante a fase latente do primeiro estágio do TP, reduzindo-se este período para metade durante a fase activa e devendo realizar-se a cada cinco minutos durante o segundo estágio do TP (FIGO, 2015).

Muitos casos motivaram a monitorização contínua particularmente a existência de patologias prévias (maternas ou fetais), o recurso a métodos de ITP ou aceleração do TP, tais como a perfusão ocitócica. No serviço de BP do HPH há ainda a possibilidade de recorrer à telemetria, existindo apenas um cardiotógrafo que permite a monitorização sem fios. No entanto, a suspensão da monitorização foi sempre privilegiada sempre que se reuniam condições de segurança e que a grávida pretendia utilizar o WC ou alimentar-se, por exemplo. Mesmo na ausência da telemetria, a monitorização contínua condições apenas a liberdade de movimentos, nunca impedindo completamente a mobilidade das grávidas.

A utilização da CTG durante o TP visa detectar situações de hipóxia fetal e evitar lesões permanentes e a morte, sendo, no entanto, necessário integrar com outros dados clínicos e averiguar outros motivos para a ocorrência de alterações relevantes no registo cardiotocográfico. Factores como a utilização de fármacos podem interferir na variabilidade longa, sendo o caso da utilização de opióides, como já referido.

A febre materna, a infecção e a utilização de fármacos podem resultar em shifts da linha de base. Exemplo da importância da observação e interpretação da CTG foram os casos onde ocorreram desacelerações da FCF. Perante estes eventos as grávidas eram informadas sobre a necessidade de alternar entre decúbitos, procurando melhorar a perfusão utero-placentária (reduzindo a compressão da veia cava inferior, era suspensa a perfusão ocitócica e administrada uma perfusão rápida de salbutamol, conforme indicação médica ou se existisse taquissístolia).

Sobre este ponto importa referir a elevada frequência de prescrição do salbutamol perante uma desaceleração da FCF. A taquissístolia uterina é um evento relativamente frequente durante o TP, sendo possível mesmo na ausência de fármacos para acelerar o TP em cerca de um quinto dos TP, este valor aumenta exponencialmente com o recurso a fármacos. O recurso aos tocolíticos é, portanto, compreendido tendo presente o contexto de elevada incidência de ITP durante o ensino clínico.

No entanto, foram muitas as circunstâncias em que as intervenções “Assistir no posicionar” (alternar decúbitos laterais, passar da bola de Pilates ou da posição de pé para um decúbito lateral, por exemplo) e “gerir medicação” (suspender a perfusão ocitócica) foram suficientes para a recuperação da FCF para valores fisiológicos, sendo sempre comunicada a desaceleração à equipa médica.

Face a uma desaceleração e após a sua reversão era realizado o exame vaginal para averiguar se a sua causa poderia resultar da compressão da cabeça fetal, motivada pela progressão do TP (OMS, 2007). Uma desaceleração da FCF motivava igualmente a monitorização da saturação periférica de oxigénio (SpO2) e da frequência cardíaca maternas para descartar a hipótese de se tratar de um erro de captação da FCF, ou de existir uma causa materna para a bradicardia fetal. Por vezes foi ainda realizada amniotomia perante um traçado patológico ou suspeito, com a finalidade de recolher dados relativos às características do LA.

A presença de mecónio foi sempre um sinal a valorizar enquanto tradutor do bem-estar fetal. De facto, a interpretação da presença de LA tingido de mecónio não é consensual, podendo variar entre ser um sinal de maturidade fetal, ou resposta a um evento hipóxico, sendo tradutora de stress fetal. Visualmente a presença de mecónio foi classificada em grau I, II e III, conforme se observasse um líquido translúcido, ligeiramente amarelado ou esverdeado no primeiro caso, um líquido menos fluido, da mesma cor para o grau II e, finalmente, um líquido amniótico opaco e verde escuro, no grau III.

Nas situações minoritárias em que se observou este evento a decisão clínica dependeu da integração de vários dados (factores maternos como insuficiência placentar, hipertensão materna, pré-eclâmpsia, oligoâmnios ou consumo de substâncias como tabaco), verificando-se apenas uma situação onde o LA poderia ser classificado como tendo mecónio em grau II, em todas as ocasiões o LA era apenas tingido de mecónio grau I.

De facto, em todas as situações se procedeu conforme o descrito na literatura, ou seja, a presença de LA tingido de mecónio por si só não é indicativa de morbilidade neonatal, no entanto motivou sempre uma maior vigilância e perante a associação a registos cardiotocográficos suspeitos ou patológicos a equipa médica optava maioritariamente pela realização de cesariana (Addisu et al., 2018; Kashikar et al., 2021; Mohammad et al., 2018; Sarmishta et al., 2019). Além disso, um LA hemático pode indiciar um descolamento placentar ou ainda, um odor fétido pode relacionar-se com a existência de infecção, por exemplo corioamnionite.

5. Facilitar o trabalho de parto: intervenções de enfermagem e critérios para a sua implementação

Um foco transversal ao acompanhamento do trabalho de parto por uma EEESMO é a “dor do TP”, definida pelo ICN, 2019, como uma (...) *sensação de dor de intensidade e frequência*

crecientes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto. É um fenómeno único e subjectivo associando-se à componente somática factores socioculturais, psicológicos e emocionais.

Independentemente do significado atribuído à dor de TP por cada parturiente e/ casal, é quase irrealista conceber-se um TP sem qualquer percepção de dor, pelo que explorar estes significados e os métodos para lidar com ela representam um foco com enorme potencial para a intervenção das EEESMO, representando uma dimensão fundamental com impacto significativo na evolução, satisfação e custos com a assistência hospitalar peri-parto.

O conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos que causam dor durante o TP é importante para adequar as intervenções e estratégias para lidar com a dor. Assim, podem considerar-se duas origens principais, uma denominada visceral e outra perineal. A primeira é predominante durante o primeiro estágio do TP, resultando das alterações cervicais e da isquemia transitória decorrente das CU. As vias aferentes da dor nesta fase incluem o segmento T11-12 e os nervos torácicos acessórios inferiores e simpático lombar inferior que têm origem no corpo e colo uterinos.

De forma geral, a percepção de dor é intermitente, coincidindo com as CU, e localiza-se na parte inferior do abdómen, irradiando para a região lombar e coxas. No segundo estágio do trabalho de parto a dor perineal é causada pela distensão dos músculos do assoalho pélvico e de todas as estruturas pélvicas para permitir a passagem do feto e ainda pela tensão peritoneal e ligamentar resultante das CU (Labor & Maguire, 2008; Whitburn & Jones, 2019).

Ao contrário da quase totalidade das circunstâncias, a dor de TP é relacionada com um evento objectivamente positivo, o nascimento, e não com uma agressão. Esta noção complexifica ainda mais a problemática da dor neste contexto. Compete ao EEESMO reconhecer a dor de TP como uma experiência altamente individual e desafiante. O significado atribuído à dor, o estado emocional, factores físicos como a exaustão, a duração do TP, a percepção de auto-eficácia para o TP são alguns dos aspectos a considerar para assistir de forma individualizada a parturiente e o casal e determinar as suas necessidades na gestão da dor do TP.

A identificação das necessidades de cada grávida e casal foi realizada no âmbito dos focos “Conhecimento sobre estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto”, “Capacidade para usar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto” e/ ou “Capacidade para usar estratégias farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto”.

As intervenções prescritas procuraram adequar-se aos dados recolhidos relativos aos focos mencionados, disponibilizando-se estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As primeiras representam intervenções resultantes de prescrição, sendo a analgesia por via

epidural a estratégia mais recorrente durante o TP, já as estratégias não farmacológicas concretizaram-se através da prescrição de intervenções de enfermagem autônomas.

Ferreira (2016) enumera vários métodos não farmacológicos como: hipnose; biofeedback; injeção subcutânea ou intradérmica de água estéril; hidroterapia; aromaterapia; técnicas de relaxamento (musicoterapia e yoga); acupunctura ou acupressão; massagem e reflexologia; e estimulação neurológica transcutânea, conhecida como TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

Entre estas estratégias, apenas algumas foram utilizadas durante o ensino clínico, existindo constrangimentos institucionais, de formação e de recursos para disponibilizar todas estas estratégias às parturientes. Entre estas contam-se a deambulação e alteração da posição das grávidas, a utilização da bola suíça/Pilates, a hidroterapia, a massagem e a respiração (Czech et al., 2018; Geltore & Angelo, 2020; Sanders & Lamb, 2017).

A OMS (2014) refere os benefícios da mobilidade e adopção de diferentes posições ao longo do TP para a sua melhor progressão, contribuindo para uma menor necessidade de recurso a estratégias farmacológicas para alívio da dor. O fundamento para a promoção desta estratégia relaciona-se com questões mecânicas e leis fundamentais da física como a lei da gravidade, pensando-se por exemplo na verticalidade que promove a eficácia das CU e nos posicionamentos que permitem explorar todos os diâmetros da bacia materna, promovendo a rotação e a descida da apresentação fetal.

Lawrence et al. (2017) referem precisamente que há uma redução no tempo do primeiro estágio do trabalho de parto quando as parturientes adoptam uma posição vertical ou mantêm a mobilidade, não existindo riscos substanciais para a mãe e feto. Por outro lado, é promotor da gestão da dor a liberdade da parturiente adoptar um posicionamento que lhe confira maior conforto, diminuindo a percepção de dor. (Costa et al., 2020; OMS, 2014; Silva, Strapasson & Fischer, 2010; Silva et al., 2013; Simkin & Bolding, 2004).

A mobilidade e os posicionamentos diversos para além de diminuírem a percepção de dor são fulcrais para a progressão do TP. Ao longo do ensino clínico, avaliando-se as características de cada grávida e casal, foi sempre proposta a liberdade para as grávidas adoptar quaisquer posições confortáveis, ressalvando-se, no entanto, que o segundo estado do TP ocorria sempre na cama, limitando-se por isso a liberdade de movimentos nesse momento.

A verticalidade (entre o tronco e os membros inferiores deve existir um ângulo superior a 45°) é promotora da descida da apresentação fetal, podendo as grávidas permanecer sentadas na bola suíça, de pé com as mãos apoiadas na cama e realizar movimentos circulares com a bacia. Perante queixas algícas na região lombar, muitas vezes sugestivas de uma variedade posterior, as grávidas eram incentivadas a estar deitadas o mínimo

possível, incentivando-se por exemplo o posicionamento em quatro apoios, na cama, utilizando a bola de Pilates e permitindo simultaneamente a realização de massagem.

De facto, a evidência parece reconhecer a validade da promoção da liberdade de movimentos e, mais do que isso, da utilização da liberdade de movimentos para promover a progressão do TP e assistir na gestão da dor. Lawrence et al. (2013) referem uma menor duração do TP com a adopção de posições verticais durante o primeiro estágio do TP, assim como menor incidência de partos instrumentados e recurso à analgesia epidural. Reforça-se ainda natureza inócua destes posicionamentos, não existindo evidência efeitos negativos materno-fetais.

A liberdade de movimentos deve concretizar-se em mais do que um “chavão”, sendo para isso necessário compreender e ensinar sobre os riscos, benefícios e propósito de cada posição. Como referido anteriormente, as grávidas utilizaram todos os posicionamentos desejados durante o primeiro estágio do trabalho de parto, ocorrendo o segundo na cama e verificando-se apenas a alternância de posições entre o semi-sentado e os decúbitos laterais.

6. Assitir o segundo estágio do TP

Durante o EC este foi o período que motivou mais ansiedade e dificuldade de adaptação pela solenidade do momento e pela aparente complexidade na assistência às parturientes. De facto, ao longo o tempo foi-se percebendo que um TP harmonioso, com poucas intervenções, culminava geralmente num período expulsivo e nascimento igualmente calmos.

Quase na totalidade das situações as grávidas referiram sentir o reflexo de Ferguson, sendo muitas vezes detectada a dilatação completa nesse momento. Esta prática alia-se à evidência que recomenda incentivar a puxar apenas nestas condições, *diminuindo-se a duração do período expulsivo e conseqüentemente a fadiga materna e taxa de partos distócicos* (OMS, 2018; Oppenheimer & Black, 2014 cit por Sousa, 2020).

Como referido anteriormente, aquando dos esforços expulsivos as parturientes encontravam-se frequentemente em posição semi-sentada na cama ou em decúbitos laterais, avaliando-se a descida da apresentação fetal previamente. Ou seja, as parturientes permaneciam em pé, de quatro apoios ou na bola até a apresentação fetal estar situada no terceiro plano de Hodge. Após o “posicionamento” das grávidas era preparado todo o material para assistir o parto, era chamado o pediatra e outro EEESMO para prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido.

Com raras excepções os esforços expulsivos realizaram-se com recurso à manobra de Valsalva, que é tida como menos favorável face ao “puxo espontâneo” por induzir uma diminuição da pressão sanguínea materna e conseqüente diminuição da oxigenação fetal.

Assim, sempre que possível foi preterido o “puxo dirigido” em função dos esforços expulsivos espontâneos (Fatia e Tinoco, 2016; Oppenheimer e Black, 2014).

A descida da apresentação fetal foi acompanhada avaliando-se a necessidade de desencravar os parietais, realizando a manobra de Ritgen, e controlando a saída da cabeça através da pressão aplicada na região perineal. A protecção perineal foi sempre uma preocupação implementando-se outras estratégias para além da manobra de Ritgen, como a utilização de água tépida sobre a vulva e o períneo e a aplicação de óleo de amêndoas doces na vulva, sendo um óleo inócuo para a mucosa vaginal e para a pele, a finalidade da sua utilização resultou da necessidade de lubrificação. (Sunaeni & Egam, 2021). Apesar de preconizada pela literatura a abordagem *hands off* foi raramente utilizada, ainda que a evidência aponte para uma menor incidência de trauma perineal quando utilizada (Goma et al., 2020; Williams et al., 2019; Huang et al., 2020).

A episiotomia foi também realizada nesta fase, em função do juízo clínico de cada profissional. Apesar de controversa, a realização de episiotomia é frequente e é realizada com a expectativa de prevenir outros tipos de trauma perineal ou, por vezes, para acelerar o nascimento. Entre os dados observados que motivaram a episiotomia contam-se a percepção de probabilidade aumentada de ocorrência de uma laceração perineal de terceiro ou quarto grau e, principalmente a existência de tecidos muito friáveis, edemaciados ou com cicatrizes prévias (Carroli e Mignini, 2012).

A sua realização pressupõe aguardar pelo pico da CU, quando o feto está a coroar, colocar dois dedos entre a apresentação fetal e o períneo e realizar o corte no sentido das tuberosidades isquiáticas. Para além da episiotomia, o ensino clínico proporcionou experiências de correcção de lacerações perineais. Estas são classificadas em 4 graus: 1º grau afecta a pele e a mucosa; 2º grau atinge a camada muscular e 3º e 4º grau envolvem o esfíncter anal externo e o ânus, respectivamente.

A episiotomia atinge os meus tecidos que uma laceração perineal de segundo grau, sendo que a episiorrafia gera maior desconforto, uma vez que as lacerações costumam ocorrer na região mediana do períneo, menos dolorosa aquando a cicatrização. Durante o EC foram observadas apenas lacerações perineais de 1 e 2º e ainda lacerações junto ao meato urinário ou pequenas fissuras nos grandes e pequenos lábios. A sua correcção, quando necessária, revelou-se no início um maior desafio, pela menor familiaridade com este tipo de trauma perineal.

7. Promover a adaptação à vida extra-uterina

Após o nascimento eram imediatamente observadas as características do RN, procurando avaliar-se o sucesso da sua adaptação à vida extra-uterina. Assim, era avaliado o índice de APGAR ao 1º, 5º e 10º minuto, que permite avaliar numericamente cinco parâmetros entre

zero e dois. Estes contemplam (cor, frequência cardíaca, respiração, reflexos e tónus) e o *score* (American Pediatrics Association (AAP) e ACOG), 2015).

Com excepção de duas situações em EC em que houve necessidade de laquear previamente o cordão umbilical, pela presença de circulares cervicais muito apertadas, o RN era colocado em contacto pele-a-pele com a mãe aguardando-se pelo menos um minuto até à clampagem do cordão. O confronto entre a clampagem tardia ou precoce do cordão parece reunir mais consenso relativamente à primeira opção pelos inúmeros benefícios mencionados, nomeadamente um maior aporte ferro para o RN (diminuindo-se a incidência de anemia infantil), uma menor incidência de enterocolite necrotizante e uma melhor adaptação à vida extra-uterina (ACOG, 2020; NICE 2014; OMS 2018).

O RN foi mantido o contacto pele-a-pele sempre que possível clinicamente e sempre que a mãe o desejava. Desta forma era promovida a amamentação, a ligação mãe-filho e a estabilidade hemodinâmica do RN, nomeadamente através da diminuição do risco de hipotermia neonatal e hipoglicemia (OMS, 2018). No entanto, apesar do que recomenda a literatura, era interrompido o contacto pele-a-pele para a observação pelo pediatra, recolha dos dados biométricos do RN (comprimento, peso, perímetro cefálico) e administração da vitamina K, conforme recomendado pela OMS (2018). Desta forma, era administrado um miligrama de fitomenadiona através de injeção IM, com o objectivo de prevenir a doença hemorrágica do RN. Eram também colocadas as pulseiras de identificação do RN (confirmando dos dados identificativos com a mãe) e a pulseira anti-rapto no pé (AAP e ACOG, 2012). Nesta fase colocava-se uma fralda no RN, posicionando-o novamente no abdómen materno e observando a presença de sinais de fome. A administração da pomada oftálmica para prevenção da conjuntive neonatal era adiada até ao momento em que o RN era vestido.

8. Revisão da literatura: O conhecimento como “superpoder” que a mulher leva para o seu trabalho de parto

As experiências vivenciadas durante o estágio motivaram inúmeras reflexões, e sempre que surgiu alguma questão ou desafio o primeiro passo foi sempre o recurso à pesquisa de evidência sobre o assunto. Assim, a fundamentação das decisões e intervenções implementadas através do conhecimento científico enquadra-se no actual paradigma da enfermagem baseada na evidência, definindo-se a prática baseada na evidência (PBE) como

uma *metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde* (Cullum et al., 2010; Pedrolo et al., 2009, p. 1) que enfatiza o conhecimento obtido a partir da investigação como preponderante face ao conhecimento empírico e intuitivo.

Enquanto enfermeira e estudante do MESMO em contexto de ensino clínico, é impossível ficar indiferente ao repositório de conhecimento empírico das EEESMO com quem se adquiriram conhecimentos e competências. Assim, entende-se a PBE como uma estratégia para enriquecer ainda mais esta forma de conhecimento, resultando em decisões clínicas com melhor qualidade.

A escolha da temática para reflexão foi motivada por vários factores entre os quais a percepção de um distanciamento entre os focos e temas abordados nas sessões de preparação para o parto e parentalidade e a sua aplicabilidade durante o TP destas grávidas. De facto, durante a admissão questionava-se sobre os casais/ grávidas sobre a frequência destas intervenções e muitos respondiam favoravelmente. No entanto, ao longo do TP observava-se na maioria dos casos uma postura quase submissa, transferindo o poder de decisão para os profissionais de saúde, na maioria dos casos. Procurando-se sempre intervir de forma a empoderar os casais, durante o EC procurou-se identificar à partida que conhecimento traziam estas grávidas e acompanhantes para lidar com o TP e parto.

O conhecimento sobre o TP é considerado como um factor crucial para aumentar a percepção de auto-eficácia das parturientes e/casais contribuindo para uma experiência de parto positiva, melhor gestão da dor e diminuição do medo e ansiedade relacionados com o TP. É igualmente mencionado o conhecimento como ferramenta importante no desenvolvimento do autocontrolo e autoconhecimento da mulher para lidar com o TP e tomar decisões informadas sobre o seu TP (Aires et al., 2016; Fenwick et al., 2013; Hollins et al., 2013; Prata et al., 2018).

Pretendeu-se inicialmente determinar dentro do foco “Conhecimento sobre o trabalho de parto” qual o conteúdo importante para as grávidas mobilizarem durante o TP, pelo que se realizou uma revisão integrativa da literatura, para tentar adquirir conhecimento sobre o fenómeno em questão (Soares et al., 2014). Esta metodologia permite a agregação de estudos qualitativos e quantitativos, experimentais e não experimentais.

As etapas respeitadas na realização de uma revisão integrativa da literatura foram seguidas de acordo com o preconizado pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2011 cit. por Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016, p. 127):

“ ... formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.”

Este estudo teve como objectivo identificar qual o conhecimento sobre o trabalho de parto mais relevante para as grávidas durante o seu trabalho de parto.

Após definido o problema em estudo foi formulada uma questão clínica orientadora, ainda de acordo com o manual da JBI para as revisões integrativas da literatura (*JBI Manual for Evidence Synthesis, Chapter 11: Scoping reviews*). Assim, obedeceu-se aos critérios aí mencionados, segundo a mnemónica PCC, referente a População, Conceito e Contexto. Os autores referem não ser necessária a explicitação de resultados específicos ou intervenções, podendo, no entanto, estar implícitos no conceito a ser analisado.

A questão de investigação deve indiciar os critérios de inclusão e a sua objectividade assiste nas etapas da investigação incluindo a pesquisa da literatura. Pode existir uma questão apenas ou outras questões secundárias que esclareçam elementos específicos da População, Contexto ou Conceito (JBI, 2022).

População	Conceito	Contexto
Grávidas	Conhecimento sobre trabalho de Parto	Conteúdo relevante para as grávidas durante o trabalho de parto

Figura 6 - Questão de investigação: População, Contexto ou Conceito

Adoptando as recomendações mencionadas acima, formulou-se a questão de investigação “Qual o conhecimento relevante para as grávidas durante o trabalho de parto?” e uma questão secundária “Como promover nas grávidas a utilização do seu conhecimento durante o trabalho de parto?”.

Para a pesquisa nas bases de dados utilizaram-se descritores Mesh e Decs na construção das frases booleanas, os termos escolhidos foram “childbirth”, “labour”, “labor”, “women’s”, “knowledge” e “childbirth education”. Através dos auxiliares booleanos pesquisou-se na PubMed®, Google Scholar® e nas bases de dados CINAHL® Complete (EBSCOhost® via Escola Superior de Enfermagem do Porto), MEDLINE with Full Text (EBSCOhost® via Escola Superior de Enfermagem do Porto) e Cochrane Central Register of Controlled Trials® - Embase, conforme apresentado na tabela abaixo apresentada.

Motor de pesquisa	Frase Booleana
Scopus	childbirth OR labour OR labor AND women's AND antenatal AND knowledg e AND childbirth AND education AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2022) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final"))

EBSCO	<p>TITLE-ABS-KEY (childbirth OR labour OR labor AND women's AND antenatal AND knowledge) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))</p> <p>TITLE-ABS-KEY (childbirth OR labour OR labor AND childbirth AND education) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))</p>
-------	--

Figura 7 - Construção das frases booleanas

Da pesquisa nas bases de dados e agregadores de conteúdos, resultou a identificação de 130 artigos. Numa primeira etapa, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados excluindo-se 111 artigos por não se adequarem à questão de investigação. Finalmente, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica de cada um dos estudos, estabeleceu-se uma amostra de 5 artigos, segundo o fluxograma abaixo apresentado.

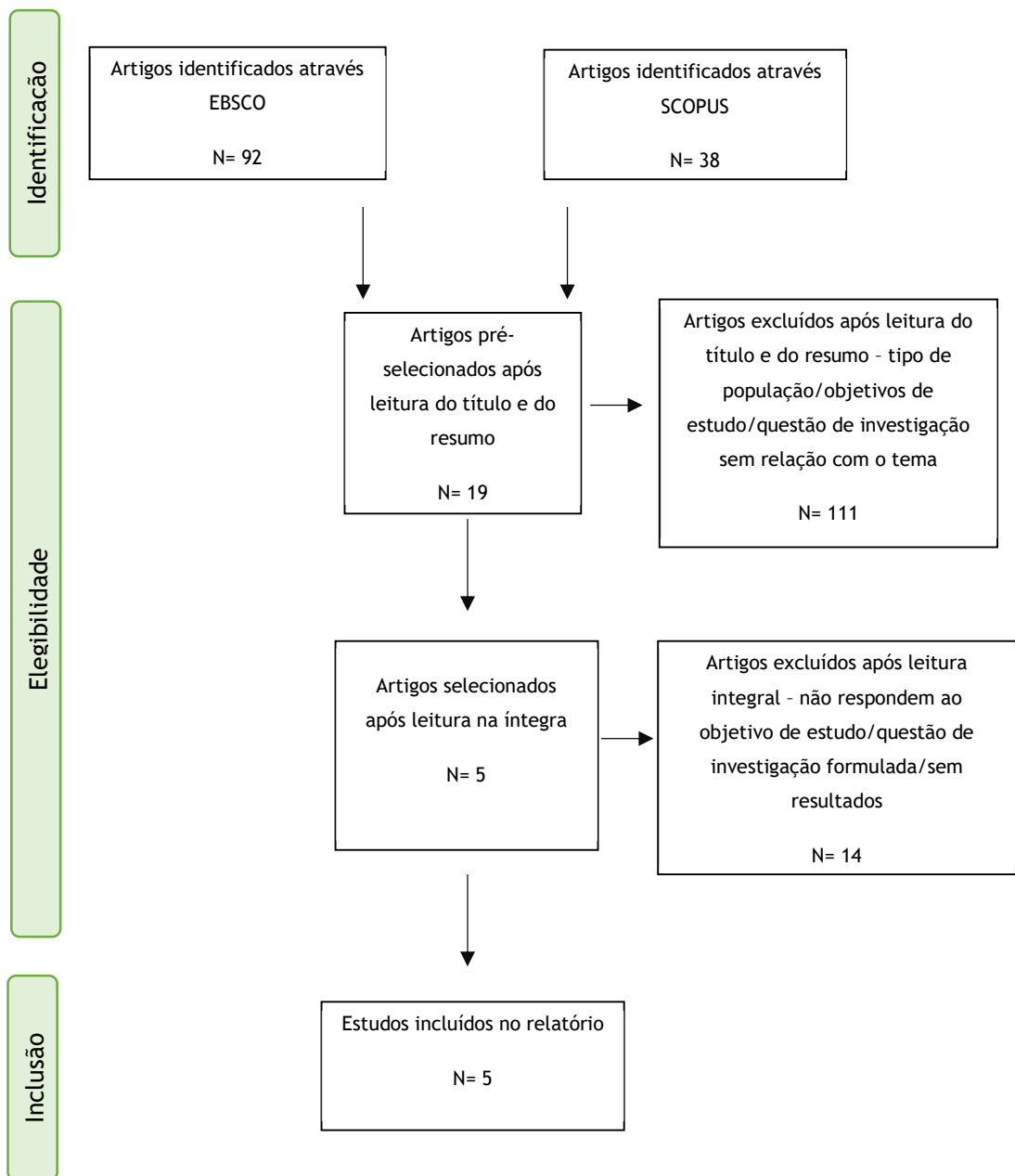


Figura 8 - Fluxograma de selecção dos estudos

Da pesquisa nas bases de dados e agregadores de conteúdos *EBSCO* e *Scopus*, resultou a identificação de 130 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram imediatamente excluídos 111 artigos, seguindo-se uma selecção baseada nos critérios de inclusão e exclusão e na avaliação da qualidade metodológica dos mesmos. Desta etapa resultaram apenas 19 artigos, dos quais 14 foram excluídos por não responderem ao objectivo do estudo ou à questão de investigação. Com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva numa tabela previamente elaborada, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas (Anexo 1).

8.1. Apresentação e discussão dos resultados

Houve dificuldade na selecção de artigos aptos para a revisão integrativa da literatura, uma vez que, muitos dos trabalhos de investigação encontrados mencionam especificamente o efeito das sessões de preparação para o parto na gestão da dor de TP. Além disso, as metodologias geralmente envolvem amostras por conveniência com $n < 60$, indiciando o recurso a metodologias qualitativas na maioria dos estudos, e sendo os dados obtidos maioritariamente a partir de entrevista.

Posto isto, o artigo *Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study*, escrito por Hassanzadeh et al. (2019) tem como objetivo a exploração e a comparação das experiências de parto - o que inclui o medo do parto, a depressão pré e pós parto, e a ansiedade - e a satisfação com a preparação para o parto, em mulheres com frequência regular, irregular ou sem qualquer frequência, em intervenções de preparação para o parto.

Este estudo também procura explorar as percepções das mulheres sobre o impacto da preparação para o parto na sua experiência de parto, a partir de uma pesquisa realizada em duas fases com metodologias distintas. A primeira foi um estudo quantitativo de um *cohort* de 204 mulheres primíparas entre as 35 e 37 semanas de gestação. Estas foram divididas em três grupos, com base na assiduidade às sessões de preparação para o parto e parentalidade.

A colheita de dados da pesquisa foi realizada durante o primeiro mês do pós-parto, através de um questionário demográfico e da aplicação de várias escalas. Estas procuram avaliar quantitativamente as expectativas e a experiência de parto, a ansiedade relacionada com o TP, a satisfação com as intervenções de preparação para o parto, a depressão pós-parto, e também o conhecimento sobre a gravidez e o TP a partir de um questionário. Estes dados quantitativos, a partir de um “score”, foram analisados através de ANOVA simples e regressão multivariada linear.

Na segunda fase, houve um estudo qualitativo que explorou as percepções das mulheres sobre o impacto da preparação para o parto na sua experiência de parto. A constituição da amostra intencional nesta fase e estudando-se intencionalmente cada participante através de entrevistas semi-estruturadas, com os dados aqui obtidos sendo tratados através da análise de conteúdo.

Concluiu-se que o medo do parto e da incapacidade para gerir a dor de TP constituem os motivos mais frequentemente para as mulheres optarem por cesariana electiva, sem critério médico. Entretanto, a participação em intervenções de grupo para a preparação para o parto parece diminuir a ansiedade face ao parto e capacidade para lidar com a dor do TP.

Os autores referem ainda que não há estudos que abordem especificamente os conteúdos destas intervenções, sendo importante estudar aprofundadamente esta realidade e o impacto real na experiência de parto e pós-parto das mulheres.

O trabalho *Implementation of a childbirth preparation program in the Maternal and Child Health centres in Jordan*, escrito por Khresheha et al. (2018), procura investigar a aplicabilidade e os resultados da implementação de um programa de preparação para o parto em centros materno-infantis da Jordânia. Este é um estudo exploratório descritivo, cuja colheita de dados partiu de entrevistas e de notas de campo, utilizando-se uma entrevista estruturada para colher dados relativos aos resultados da intervenção na gravidez e parto.

A partir da amostra por conveniência que incluiu 36 primigestas de 3 regiões principais da Jordânia e 6 profissionais de saúde (3 médicos e 3 EEESMO), os autores descrevem que o programa foi eficaz na melhoria do conhecimento e compreensão das grávidas sobre os diferentes aspectos da gravidez, parto e pós-parto. Este foi também benéfico para a promoção da relação terapêutica entre as grávidas e os profissionais de saúde assim como na confiança dos profissionais de saúde a fornecer informação importante às mulheres. O mesmo contribuiu igualmente para uma maior percepção de autocontrolo das mulheres sobre o trabalho de parto e, por outro lado sobre os benefícios da amamentação prolongada e a importância do planeamento familiar.

Relativamente aos profissionais foram referidos vários desafios incluindo a dificuldade na assiduidade das grávidas, a escassez de profissionais qualificados. Quanto ao trabalho de parto e parto, os benefícios mencionados são em relação ao aumento do conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor de TP (utilização de uma bola de stress e técnica respiratória).

Os autores referem como vantagens do estudo a forma como foi recebido pelas grávidas e os profissionais de saúde e os resultados favoráveis na gravidez e parto das grávidas que frequentaram o programa até ao fim. Reforçam também a importância da formação dos profissionais de saúde para a implementação de programas deste género.

No artigo *Effectiveness of Childbirth Classes Regarding Labor Knowledge and Practices on Primigravida Woman in Al-Elwiya Maternity Teaching Hospital*, a partir de um estudo feito e descrito por Ahmed e Khairi (2019), teve-se como meta mensurar a utilidade das sessões de preparação para o parto em relação ao conhecimento e capacidade em mulheres grávidas primigestas.

O estudo foi feito de forma quasi-experimental com uma amostra de 60 mulheres primigestas, por meio de amostragem intencional, com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e sem complicações na gravidez. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas, checklists observacionais e questionários com seis etapas, desde características

demográficas até aos cuidados durante o trabalho de parto. As fases da colheita de dados incluem pré-teste, intervenções sobre parto, “tracking” pós-intervenção e pós-parto, e avaliação do programa educacional.

Os autores concluem que a preparação para o parto a partir de intervenções sobre o tópico mencionado podem reduzir resultados adversos e incrementar o conhecimento e as habilidades das puérperas durante a gravidez e o parto em si. As aulas também podem contribuir na redução de complicações perinatais, reduzindo o medo e promovendo a tomada de decisão durante o parto, através da capacidade para mobilizar conhecimentos sobre técnicas não-farmacológicas para controlo da dor. Além disso, as aulas ajudam na comunicação entre grávida e enfermeira durante o trabalho de parto.

No trabalho *Perspective of pregnant women regarding antenatal preparation: A qualitative study*, Heim, Miquelutti e Makuch (2018) almejam identificar experiências, necessidades e expectativas de um grupo de mulheres grávidas quanto à educação antenatal. A pesquisa qualitativa foi feita a partir de entrevistas semi-estruturadas numa maternidade universitária pública no Brasil, com 22 mulheres no segundo ou terceiro trimestre de gestação e entre os 18 e 35 anos.

Entre os tópicos discutidos, incluem-se conhecimentos e percepção sobre educação antenatal, e técnicas não-farmacológicas para gerir a dor.

A partir da pesquisa, as autoras concluem que as mulheres perspectivam de forma positiva os programas de preparação para o parto e parentalidade, acreditando que a participação nestas intervenções pode trazer benefícios durante a gravidez, o parto e o puerpério. Os maiores tópicos de interesse na preparação para o parto são as técnicas não-farmacológicas de controlo da dor durante o trabalho de parto, provindo o conhecimento das grávidas maioritariamente de conversas informais e de pesquisas na internet.

Já o artigo *Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis*, escrito por Hong et al. (2019), procura investigar o impacto de vários programas de educação antenatal em resultados da gravidez para auxiliar no desenvolvimento de *guidelines* futuras relacionadas com a saúde materna e fetal, a partir de uma revisão sistemática e de meta-análise da literatura sobre o tópico. Para tal foi realizada uma pesquisa em bases de dados bibliográficas (Cochrane, PubMed, EMBASE, CINAHL, Korean Studies Information Service System) seguindo a metodologia PICO (população, intervenção, comparação e resultado), resultando em 23 estudos elegíveis - 14 experimentos controlados, e 9 estudos observacionais.

Os critérios de seleção dos artigos incluem a natureza dos trabalhos de investigação e dos estudos observacionais, a relevância da publicação, e um número relevante (acima de 20) de participantes no estudo. Após a seleção dos artigos, foi feita uma análise de dados através de modelos de efeito fixo e aleatório, observando a estatística I^2 de Higgins, o teste

Q de Cochrane, e técnicas para avaliação de heterogeneidade metodológica e clínica, além de análise de sensibilidade.

A partir da pesquisa, as autoras concluem que enquanto a preparação para o parto pode auxiliar na redução da ansiedade materna, aumentar a auto-eficácia no parto, e reduzir a taxa de cesarianas e recurso à analgesia epidural. AS autoras referem ainda que a padronização da preparação para o parto pode ajudar a elucidar sobre os seus efeitos psicológicos e físicos de facto.

Em conclusão, importa abordar vários aspectos decorrentes da revisão efectuada. Em primeiro lugar importa referir a incapacidade para dar resposta à questão de investigação. Vários autores referem que “conhecimento é poder”, descrevendo a sua importância na redução da ansiedade e do medo do trabalho de parto. Reconhecendo-se também o parto como um evento crítico da transição para a parentalidade, importaria definir precisamente que áreas do conhecimento produzem efeitos reais na vivência positiva do mesmo.

Face à questão de investigação definida: “Qual o conhecimento relevante para as grávidas durante o trabalho de parto?” e uma questão secundária “Como promover nas grávidas a utilização do seu conhecimento durante o trabalho de parto?” pode afirmar-se que a revisão realizada não conseguiu antecipar quaisquer resultados concretos. Daí se conceberam dois motivos principais para o insucesso: ou a questão de investigação foi mal formulada, ou o nível de especificidade da mesma não é compatível com o paradigma de investigação actual.

A primeira hipótese que menciona a formulação da questão de forma errada parece bastante plausível, uma vez que esta deveria colocar o enfâse do conhecimento na perspectiva das mulheres grávidas, ou seja, “Que conhecimento é importante durante o trabalho de parto, na opinião das mulheres grávidas?” ou “Qual o conhecimento importante para as grávidas levarem para o seu trabalho de parto?”. Para além disso, ao construir a frase booleana poderia ter sido importante utilizar outro descritor/palavra-chave como “women’s perspective”.

De facto, a única categoria passível de ser identificada é a importância do conhecimento sobre estratégias para alívio da dor. As grávidas nos estudos apresentados referem frequentemente a procura activa de informação sobre estratégias farmacológicas ou não farmacológicas para gerir a dor do TP. Os ensinamentos relativos a esta temática nos programas de preparação para o parto analisados parecem conferir não só uma diminuição do medo como maior percepção de controlo e capacidade para tomar decisões informadas sobre o TP.

CAPÍTULO 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO

O módulo relativo ao pós-parto e parentalidade visa a aquisição de competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no âmbito dos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, pp. 6, 2010). Este módulo do ensino clínico decorreu no serviço de puerpério do HPH entre 25 de Janeiro e 5 de Março de 2020.

Este período do pós-parto é baseado tempo cronológico para o retorno da mulher ao estado não gravídico, com uma duração variável entre quatro a seis semanas. Podem distinguir-se teoricamente três fases distintas, sendo estas o puerpério imediato, durante as primeiras 24 horas após o parto, seguido do puerpério precoce até à primeira semana e, finalmente o puerpério tardio que decorre entre o final da primeira semana e a sexta semana.

As alterações físicas são bem estudadas e estabelecidas mencionando-se a involução dos órgãos reprodutivos e o estabelecimento da lactação. Concomitantemente ocorrem processos de reajuste emocional, psicológico e relacional que enfatizam a vulnerabilidade deste período e justificam a ambivalência de sentimentos e emoções. (Ferreira, 2016; Gomes & Santos, 2017; Strapasson & Nedel, 2010). É, pois, um período de elevada instabilidade e crucial para a adaptação à parentalidade, sendo por isso território fértil para a intervenção dos EEESMO, tendo como objectivo a promoção de uma transição saudável e detectando precocemente obstáculos neste processo, intervindo adequadamente face às necessidades da puérpera e da família.

Relativamente às características do serviço de puerpério do Hospital Pedro Hispano, este é constituído por 21 camas em regime de enfermaria com quatro ou duas unidades. Existem duas salas de trabalho, uma sala de tratamentos e o “berçário”. Na sala de tratamentos era realizada a avaliação puerperal aquando da alta clínica ou qualquer intervenção que exigisse recurso a material de penso ou à marquesa ginecológica.

O berçário, por outro lado, constitui-se como uma área destinada aos cuidados ao recém-nascido, deslocando-se os pais até lá para os cuidados de higiene, por exemplo. Menciona-se como aspecto positivo a elevada organização dos serviços. Relativamente à distribuição das puéperas e recém-nascidos importa também referir um equilíbrio na sua atribuição a

cada enfermeira, sendo esta dotação determinada pela exigência de cuidados prevista para cada puérpera e recém-nascido.

O HPH reconhece ainda a importância da permanência de uma pessoa significativa com a puérpera, mais frequentemente o pai, pelo que permite a permanência de um acompanhante. São também seguidas as recomendações da OMS (2018) para o alojamento conjunto, sabendo-se que esta prática é benéfica para o desenvolvimento infantil e para a adaptação à parentalidade sendo igualmente importante na promoção do aleitamento materno.

O HPH enquanto “Hospital Amigo dos Bebés” garante o cumprimento das dez medidas da OMS e UNICEF para apoiar e promover o aleitamento materno, estando o serviço e as enfermeiras mobilizados para fornecer apoio durante o internamento e mesmo após a alta (UNICEF, 2017).

As puérperas, recém-nascidos e o acompanhante eram admitidos no serviço duas horas após o parto, sendo informados sobre as normas e estrutura do serviço até ao momento da alta. Na admissão eram reunidos dados de diversas fontes relativos à puérpera e ao parto como por exemplo a hora, tipo de parto, índice obstétrico, grupo sanguíneo e factor Rh, trauma perineal ou feridas cirúrgicas, profilaxia antibiótica em caso de SGB positivo ou desconhecido, intercorrências.

O desenvolvimento de competências no âmbito do puerpério resumiu-se naturalmente a utentes no puerpério imediato e/ou precoce, variando o tempo de internamento médio entre as 48 e as 72 horas após o parto. Os cuidados focaram-se, portanto, na identificação precoce de sinais de complicações maternas e neonatais, na promoção do autocuidado no pós-parto e nos cuidados ao recém-nascido. De acordo com as necessidades identificadas, o plano de cuidados era concebido tendo em vista a preparação para a alta e a janela de oportunidade para intervenção ou diagnóstico apenas durante o internamento no serviço de puerpério.

Relativamente aos processos corporais, a avaliação puerperal através do exame físico é uma competência essencial ao objectivo de detectar precocemente sinais ou sintomas de complicações. Assim, a avaliação puerperal seguia uma ordem céfalo-caudal, tendo por base vários focos como “perda sanguínea”, “dor” “infecção”, “ferida” , “eliminação urinária” e “eliminação intestinal”, (ICN, 2019).

A “perda sanguínea” é um foco inevitável no pós-parto em duas vertentes: o risco de hemorragia pós-parto e a perda hemática vaginal sob a forma de lóquios. A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna, sendo a atonia uterina a causa mais comum, mas podendo resultar de trauma do trato genital, retenção de restos placentários e/ou pela presença de coagulopatia (OMS, 2012).

A vigilância relativa a este foco foi concretizada através de intervenções como a avaliação da involução uterina, dos lóquios, e a monitorização dos sinais vitais (particularmente a pressão sanguínea e a frequência cardíaca). A involução uterina foi avaliada essencialmente através da palpação manual do útero, realizada aquando da admissão da utente, em todos os turnos e sempre que necessário. A contração uterina favorece a hemostase, sendo expectável palpar-se os contornos do útero bem contraído, numa primeira fase e, posteriormente procurando-se avaliar a involução uterina. Era realizada a palpação da zona abdominal inferior, com a bexiga vazia (por poder impedir a contração de forma adequada e desviar o útero da linha média).

Relativamente à involução uterina, a literatura descreve um posicionamento de cerca de um cm acima do umbigo durante as primeiras 12h após o parto, ao nível do umbigo 24 horas após e involuindo entre um a dois cm diariamente até ocupar a sua posição normal (geralmente às seis semanas de puerpério) (ACOG e AAP, 2012). No entanto, a percepção empírica parece mostrar uma maior velocidade neste processo, extrapolando-se que a utilização de fármacos como a ocitocina e o misoprostol podem motivar este fenómeno ao promoverem a contração uterina.

Para além das actividades de vigilância, eram prescritas intervenções no âmbito do conhecimento caso fosse observado algum défice de conhecimento, ensinando-se sobre a contração e involução uterina, a sua importância, instruindo-se sobre a realização de massagem uterina ou a relação entre a amamentação e este processo (Lowdermilk, 2009).

A perda hemática vaginal que ocorre no pós-parto precoce compreende parte da evolução dos lóquios, definidos como os líquidos provenientes do útero durante o pós-parto (Graça, 2000), variando em quantidade e características. A sua avaliação permite colher dados em mais do que um foco dos supramencionados, referindo-se este parágrafo à perda sanguínea.

Assim, os lóquios mantêm uma aparência hemática durante três a quatro dias e são constituídos por decídua e hemácias. Durante o internamento num serviço de puerpério a sua avaliação (quanto à cor, quantidade, presença de coágulos e cheiro) pretende despistar a presença de hemorragia/infecção, sendo considerada uma perda abundante quando há saturação de um penso higiénico em duas e hemorragia se este período diminui para 15 minutos. Desta forma, as intervenções relativas ao défice de conhecimento neste ponto eram relativas às características dos lóquios, a sua evolução e sinais e sintomas de alerta (febre, hemorragia, odor fétido) (Berens, 2018; Graça, 2000; Lowdermilk, 2009; NICE, 2021; Santos & Batista, 2016; Ferreira, 2016).

Relacionado com a perda sanguínea no parto pode nomear-se a hipotensão como outro foco de atenção, sendo particularmente relevante para assistir o primeiro levante da puérpera. Independentemente do tipo de parto o levante era realizado de forma progressiva e após as puérperas terem tolerado dieta (descartando a hipótese de ocorrência de sintomas semelhantes aos da hipotensão, sendo uma hipoglicemia como causa).

Para assistir o levante foram realizadas monitorizações sequenciais da pressão sanguínea assim como vigiada a ocorrência de outros sinais e sintomas de hipotensão ortostática como tonturas, sudorese, sensação de desmaio e/ou visão turva. Nos partos vaginais o primeiro levante era realizado sensivelmente seis horas após o parto, sendo este tempo o dobro no caso dum parto distócico por cesariana (Centeno, 2017; Gomes & Santos, 2017; ICN, 2018).

A “dor” no puerpério pode existir por várias causas, sendo sempre uma percepção com impacto negativo no conforto e qualidade de vida da puérpera (Silva et al., 2018;). A monitorização da dor era realizada através da escala numérica da dor. Avaliar a dor permitia determinar a sua causa, podendo enumerar-se a dor por ferida (traumática ou cirúrgica), a dor por CU, pela presença de hemorróidas ou ainda dor no mamilo e/ nas mamas.

Para as feridas perineais, independentemente da sua natureza, era sugerida aplicação de gelo, uma vez que a diminuição da temperatura no local da ferida causa vasoconstrição que diminui a passagem de mediadores inflamatórios e de dor (Silva, 2019). Gerir a analgesia era também necessário, particularmente perante um parto por cesariana (Francisco, Oliveira, Laventhal & Bosco, 2013; Santos & Batista, 2016).

Relativamente ao foco “infecção” foi monitorizada a temperatura auricular todos os turnos, eram observadas as características dos lóquios que devem adquirir uma aparência mais clara a partir do quinto dia, denominando-se sero-hemáticos, prolongando-se estas características até ao 10º dia, quando passam a lóquios serosos, durando até ao 14º dia (ACOG e AAP, 2012; Graça, 2000; Lowdermilk, 2009).

O seu odor deve manter-se suis generis, nunca fétido, e a quantidade diminui progressivamente sendo esta informação transmitida sob a forma de ensino, caso fosse necessário, assim como a vigilância de sinais e sintomas de infecção. (ACOG e AAP, 2012). Para além da avaliação da temperatura e das características dos lóquios era também realizada a vigilância da ferida perineal / abdominal e das mamas e mamilos, procurando-se identificar potenciais situações de endometrite, mastite, infecção da ferida perineal e/ou ferida cirúrgica (Centeno, 2017; ICN, 2019).

As eliminações urinárias e intestinais podem sofrer alterações por motivos distintos. No caso da eliminação urinária há a possibilidade de ocorrência de trauma na bexiga ou outras estruturas urinárias (tanto no parto vaginal como na cesariana) e de dor ou edema (ACOG e AAP, 2012) que dificultem a micção. A possibilidade de distensão da bexiga pela sua maior complacência pode interferir na contração e involução uterinas, o que motiva a promoção do esvaziamento vesical.

Com este intuito era vigiada a primeira micção espontânea após o parto ou a remoção do catéter urinário, devendo esta ocorrer entre 4-6h após o parto ou a desalgiação. Nunca foi testemunhada uma verdadeira situação de retenção urinária ao longo do EC (que motivaria a necessidade de esvaziamento vesical ou algiação), sendo apenas necessário

promover o esvaziamento vesical através de estratégias como a imersão das mãos em água tépida (Centeno, 2017; Yip, Sahota, Pang & Chang, 2004).

Quanto à eliminação intestinal, as alterações resultam potencialmente de vários factores como o jejum prolongado, a desidratação, a dor perineal ou abdominal, a presença de hemorroidas e o medo de evacuar. As estratégias utilizadas para promover o restabelecimento do trânsito intestinal passaram pelo incentivo da deambulação e o aumento da ingestão hídrica (não tendo as puérperas controlo sobre as opções relativamente à dieta). O recurso a laxantes de contacto, foi também uma estratégia recorrente (ICN, 2019; Santos & Batista, 2016; Turawa, Musekiwa & Rohwer, 2020).

O exame físico incluía ainda a observação do períneo, no parto vaginal com trauma perineal, sendo realizada aquando da transferência da puérpera e em todos os turnos. Frequentemente era observada a presença de edema, causando dor e desconforto, de hemorroides, e a existência de ferida perineal, podendo esta ser resultado duma laceração perineal ou ainda uma episiorrafia (ACOG e AAP, 2012; Berens, 2018). A observação do períneo permite ainda identificar a existência de hematomas ou equimoses perineais e prevê a deteção de hematoma vulvar ou hemorroides e a vigilância da ferida perineal, quando esta se encontra presente.

Relativamente aos cuidados ao períneo, a questão mais frequente era relativa à higiene perineal, sendo recomendada a higiene com água tépida e a secagem no final. As puérperas foram ainda incentivadas a realizar a sua higiene perineal com água corrente (no sentido antero-posterior) e a trocar o penso higiénico frequentemente (a cada quatro horas ou sempre que necessário), mantendo a zona perineal limpa e seca. Entre os sinais de alerta mencionados foram referidos o cheiro fétido, a perda sanguínea aumentada a dor incoercível e a deiscência da ferida perineal.

No caso das cesarianas a ferida cirúrgica abdominal era avaliada pelo menos no momento da alta, sendo mantida a vigilância do penso da ferida durante todos os turnos. Ao realizar-se o tratamento à ferida cirúrgica avaliava-se a evolução cicatricial da ferida, a presença de hematoma ou hemorragia e o tipo de material de sutura utilizado. Desta avaliação realizavam-se também ensinamentos relativos aos cuidados à ferida, incluindo-se recomendações sobre o levantar lateralizando-se previamente e utilizando os membros superiores, para reduzir a força abdominal ao elevar o tronco.

A cinta pós-parto não é recomendada no pós-parto vaginal, sendo a sua utilização questionável também no pós-parto cirúrgico. No entanto parece existir evidência no seu efeito na dor pela ferida cirúrgica (Karaka et al., 2019; Abd-ElGawad et al., 2021; Onpan & Khunkumhaeng, 2018), sendo que a sua utilização não era recomendada às puérperas durante o ensino clínico.

Ao realizar-se o exame puerperal, observavam-se igualmente as mamas e mamilos, tendo em conta que os dados recolhidos, através da observação das mesmas, estão diretamente relacionados com a amamentação e lactação. De facto, o formato do mamilo pode promover uma melhor pega particularmente um mamilo protuberante ao invés de um mamilo curto ou umbilicado (International Lactant Consultant Association (ILCA), 2011). Era também verificada a presença de maceração ou fissuras mamilares, assim como realizada a observação da mamada se o momento fosse oportuno.

De facto, uma das principais áreas de intervenção das EEESMO do serviço de Puerpério do HPH é a Amamentação e a Lactação, entendendo-se ainda mais este paradigma pelo facto da instituição deter o título de Hospital Amigo dos Bebés. O acompanhamento das puérperas durante o internamento representa uma oportunidade para a promoção do sucesso da amamentação.

Ao longo deste módulo observou-se uma diversidade incontável de atitudes, crenças, significados, características, interações mãe-RN, dificuldades, conhecimentos e habilidades relacionadas com este foco, sendo cada experiência de amamentação única. Factores como a díade mãe-RN, a percepção de autoeficácia materna, a disponibilidade de apoio e recursos são também importantes, sendo referidos alguns factores dificultadores como a dor, as dificuldades na pega e a má adaptação do RN (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015; Batista, Ribeiro, Nascimento & Rodrigues, 2017; Buccini, Pérez-Escamilla, Paulino, Araújo & Venancio, 2016; Levy & Bértolo, 2012; Stuebe et al., 2014; Zimmerman, 2018).

O aleitamento materno exclusivo permanece a forma recomendada de alimentar um recém-nascido e lactente até aos seis meses de idade, enumerando-se vantagens na prevenção de doenças e no desenvolvimento infantil. Apesar das evidências factuais há ainda um abandono precoce da amamentação ou a opção por alimentar o RN de outra forma. Assim, ao longo deste módulo procurou-se avaliar o conhecimento prévio das mulheres e casais sobre a amamentação e sobre o seu plano de amamentação, incluindo as estratégias conhecidas para lidar com eventuais dificuldades. Este processo deve, pois, começar durante a gravidez, representando o puerpério no primeiro confronto com a necessidade de mobilizar esses conhecimentos e desenvolver competências com o apoio das EESMO (Andrade et al., 2015; Machado et al., 2014; Stuebe, 2014).

Desta forma, os diagnósticos identificados neste âmbito foram de “Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação”, ou “Potencial para melhorar capacidade para amamentar”, prescrevendo-se intervenções conforme as necessidades específicas de “ensinar”, “instruir” e “treinar” (ICN, 2019).

CONCLUSÃO

Com o trabalho que motivou a construção deste relatório, pôde compreender-se a importância do processo formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O contacto com grávidas, parturientes, puérperas, recém-nascidos e famílias, e a consequente aplicação de conhecimentos teóricos na prática foram essenciais para a aquisição e o desenvolvimento de competências para o desempenho das funções de EESMO.

Refletir sobre os cuidados de enfermagem no âmbito deste relatório, assim como a procura por evidência científica para alicerçar as intervenções e práticas desempenhadas, foram aspectos importantíssimos para que os cuidados prestados fossem da mais alta qualidade.

Além disto, a produção de uma revisão de literatura com pesquisas em vários motores de busca e agregadores de conteúdos representou uma importante etapa de aprendizagem, mesmo perante a ausência de resposta à questão de investigação. Este processo permitiu a consciencialização sobre a necessidade de produzir conhecimento num nível descritivo da realidade da aplicabilidade dos conteúdos transmitidos nas sessões de preparação.

Apesar disto, a revisão permitiu concluir que há uma alteração no paradigma actual, reconhecendo-se a importância da preparação para o parto na abordagem de conteúdos preocupam as grávidas e casais. A prática baseada na evidência significa o contínuo desenvolvimento da enfermagem de saúde materna e obstétrica, podendo repercutir-se em benefícios para as grávidas e para os profissionais desta área.

Encerrar o relatório de estágio marca também o fim da do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e aproxima a atribuição do título de EESMO. Mas este não encerra o processo de aprendizagem e de curiosidade científica que incentiva o aprofundamento das questões levantadas na revisão de literatura.

A elaboração do relatório mostrou-se importante não só para a aquisição de habilidades vitais ao desempenho exímio desta especialidade a como promoveu a reflexão sobre as práticas testemunhadas ao longo do EC.

Idealmente espera-se que as práticas adquiridas, aplicadas e descritas neste relatório sejam concretizadas através de cuidados verdadeiramente significativos para as grávidas, famílias e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aannestad, M., Herstad, M., & Severinsson, E. (2020). A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience of midwifery care. *Nursing and Health Sciences*, 22(2), 171-183. <https://doi.org/10.1111/nhs.12714>
- Abd-ElGawad, M., Said Ali, A., Abdelmonem, M., Elshamy, N. H., Abdeltawab, A. K., Abd el-Shafea, M., Rund, N. M. A., Fadlalmola, H. A., Ashour, A. S. A., & Almohamady, M. (2021). The effectiveness of the abdominal binder in relieving pain after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 154(1), 7-16. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13607>
- Abdul, H., Ahmed, J., Prof, A., & Khairi, S. H. (2019). KUFA JOURNAL FOR NURSING SCIENCES . VOL . 9 No . 2 / 2019 Effectiveness of Childbirth Classes Regarding Labor Knowledge and Practices on Primigravida Woman in Al-Elwiya Maternity Teaching Hospital تيركيبلا ءءارملا جئاتن بلع ضاخملا ئاسراممو فراعصب قلعتملا ة 2(9), 10-2).
- Addisu, D., Asres, A., Gedefaw, G., & Asmer, S. (2018). Prevalence of meconium stained amniotic fluid and its associated factors among women who gave birth at term in Felege Hiwot comprehensive specialized referral hospital, North West Ethiopia: A facility based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2056-y>
- Afzal, M., Aziz, U., & Nosheen, R. (2020). Comparison of obstetric outcome of primigravida admitted in latent labor versus active labor in a tertiary care hospital. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 14(4), 801-804.
- Aires, C., Ferreira, I., Santos, A., & Sousa, M. (2016). Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the Empowerment Scale for Pregnant Women to the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 49-58. <https://doi.org/10.12707/riv16033>
- Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. L. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub2>
- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, L. A., Vicente, L. F., & Silva, J. A. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. In *Direção Geral da Saúde*.

Amphai, S., Kantaruksa, K., Sriarporn, P., & Sansiriphun, N. (2021). A grounded theory of the transition from a high-risk pregnancy to motherhood among women in northern Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(2), 213-228.

Aromataris, E., & Munn, Z. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.

Ayres-De-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>

BECKMANN, C. et al. *Obstetrics and Gynecology*. 6ª edição. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. ISBN 978-0-7817-8807-6

Benet, M., Escuriet, R., Palomar-Ruiz, L., Ruiz-Berdún, D., & Leon-Larios, F. (2020). Women's agenda for the improvement of childbirth care: Evaluation of the Babies Born Better survey data set in Spain. *Birth*, September, 1-13. <https://doi.org/10.1111/birt.12505>

Berens, P.. Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. upToDate [em linha]. Fevereiro 2018. [consultado a 7 março de 2018] disponível em <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-physiology-complications-and-maternal>

[are?search=OVERVIEW%20OF%20THE%20POSTPARTUM&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-physiology-complications-and-maternal)

Blackwell, S., Louis, J. M., Norton, M. E., Lappen, J. R., Pettker, C. M., Kaimal, A., Landy, U., Edelman, A., Teal, S., & Landis, R. (2020). Reproductive services for women at high risk for maternal mortality: a report of the workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine, the American College of Obstetricians and Gynecologists, the Fellowship in Family Planning, and the Society of Family. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), B2-B18. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.008>

Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., Mccarthy, F. P., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C. E., & Adoyi, G. (2018). The hypertensive disorders of pregnancy : ISSHP classification , diagnosis & management recommendations for international practice. xxxx. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.004>

Brunton, P. J., & Russell, J. A. (2015). *Ferguson Reflex Volume 2*.

Burn, S. C., Yao, R., Diaz, M., Rossi, J., & Contag, S. (2021). Impact of labor induction at 39 weeks gestation compared with expectant management on maternal and perinatal morbidity among a cohort of low-risk women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.2021396>

CANAVARRO, M.C.. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora. 2001.

CARDOSO, A.. *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais- estudo sobre avaliação das competências parentais*. Novas edições académicas. 2015

CARROLI, G.; MIGNINI, L.. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012, vol. 1, número CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Chapman, S. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, Sandall et al (2015). *Practising Midwife*, 19(3), 34-35. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. www.cochranelibrary.com

Chen, W., Xue, J., Peprah, M. K., Wen, S. W., Walker, M., Gao, Y., & Tang, Y. (2016). A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(3), 346-354. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13456>

Cherian, A. G., Marcus, T. A., Sebastian, T., Rathore, S., & Mathews, J. E. (2022). Induction of labor using Foley catheter with weight attached versus without weight attached: A randomized control trial. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 157(1), 159-164. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13729>

Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In A. I. Meleis, *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24-38). New York: Spring Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Committee on Practice Bulletins. (2020). Clinical Management Guidelines for Obstetrician - Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 133(76), 168-186. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/07/diagnosis-and-management-of-vulvar-skin-disorders>

Coste Mazeau, P., Hesses, M., Martin, R., Eyraud, J. L., Margueritte, F., Aubard, Y., Sallee, C., Sire, F., & Gauthier, T. (2020). Is there an interest in repeating the vaginal administration of dinoprostone (Propess®), to promote induction of labor of pregnant women at term? (RE-DINO):

Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3985-0>

CRAIG, J. D. (1948). The pain of labour. *British Medical Journal*, 1(4553), 706. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4553.706-a>

Crane, J. M. G., Young, D. C., Butt, K. D., Bennett, K. A., & Hutchens, D. (2001). Excessive uterine activity accompanying induced labor. *Obstetrics and Gynecology*, 97(6), 926-931. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01332-1](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01332-1)

Crequit, S., Korb, D., Morin, C., Schmitz, T., & Sibony, O. (2020). Use of the Robson classification to understand the increased risk of cesarean section in case of maternal obesity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03410-z>

Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>

Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>

DGS. (2015). Trabalho de Parto Estacionário. Portugal, 4-6.

El-Sayed, Y. Y., Borders, A. E. B., & Gyamfi-Bannerman, C. (2017). Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 130, Issue 2, pp. E102-E109). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002237>

El-Sayed, Y. Y., Rice, M. M., Grobman, W. A., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., Wapner, R. J., Rouse, D. J., Saade, G. R., Thorp, J. M., Chauhan, S. P., Chien, E. K., Casey, B. M., Gibbs, R. S., Srinivas, S. K., Swamy, G. K., ... Macones, G. A. (2020). Elective Labor Induction at 39 Weeks of Gestation Compared With Expectant Management: Factors Associated With Adverse Outcomes in Low-Risk Nulliparous Women. *Obstetrics and Gynecology*, 136(4), 692-697. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004055>

Enfermeiro, P. D. O., & Enfermero, P. D. E. L. (2009). Evidence-Based Practice As a Tool for Professional Practice of Nurses. 14(4), 760-763.

Errico, L. de S. P. de, Bicalho, P. G., Oliveira, T. C. F. L. de, & Martins, E. F. (2018). The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 3), 1257-1264. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>

Excellence, N. I. for C. (2001). The use and interpretation of electronic fetal monitoring. In *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (Issue 8).

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+Use+of+Electronic+Fetal+Monitoring#8>

Eyeberu, A., Debela, A., Getachew, T., Dheresa, M., Alemu, A., & Dessie, Y. (2022). Obstetrics care providers attitude and utilization of non-pharmacological labor pain management in Harari regional state health facilities, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04717-9>

Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436-443. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x>

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 208-220). Lisboa: Lidel.

Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. A., Ryding, E. L., Jarrett, V., & Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-190>

Fujita, N., Higuchi, H., Sakuma, S., Takagi, S., Latif, M. A. H. M., & Ozaki, M. (2019). Effect of Right-Lateral Versus Left-Lateral Tilt Position on Compression of the Inferior Vena Cava in Pregnant Women Determined by Magnetic Resonance Imaging. *Anesthesia and Analgesia*, 128(6), 1217-1222. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004166>

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>

Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., Baird, S. M. M., Magee, L. A., Rana, S., Vermunt, J. V., & August, P. (2022). Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2), E21-E41. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000208>

Goma, L., Khedr, N., & Gouda, A. (2020). Effect of Utilizing Hands-on Versus Off Method During Delivery of Fetal Head on Occurrence of Perineal Tear. *Mansoura Nursing Journal*, 7(2), 136-152. <https://doi.org/10.21608/mnj.2020.179773>

Gottfreðsdóttir, H., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Midwifery education: Challenges for the future in a dynamic environment. *Midwifery*, 59(December 2017), 78-80. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.01.006>

Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D. J., Saade, G. R., Boggess, K. A.,

- Gupta, N., Nigam, A., Varun, N., Meena, S., & Aggarwalla, R. (2018). Efficacy of Amnitectar vs. Conventional Method for Artificial Rupture of Membranes: A Prospective Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12 (6), 18-20. doi: 10.7860/JCDR/2018/32304.11617
- Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2020). Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 119-128. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05406-3>
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0826-2>
- Hatamleh, R., Abujilban, S., AbuAbed, A. S. A. M., & Abuhammad, S. (2019). The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*, 72, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.002>
- Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and Birth*, 29(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>
- Heim, M. A., Miquelutti, M. A., & Makuch, M. Y. (2019). Perspective of pregnant women regarding antenatal preparation: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(6), 558-563. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.016>
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I., & Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 25(March), 100511. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hofmeyr, G. J., Bernitz, S., Bonet, M., Bucagu, M., Dao, B., Downe, S., Galadanci, H., Homer, C. S. E., Hundley, V., Lavender, T., Levy, B., Lissauer, D., Lumbiganon, P., McConville, F. E., Pattinson, R., Qureshi, Z., Souza, J. P., Stanton, M. E., ten Hoope-Bender, P., ... Oladapo, O. T. (2021). WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(10), 1658-1662. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16694>
- Hollins Martin, C. J., & Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 512-518. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.013>
- Holness, N. (2018). High-Risk Pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 53(2), 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010>
- Hong, K., Hwang, H., Han, H., Chae, J., Choi, J., Jeong, Y., Lee, J., & Lee, K. J. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review

- and meta-analysis. *Women and Birth*, 34(3), 219-230. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002>
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Hunter, L. P. (2008). A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. *Midwifery*, 24(4), 405-415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.06.001>
- Hurtado-Sánchez, M. F., Pérez-Melero, D., Pinto-Ibáñez, A., González-Mesa, E., Mozas-Moreno, J., & Puertas-Prieto, A. (2021). Characteristics of heart rate tracings in preterm fetus. *Medicina (Lithuania)*, 57(6), 1-9. <https://doi.org/10.3390/medicina57060528>
- Jansson, M. H., Franzén, K., Hiyoshi, A., Tegerstedt, G., Dahlgren, H., & Nilsson, K. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women - the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
- Jozwiak, M., Van De Lest, H. A., Burger, N. B., Dijksterhuis, M. G. K., & De Leeuw, J. W. (2014). Cervical ripening with Foley catheter for induction of labor after cesarean section: A cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(3), 296-301. <https://doi.org/10.1111/aogs.12320>
- Karaca, I., Ozturk, M., Alay, I., Ince, O., Karaca, S. Y., Erdogan, V. S., & Ekin, M. (2019). Influence of abdominal binder usage after cesarean delivery on postoperative mobilization, pain and distress: A randomized controlled trial. *Eurasian Journal of Medicine*, 51(3), 214-218. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2019.18457>
- Karkada, S. R., Noronha, J. A., Bhat, S. K., Bhat, P., & Nayak, B. S. (2022). Effectiveness of antepartum breathing exercises on the outcome of labour: A randomized controlled trial. *F1000Research*, 11, 159. <https://doi.org/10.12688/f1000research.75960.1>
- Kashikar, S., Kotpalliwar, M. K., & Uttarwar, P. R. (2021). Meconium-stained liquor and its impact on maternal and neonatal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(4), 1629. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20211149>
- Khresheh, R., Almalik, M., Owies, A., & Barclay, L. (2018). Implementation of a childbirth preparation program in the maternal and child health centres in Jordan. *Midwifery*, 61, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.010>
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Reviews in Pain*, 2 (2), 15-19. doi: 10.1177/204946370800200205
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(1), e88-e94. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
- Lee, S. L., Liu, C. Y., Lu, Y. Y., & Gau, M. L. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(1), 19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- Lewis, D., & Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusodidacta, 2009.
- Lopes, C. M. (2018). Informatização do Partograma: Conceção e Implementação de um sistema para monitorização do parto. 125.
- M, S., & Usharani, U. (2019). Meconium Stained Liquor and Its maternal and Foetal Outcome. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 8(49), 3653-3656. <https://doi.org/10.14260/jemds/2019/790>
- Ma, B., Bo, B., Tunçalp, Ö., Ma, B., Bo, B., & Tunçalp, Ö. (2019). evidence synthesis (Review). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2.www.cochranelibrary.com>
- MacKenzie Bryers, H., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>
- Malapati, R., Vuong, Y. N., & Nguyen, T. M. (2013). Reporting cervical effacement as a percentage: How accurate is it? *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 03(07), 569-572. <https://doi.org/10.4236/ojog.2013.37102>
- Manuscript, A. (2012). NIH Public Access. 6(4), 385-393. <https://doi.org/10.1586/eog.11.28.Lack>
- McGoldrick, E., Stewart, F., Parker, R., & Dalziel, S. R. (2020). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004454.pub4>
- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. I. Meleis, *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13-24). New York: Spring Publishing Company. Recuperado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Mercer, R.T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.

Miller, Y. D., Armanasco, A. A., McCosker, L., & Thompson, R. (2020). Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: An observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03149-7>

Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., & Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy : an integrative review. 6, 1-14.

Mohammad, N., Jamal, T., Sohaila, A., & Ali, S. R. (2018). Meconium stained liquor and its neonatal outcome. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(6), 1392-1396. <https://doi.org/10.12669/pjms.346.15349>

MONTENEGRO, C.; REZENDE FILHO, J.. - *Obstetrícia fundamental*. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. ISBN 978-85-277-1350-3.

Muliira, R. S., Seshan, V., & Ramasubramaniam, S. (2013). Improving vaginal examinations performed by midwives. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 13(3), 435-442. <https://doi.org/10.12816/0003268>

National Guideline Alliance. (2010). Hypertension in pregnancy : diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*, 77(1), S1-s22. [http://www.nice.org.uk/guidance/cg107%5Cnhttps://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=7818%5Cnhttp://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(02\)80002-9/abstract](http://www.nice.org.uk/guidance/cg107%5Cnhttps://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=7818%5Cnhttp://www.ijgo.org/article/S0020-7292(02)80002-9/abstract)

NICE. (2021). *Inducing labour guidance*. Nice, NG 207(November 2021), 2022. www.nice.org

Nilsson, C., Wijk, H., Höglund, L., Sjöblom, H., Hessman, E., & Berg, M. (2020). Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes: A Systematic Review. *Health Environments Research and Design Journal*, 13(3), 198-214. <https://doi.org/10.1177/1937586720903689>

Oechsle, A., Wensing, M., Ullrich, C., & Bombana, M. (2020). Health knowledge of lifestyle-related risks during pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women in germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228626>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. 3ª edição. 2015. ISBN 978 92 4 154935 6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. 2018. ISBN 978-92-4-155021-5.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.o 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário Da República, 2.a Série, 85, 13560-13565.

Parratt, J. A., & Fahy, K. M. (2011). A feminist critique of foundational nursing research and theory on transition to motherhood. *Midwifery*, 27(4), 445-451. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.012>

Pedrolo, E., Danski, M. T. R. D., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm Out/Dez*, 14(4), 760-763.

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 34(6), 993-1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>

Prata, A. P., Koch, C., Santos, C., & Santos, M. R. (2018). Preparing for childbirth: women's look. *Revista Rol De Enfermeria*, 41(11-12), 307-312.

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. R. S., & Tronchin, D. M. R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 125-133. doi: 10.12707/RIV16008

Redulla, R. (2019). Bed rest with and without hospitalization in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12667>

Reynolds, A. J., Geary, M. P., & Hayes, B. C. (2020). Intrapartum uterine activity and neonatal outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03219-w>

Rodrigues, A. R. M., Dantas, S. L. da C., Pereira, A. M. M., Silveira, M. A. M. da, & Rodrigues, D. P. (2017). Gravidez de alto risco determinantes de saúde. *Sanare*, 23-28. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>

Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., da Silveira, M. A. M., Paiva, A. de M. G., Fialho, A. V. de M., & Queiroz, A. B. A. (2020). Hospital admission in high-risk pregnancies: The social representations of pregnant women. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>

- Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Viana, A. B., da Silva Cabral, L., & da Silveira, M. A. M. (2016). Nursing care in high-risk pregnancies: An integrative review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3), 472-483. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165434>
- Rodríguez Fernández, V., Ramón y Cajal, C. N. L., Ortiz, E. M., & Naveira, E. C. (2018). Intrapartum and perinatal results associated with different degrees of staining of meconium stained amniotic fluid. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.029>
- Roos, A. M., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2010). Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): Does the grade of tear matter? *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 36(3), 368-374. <https://doi.org/10.1002/uog.7512>
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E., & Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
- Rotmensch, S., Lev, S., Kovo, M., Efrat, Z., Zahavi, Z., Lev, N., Celentano, C., & Ben-Rafael, Z. (2005). Effect of betamethasone administration on fetal heart rate tracing: A blinded longitudinal study. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 20(5), 371-376. <https://doi.org/10.1159/000086815>
- Ryan, E. J. (2016). Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice - an integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1548-1556. <https://doi.org/10.1111/jocn.13229>
- Sanders, R. A., & Crozier, K. (2018). How do informal information sources influence women's decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1648-2>
- Santo, S., Ayres-de-Campos, D., Costa-Santos, C., Schnettler, W., Ugwumadu, A., Da Graça, L. M., Clode, N., Pinto, L., Centeno, M., Carvalho, R., Rocha, P., Reis, I., Afonso, M., Castro, C., Aserkoff, R., Golen, T., Ricciotti, H., Vadnais, M., Scott, J., ... Ugwumadu, L. (2017). Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(2), 166-175. <https://doi.org/10.1111/aogs.13064>
- Seravalli, V., Strambi, N., Castellana, E., Salamina, M. A., Bettini, C., & Di Tommaso, M. (2022). Hospital Admission in the Latent versus the Active Phase of Labor: Comparison of Perinatal Outcomes. *Children*, 9(6). <https://doi.org/10.3390/children9060924>
- Sinkey, R. G., Blanchard, C. T., Szychowski, J. M., Ausbeck, E., Subramaniam, A., Neely, C. L., Casey, B. M., & Tita, A. T. (2019). Elective Induction of Labor in the 39th Week of Gestation Compared With Expectant Management of Low-Risk Multiparous Women. *Obstetrics and Gynecology*, 134(2), 282-287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003371>

Skrondal, T. F., Bache-Gabrielsen, T., & Aune, I. (2020). All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery*, 86, 102705. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>

Smyth, R. M. D., Alldred, S. K., & Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub3>

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3>

Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Sweet, D., Bevilacqua, G., Carnielli, V., Greisen, G., Plavka, R., Didrik Saugstad, O., Simeoni, U., Speer, C. P., Valls-I-Soler, A., & Halliday, H. (2007). European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome. *Journal of Perinatal Medicine*, 35(3), 175-186. <https://doi.org/10.1515/JPM.2007.048>

Zeferino, L. (2011). Pais-filho : As condicionantes da ligação. Instituto de Ciências Da Saúde Da Universidade Católica Portuguesa, 24-25.

Teles, P. A., Costa, E. M., Panobianco, M. S., Gozzo, T. D. O., Pattera, T. D. S. V., & Nunes, L. C. (2019). Diagnósticos De Enfermagem Mais Prevalentes Em Gestantes De Alto Risco. *Enfermagem Em Foco*, 10(3), 119-125. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.1937>

Tollon, P., Blanc-Petitjean, P., Drumez, E., Ghesquière, L., Le Ray, C., & Garabedian, C. (2022). Prediction of successful labor induction with very unfavorable cervix: A comparison of six scores. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, February, 3-8. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14171>

Unsal Atan, Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., Saruhan, A., Şirin, A., & Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 18(August), 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>

Van Den Heuvel, J. F. M., Teunis, C. J., Franx, A., Crombag, N. M. T. H., & Bekker, M. N. (2020). Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: A qualitative study on women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2779-4>

Van Otterloo, L. R., & Connelly, C. D. (2016). Maternal risk during pregnancy: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2393-2401. <https://doi.org/10.1111/jocn.13294>

Walsh, D., & Newburn, M. (2002). Towards a social model of childbirth: part two. *British Journal of Midwifery*, 10(9), 540-544. <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.9.10606>

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004>

WHO. (2020). Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. Publications of the World Health Organization, 4, 1-7.

WHO. (2018). WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. In WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30629393>

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

YILMAZ, B., & OSKAY, Ü. (2021). A Current View of Care of High Risk Pregnancy. *Bezmialem Science*, 9(1), 112-119. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.3815>

Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540-555. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>

Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *Journal of Integrative Medicine*, 15(6), 456-461. [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60368-6)

ANEXOS

TÍTULO ARTIGO	Autor(es); Ano; País de Origem	Objetivo	Metodologia	Conclusões
<p><i>Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study</i></p>	<p>Robab Hassanzadeh; Fatemeh Abbas-Alizadeh; Shahla Meedy; Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi; Mojgan Mirghafourvand 2019 Irão</p>	<p>Explorar e comparar as experiências de parto (incluindo o medo do parto, a depressão pré e pós parto, a ansiedade) e a satisfação com a preparação para o parto, em mulheres com frequência regular, irregular ou nenhuma de intervenções de preparação para o parto.</p> <p>Explorar as percepções das mulheres sobre o impacto da</p>	<p>Este estudo recorreu a duas metodologias distintas em duas fases:</p> <p>1. Estudo quantitativo de <i>cohort</i> com 204 mulheres primíparas entre as 35-37 semanas de gestação. Divididas em 3 grupos com base na assiduidade às sessões de preparação para o parto e parentalidade.</p> <p>A colheita de dados foi realizada durante o primeiro mês do pós-parto através dum questionário demográfico e da aplicação de várias escalas sobre Expectativas e experiência de parto, ansiedade relacionada com o TP, satisfação com as intervenções de preparação para o parto, a depressão pós-parto e ainda o questionário sobre conhecimento sobre a gravidez e o TP. Estes dados quantitativos foram analisados através de ANOVA simples e regressão multivariada linear.</p> <p>2. A segunda fase foi concretizada através dum estudo qualitativo que explorou as percepções das mulheres</p>	<p>O medo do parto e da incapacidade para gerir a dor de TP constituem os motivos mais frequentemente para as mulheres optarem por cesariana electiva, sem critério médico.</p> <p>A participação em intervenções de grupo para a preparação para o parto parece diminuir a ansiedade face ao parto e capacidade para lidar com a dor do TP. Os autores referem ainda que não há estudos que abordem especificamente os conteúdos destas intervenções, sendo importante estudar aprofundadamente esta realidade e o impacto real na experiência de parto e pós-parto das mulheres.</p>

		preparação para o parto na sua experiência de parto foi o objectivo da segunda fase do estudo.	sobre o impacto da preparação para o parto na sua experiência de parto. Sendo a constituição da amostra intencional nesta fase e estudando-se intencionalmente cada participante através de entrevistas semi-estruturadas. Estes dados foram tratados através da análise de conteúdo.	
<i>Implementation of a childbirth preparation program in the Maternal and Child Health centres in Jordan</i>	Reham Khresheha; Mona Almalika; Arwa Owiesb, Lesley Barclay. 2018; Jordânia	Investigar a aplicabilidade e os resultados da implementação de um programa de preparação para o parto numa amostra de centros materno-infantis da Jordânia.	Estudo exploratório descritivo. Colheita de dados a partir de entrevistas e de notas de campo, utilizando-se uma entrevista estruturada para colher dados relativos aos resultados da intervenção na gravidez e parto. Amostra por conveniência que incluiu 36 primigestas de 3 regiões principais da Jordânia e 6 profissionais de saúde (3 médicos e 3 EEESMO).	O programa foi eficaz na melhoria do conhecimento e compreensão das grávidas sobre os diferentes aspectos da gravidez, parto e pós-parto. Foi também benéfico para a promoção da relação terapêutica entre as grávidas e os profissionais de saúde assim como na confiança dos profissionais de saúde a fornecer informação importante às mulheres. Contribuiu igualmente para uma maior percepção de autocontrolo das mulheres sobre o trabalho de parto e, por outro lado sobre os benefícios da amamentação prolongada e a importância do planeamento familiar. Relativamente aos profissionais foram referidos vários desafios incluindo a dificuldade na assiduidade das grávidas, a escassez de profissionais qualificados. Relativamente trabalho de parto e parto, os benefícios mencionados são em relação ao aumento do conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor de TP (utilização de uma bola de stress e técnica respiratória).

				Os autores referem como vantagens do estudo a forma como foi recebido pelas grávidas e os profissionais de saúde e os resultados favoráveis na gravidez e parto das grávidas que frequentaram o programa até ao fim. Reforçam também a importância da formação dos profissionais de saúde para a implementação de programas deste género. Entre os conteúdos abordados no programa contam-se tópicos como as fases do TP e as estratégias para alívio da dor.
<i>Effectiveness of Childbirth Classes Regarding Labor Knowledge and Practices on Primigravida Woman in Al-Elwiya Maternity Teaching Hospital</i>	Huda Abdul Jaleel Ahmed; Suhad H. Khairi. 2019; Iraque	Avaliar a eficiência/ resultados das sessões de preparação para o parto no conhecimento e nas práticas durante o trabalho de parto em primigestas.	Estudo quase-experimental que incluiu 60 primigestas, através de amostragem intencional, com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e sem complicações na gravidez. Colheita de dados concretizada através de entrevistas, <i>checklists</i> observacionais e questionários que incluíam categorias como as características demográficas e as práticas durante o trabalho de parto. Esta colheita de dados foi realizada em cinco momentos: pré-teste, sessões de preparação para o parto, “tracking” pós-intervenção e pós-parto, e avaliação do programa educacional.	As sessões de preparação para o parto (concretizadas com base no método Lamaze) parecem reduzir as complicações aumentar o conhecimento e as habilidades das grávidas durante a gravidez e o trabalho de parto. As sessões parecem contribuir para a redução de complicações perinatais, reduzindo medos, ajudando na tomada de decisões sobre o TP e durante o mesmo, e promovendo a utilização de técnicas não-farmacológicas para alívio da dor. Estas sessões promoveram também o estabelecimento da relação terapêutica entre grávidas e enfermeiras especialistas.
<i>Perspective of pregnant women regarding antenatal</i>	Maria Augusta Heim; Maria	Identificar experiências,	Estudo qualitativo, com dados colhidos a partir de entrevistas semiestruturadas	Através das entrevistas concluiu-se que as grávidas têm uma percepção positiva sobre os programas de

<p><i>preparation: A qualitative study</i></p>	<p>Amelia Miquelutti; Maria Y. Makuch. 2018; Brasil</p>	<p>necessidades e expectativas de um grupo de mulheres grávidas em relação à educação antenatal.</p>	<p>numa maternidade universitária pública, com 22 mulheres no segundo ou terceiro trimestre da gravidez e com idades compreendidas entre 18 e 35 anos. Tópicos discutidos incluem conhecimentos e percepção sobre educação antenatal, e técnicas não-farmacológicas de controlo da dor.</p>	<p>educação antenatal, reconhecendo que a frequência dos mesmos traz benefícios durante a gravidez e o trabalho de parto. Os tópicos referidos como mais importantes, pelas grávidas, foram as técnicas não-farmacológicas de controlo da dor durante o trabalho de parto, cujo conhecimento inicial provém de conversas informais e de pesquisa através de motores de busca na Internet.</p>
--	---	--	---	---

<p><i>Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis</i></p>	<p>Kwan Hong; Hari Hwang; Helin Han; Jaeun Chae; Jimi Choi; Yujin Jeong; Juneyoung Lee; Kyung Ju Lee. 2019; Coreia do Sul</p>	<p>Investigar o impacto de vários programas de educação antenatal nos resultados durante a gravidez e o pós parto, para auxiliar no desenvolvimento de <i>guidelines</i> relativas à saúde materno-infantil.</p>	<p>Pesquisa em bases de dados bibliográficas (Cochrane, PubMed, EMBASE, CINAHL, Korean Studies Information Service System) seguindo a metodologia PICO (população, intervenção, comparação e resultado), resultando em 23 estudos elegíveis - 14 estudos controlados, e 9 estudos observacionais. Critérios de seleção incluíram a natureza dos estudos observacionais, a relevância da publicação, e um número relevante (acima de 20) de participantes no estudo.</p> <p>Análise de dados realizada através de modelos de efeito fixo e aleatório, observando a estatística I^2 de Higgins, o teste Q de Cochrane, e técnicas para avaliação de heterogeneidade metodológica e clínica, além de análise de sensibilidade.</p>	<p>Enquanto a educação antenatal pode auxiliar na redução do <i>stress</i> materno, aumentar a auto-eficácia no parto, e reduzir a taxa de cesarianas e recurso à analgesia epidural, os seus benefícios concretos nos resultados perinatais (maternos e fetais). Os investigadores recomendam, por isso, uma padronização da preparação para o parto e parentalidade de forma a ser possível avaliar os seus efeitos concretamente.</p>
---	---	--	--	--